

celeste

distribución restringida

mariano roquena

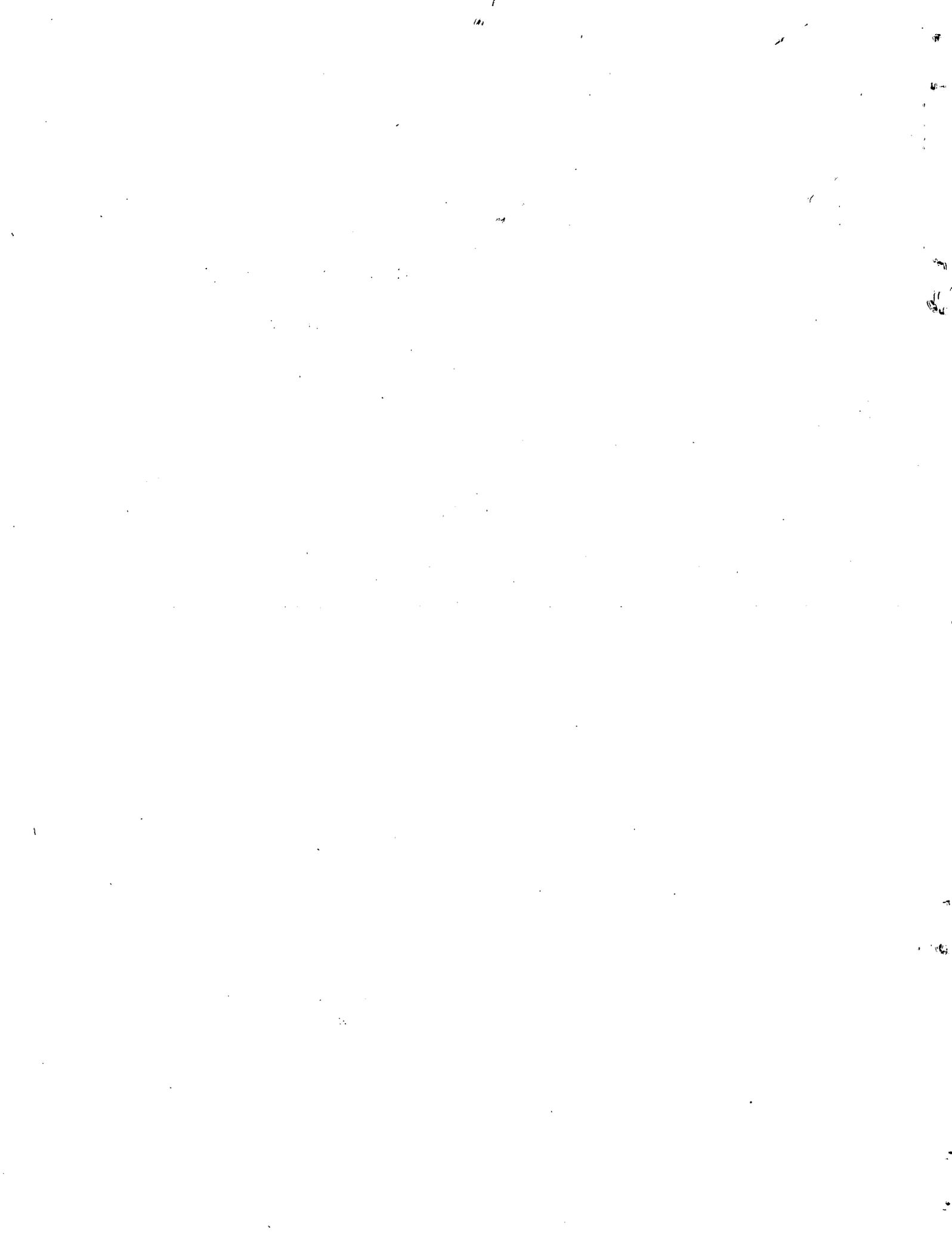


CONDICIONES DETERMINANTES
DEL ABORTO INDUCIDO

Serie A, N° 61

3872

ELAI/1/1



INTRODUCCION

El aborto inducido es uno de los factores que contribuyen directamente a determinar el nivel de fecundidad de un grupo humano. Sin embargo, al igual que todos los factores que actúan condicionando este fenómeno, su importancia es relativa al nivel de salud, a las normas y valores sociales, al nivel cultural y educativo y a las características de la economía del grupo en estudio. A su vez, estas características socio-económicas y culturales dependerán del momento histórico en que ese grupo se encuentre.

Los objetivos de esta presentación son, por una parte, aclarar la importancia y el papel que desempeña el aborto inducido en los países latinoamericanos; por otra, tratar de establecer una hipótesis sobre el conjunto de condiciones que hacen más probable que un embarazo termine en una muerte fetal voluntaria.

Este intento de síntesis y de interpretación tiene importancia práctica para la investigación científica, la docencia y la acción directa de los organismos de Salud Pública. Para los docentes e investigadores, será una hipótesis que permitirá orientar en la profundización del conocimiento de la historia natural de este problema. Para los que están interesados en una acción directa de control, será una guía de la acción, que permitirá hacerla más racional y oportuna.

La base sobre la cual se ha realizado este análisis, es la investigación sobre la epidemiología del aborto inducido, que el autor ha venido realizando desde 1962 en Santiago, Chile.^{1/} Cuando ha sido oportuno se ha usado también otra información de trabajos realizados directa o indirectamente en relación con el aborto inducido. No se han dejado de lado, por no pertinentes, los trabajos no latinoamericanos, y, por el contrario, los hemos usado con enorme provecho comparativo.

^{1/} (a) Requena B., Mariano. "Social and Economic Correlates of Induced Abortion in Santiago, Chile". Demography, Vol. 2:33-49, 1965; y (b) Requena B., Mariano. "Estudio sobre la Planificación de la Familia en la Comuna de Quinta Normal de Santiago de Chile". The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. XLIII:66-94. Parte 2., 1965.

Las variables intermedias

Si se analiza la fecundidad como el eslabón final de una larga y compleja cadena causal, los factores que la condicionan estarán ubicados a diferentes niveles de esta cadena. Aquéllos que actúan directamente sobre la fecundidad, y a través de los cuales tiene necesariamente que actuar el resto, es lo que Davies y Blake ^{2/} han denominado "Variables Intermedias". Estas variables han sido perfectamente ubicadas y definidas, siendo el aborto inducido una de ellas. Cada una de estas variables está siempre actuando, ya sea en el sentido de favorecer la fecundidad elevada, o, por el contrario, impulsando su disminución. Como los autores lo indican, son un marco útil de referencia para el análisis de cualquier factor que tenga influencia en la fecundidad.

La división o clasificación de estas variables se basa en el momento del proceso de la reproducción humana en que actúan. Siguiendo una secuencia cronológica, se comienza con aquéllas variables o condiciones que hacen posible la unión sexual entre un hombre y una mujer; se sigue con las que condicionan la fecundidad de la mujer, o sea, que hacen posible que se produzca la fecundación, y, finalmente, con el conjunto de factores que actúan, determinando que se llegue a un parto con un niño vivo.

Clasificación original de los autores

I. Factores que afectan la exposición al coito ("Variables del coito")

- A. Los que rigen la formación y disolución de las uniones en la edad fértil.
 - 1. Edad de iniciación en las uniones sexuales.
 - 2. Celibato permanente: proporción de mujeres que nunca participan en uniones sexuales.
 - 3. Intervalo del período reproductivo transcurrido después de las uniones o entre ellas.
 - a) Cuando las uniones se rompen por divorcio, separación o abandono.
 - b) Cuando las uniones se rompen por muerte del marido.
- B. Los que rigen la exposición al coito dentro de las uniones.
 - 4. Abstinencia voluntaria.
 - 5. Abstinencia involuntaria (a causa de impotencia, enfermedad, separaciones inevitables, pero temporales).
 - 6. Frecuencia del coito (excluyendo los períodos de abstinencia).

^{2/} Davis, K., Blake, J. "Social Structure and Fertility. An Analytic Framework". Economic Development and Cultural Change. IV: (3). April, 1956.

II. Factores que afectan al riesgo de concebir
("Variables de la concepción")

7. Fertilidad o esterilidad, afectadas por causas involuntarias.
8. Uso o no uso de la contracepción.
 - a) Por medios mecánicos y químicos.
 - b) Por otros medios
9. Fertilidad y esterilidad afectadas por causas voluntarias (esterilización, subinsición, tratamiento médico, etc.).

III. Factores que afectan a la gestación y al parto satisfactorio
("Variables de la gestación")

10. Mortalidad fetal por causas involuntarias.
11. Mortalidad fetal por causas voluntarias.

Sin pretender reclasificar estas variantes, para los propósitos del presente análisis, se separarán en dos grupos. En el primero, se colocan aquellas variables que son relativamente poco importantes en la determinación de las diferencias de nivel de fecundidad, que muestran los países latinoamericanos al ser comparados entre sí. Enfocadas desde el punto de vista de la regulación de la fecundidad, a estas variables intermedias las hemos llamado involuntarias. Aún cuando la mayoría de ellas son individualmente voluntarias, no lo son desde el punto de vista de la fecundidad, ya que el sujeto al tomar la decisión no lo hace teniendo presente su efecto sobre los nacimientos. Estas variables son:

- a) Edad de iniciación en las uniones sexuales.
- b) Celibato permanente.
- c) Intervalo entre uniones o después de las uniones fértiles.
- d) Abstinencia voluntaria.
- e) Abstinencia involuntaria.
- f) Frecuencia del coito.
- g) Fertilidad o esterilidad involuntarias.
- h) Mortalidad fetal involuntaria o aborto espontáneo.

Este conjunto de variables no ofrece grandes contrastes entre los países latinoamericanos, y su uniformidad, afortunada para este conjunto de países, favorece la posibilidad de ignorarlas para los efectos de nuestro análisis.

En el segundo grupo se han colocado las variables intermedias "voluntarias", es decir, aquéllas que están determinadas en su decisión individual por consideraciones relacionadas directamente con la fecundidad.

Estas variables son:

- a) Uso de anticonceptivos
- b) Esterilidad voluntaria.
- c) Mortalidad fetal voluntaria o aborto inducido.

Con excepción de Puerto Rico, no existe información que indique que la esterilidad voluntaria sea frecuente en los países latinoamericanos. Su práctica se encuentra reducida a casos de indicación médica y social y siempre con carácter de excepción.

En esta forma se puede postular que, las diferencias de fecundidad de los países de América Latina, está determinada principalmente por las diferencias en el uso de anticonceptivos y por la frecuencia de la práctica del aborto inducido.

Clasificación de las mujeres fecundas

Surgido principalmente de la observación de resultados en nuestros trabajos epidemiológicos sobre aborto inducido ^{3/}, y aceptando las premisas recién planteadas, las mujeres fecundas de una población, pueden ser clasificadas en tres grupos:

- a) Mujeres que no practican control de natalidad. Se trata del grupo de mujeres que no realizan ninguna acción voluntaria para controlar su fecundidad.
- b) Mujeres que utilizan el aborto inducido. Está constituido por aquellas mujeres que recurren al aborto inducido para limitar su fecundidad. No usan anticonceptivos, y si lo hacen, éstos son de eficacia nula.
- c) Mujeres que utilizan anticonceptivos. Integran este grupo las mujeres que usan principalmente anticonceptivos eficaces para regular su natalidad. Cuando recurren al aborto inducido, éste tiene un significado

^{3/} Esta clasificación surgió del análisis en conjunto de los trabajos de investigación sobre aborto inducido, realizados por el autor en Santiago, Chile. Se basan en encuestas de terreno, llevadas a cabo con muestras al azar de la población. Algunos de sus resultados se encuentran publicados en (1a) y (1b).

diferente que en el grupo anterior, porque es la expresión de una reparación de la falla de los anticonceptivos y no es el método de control de natalidad que usan corrientemente.

Cada uno de estos grupos de mujeres ha podido ser epidemiológicamente caracterizado como para permitir su identificación en las comunidades estudiadas. Se puede observar en esta forma que hay una relación entre la clasificación de las mujeres en uno de estos tres grupos y los diferentes niveles socio-económicos y culturales de la comunidad.

La proporción en que estos grupos se encuentran en la comunidad, dependerá entonces de su grado de evolución socio-económica y cultural. En la medida en que estas características vayan evolucionando, lo irá haciendo también la proporción en que se distribuyen estos tres grupos, en un sentido que repercutirá directamente sobre el nivel de fecundidad.

Caracterización epidemiológica de los grupos

Cada una de las tres clasificaciones en que se ha dividido a las mujeres fecundas, puede ser caracterizado como grupo, de acuerdo a la frecuencia que hayan revelado para las diferentes variables analizadas. La epidemiología no pretende identificar personas aisladas, sino determinar -en este caso, para el uso de anticonceptivos y del aborto inducido- la mayor probabilidad que cada grupo presente, de tener determinadas características personales.

El primer grupo, que se ha denominado de las "que no practican control de natalidad" son aquéllas que no recurren ni al aborto inducido ni a los métodos anticonceptivos para controlar su fecundidad. Como consecuencia de ello, el número de hijos que tienen es siempre mayor que el resto de los grupos. Todos los índices usados para caracterizar el nivel socio-económico-cultural de este grupo lo sitúan en la parte más baja de la escala. Su escolaridad no pasa de tercer año primario, incluyendo las analfabetas; la actividad laboral del cónyuge está a nivel de obrero no calificado; sus ingresos económicos, medidos en disponibilidad de dinero para alimentar a cada miembro por día, lo colocan en el grupo más bajo de entre aquéllos que tienen ingresos bajos; su experiencia de vida en la gran ciudad es siempre

menor de 10 años, y provienen principalmente de pueblos pequeños o de regiones rurales. Las opiniones que ellas vierten sobre sus deseos y opiniones en relación a los hijos deseados son coincidentes con la hipótesis: es el grupo que desea tener todos los hijos que vengan o que tienen una actitud débil de espaciamiento y espera para el próximo embarazo, siendo raramente categóricas. Además, los cónyuges tienen una opinión definitivamente contraria al uso de anticonceptivos.

Otros autores presentan también evidencias que hacen nuestros hallazgos más consistentes. Miró y Rath ^{4/} encuentran en Panamá, Río de Janeiro y San José de Costa Rica, que las mujeres "sin educación" y aquellas "con alguna instrucción primaria" eran las que tenían un porcentaje más bajo de uso de anticonceptivos, al mismo tiempo que el promedio de hijos era casi el doble del de la población generalmente muestreada. F. Hall (5/), cuadro 1) en un estudio realizado en Lima, Perú, demuestra que el grupo que ella define como de un "nivel socio-económico bajo" tiene menos abortos inducidos que de los niveles medio y alto (véase el cuadro 1); simultáneamente este grupo usaba métodos anticonceptivos en el porcentaje más bajo de los tres grupos; y los métodos que utilizaban se caracterizaban por ser de los menos efectivos. Cruz Coke ^{6/} estudió, con propósitos principalmente genéticos, poblaciones nativas andinas del extremo norte de Chile. La diferencia principal entre las comunidades estudiadas era su grado de aislamiento, con respecto a las ciudades costeras. Se observó que a medida que el aislamiento y en consecuencia el nivel económico y cultural bajaba, era menor el porcentaje de embarazos que terminaban en abortos.

-
- 4/ Miró, C. y Rath, F.: "Resultados Preliminares de Encuestas Comparativas de Fecundidad en Tres Ciudades de América Latina". *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Octubre, 1965.
- 5/ Hall, M. Françoise. "Planificación de Familia en Lima, Perú". *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. XLIII:95. Octubre, 1965. Parte 2.
- 6/ Cruz Coke, R. y Montenegro, A.: "Factores Genéticos que afectan la Fertilidad en Chile". *Revista Médica de Chile*. Vol. 92:946-951. Este trabajo fue realizado en mujeres hospitalizadas en el Hospital de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, en un Servicio de Medicina y no en uno de Obstetricia. Podemos apreciar que el nivel primario de instrucción, presenta una tasa de 24.05 abortos por cien embarazos y que ésta sube a 43.73 en el nivel secundario.

En sociedades con diferente estado de evolución que las latinoamericanas esta conducta se repite. Freedman, Coombs y Friedman (7/ , cua ro 4), en un estudio sobre muertes fetales en Detroit, encontraron, al parecer en contradicción con lo esperado por ellos, que la tasa de muertes fetales era mayor en los grupos de rentas superiores a los 5 000 dólares anuales, que aquéllos que recibían una cifra menor. Al tratar de interpretar este hallazgo los autores sugieren dos hipótesis, una de las cuales coincide con la muestra.

El segundo grupo, o sea el que utiliza el aborto inducido, es el de las que recurren a este método de control de la natalidad únicamente. No incluimos deliberadamente a aquéllas que recurren al aborto después que les ha fallado el anticonceptivo, porque este aborto tiene un significado diferente como se verá más adelante.

Este grupo, que para nuestros propósitos es el que más nos interesa, puede en general ubicarse en un nivel socio-económico-cultural intermedio. Los resultados de nuestras investigaciones, revelan para los índices usados una incidencia mayor del aborto en los grupos que han superado las condiciones más inferiores, pero que aún no han llegado a posiciones relativamente aceptables. El uso de anticonceptivos es también ligeramente superior que en los niveles más bajos, pero definitivamente inferior que en las categorías que los superan en nivel socio-económico-cultural.

La escolaridad, es de nivel primario superior, es decir, han dejado de pertenecer a esa categoría en que sólo se sabe leer y escribir y para los efectos de su capacidad de comunicarse con el mundo por la palabra escrita, las hemos denominado analfabetas funcionales. De un total general de mujeres que recurren al aborto inducido de 35.3 por ciento este grupo sube a 41.0 por ciento (véase el cuadro 9 de la nota 1b/). Sus ingresos económicos se encuentran en la parte superior del nivel inferior (véase el cuadro 17 de la nota 1c/). Cuando se explora

7/ Freedman, R., Coombs, L.G. y Friedman, J.: "Social Correlates of Fetal Mortality". Milbank Memorial Fund Quarterly. Vol. XLIV:327. July, 1966. Parte I.

el tiempo que tienen de contacto con la gran ciudad, se aprecia que es por lo menos mayor de diez años y muy frecuentemente toda la vida. Al opinar sobre la relación entre los hijos que tienen, y los descados, pertenecen al grupo que categóricamente revela que tiene más hijos que los que hubiera descado.

La experiencia que la mujer haya tenido con el aborto es definitiva. Una mujer que se ha inducido un aborto en su vida, tiene un riesgo de inducirse un segundo del orden del 45.5 por ciento y un tercero del orden de 49.5 por ciento. Cuando ha llegado a inducirse 5 abortos, prácticamente va a inducirse el siguiente en el 90 por ciento de los casos. Este hallazgo, además de la utilidad práctica que tiene en la prevención del aborto como problema de salud pública, nos revela que las mujeres clasificadas en el segundo grupo por utilizar el aborto, en realidad lo usan, ya que cuando se comienza a usar este procedimiento, lo sigue practicando en los embarazos futuros con alta frecuencia. (Véase el 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 inducidos
0	1 817	11.5
1	336	39.0
2	183	45.5
3	93	49.5
4	43	55.8
5	26	69.2
6 y más	119	86.6
Total	2 617	23.1

El último grupo de nuestra clasificación es el de las que utilizan anticonceptivos. La lectura de las características de los grupos anteriores hace fácil adivinar las de este grupo: tienen el nivel ocupacional más alto, la escolaridad por lo general supera al tercer año de la instrucción secundaria, tienen larga experiencia de vida en una gran ciudad. La opinión sobre los hijos que tienen es coincidente con la de los que deseaban tener y el esposo está de acuerdo en que usen anticonceptivos.

En cuanto al aborto inducido, el grupo con las características señaladas, siempre tiene incidencia menor que el grupo inmediatamente más bajo y por lo general también más bajo que el más bajo. A través de todas las diferencias mencionadas se observa consistentemente la misma conducta.

Relación entre los grupos descritos y el nivel socio-económico-cultural

Las características con que se han tratado de identificar estos tres grupos permiten plantear que existe una relación entre la proporción con que ellos se distribuyan en una sociedad y el nivel de desarrollo que esa sociedad tenga. Al mismo tiempo, la presencia en mayor o menor proporción de cada grupo, determinará en parte importante el nivel de fecundidad que esa misma sociedad presente. Allí donde la población esté constituida por personas de muy bajo nivel, habrá un predominio de las que no practican control de natalidad, que a su vez determinará una fecundidad elevada. A medida que el nivel de instrucción y económico se eleve, se producirá un aumento del grupo intermedio que comenzará mediante el aborto inducido a regular su natalidad, determinando con ello una disminución de ésta.

Esta diferencia en la proporcionalidad de cada grupo, no sólo se observa entre países, o regiones de un mismo país, sino que también entre sectores de una misma ciudad. En la ciudad de Santiago, Chile, la comuna donde viven predominantemente grupos cultos de la población (principalmente profesionales) la tasa de natalidad es de 24 por 1000, semejante a la de cualquier país desarrollado, y el grupo predominante es el de mujeres que usan anticonceptivos. En la comuna de Quinta Normal, donde se han realizado nuestros estudios, hay un predominio de clase media baja y especialmente de obreros calificados. La tasa de natalidad aquí es de 40 por 1000. Allí es donde hay más abortos con

una tasa de 15 por 1000 habitantes. Si se suman estas tasas tenemos que, si esta población no se hiciera abortos, tendría una natalidad de 55 por mil habitantes, que es considerada dentro de las natalidades máximas posibles.^{8/} O sea, que Quinta Normal puede justificar casi enteramente sus embarazos prevenidos por el aborto inducido. Finalmente, en el extremo de máxima natalidad está la comuna de Barrancas, donde el predominio es de obreros no calificados y donde el nivel cultural es extremadamente bajo. Allí la natalidad es de 51 por 1000 habitantes, el aborto tiene una incidencia muy baja y prácticamente no se usan anticonceptivos.

En la literatura científica sobre fecundidad, se analizan e interpretan frecuentemente las condiciones que determinan la conducta de los grupos que no utilizan anticonceptivos, que corresponden a los niveles más bajos, como del grupo de las que sí los utilizan^{9/}; no precisamente usando estas denominaciones, sino que comparando países desarrollados con países en desarrollo. Nunca se menciona, sin embargo, al grupo intermedio que utiliza el aborto inducido, sobre el cual queremos hablar un poco más extensamente.

A esta altura, no es necesario repetir los argumentos que nos llevan a plantear cuáles son las condiciones que hacen posible, o mejor, más probable, que aparezca y crezca este grupo. Basta que, a modo de resumen, las enumeremos: a) aumento del nivel cultural, sobre lo que hemos llamado el "analfabetismo cultural", o sea, que supere los niveles bajos de la educación

-
- 8/ Tietze, C.: "Pregnancy Rates and Birth Rate". Population Studies, Vol XVI (1):31. July, 1962. Los supuestos en que el autor 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 años; 10 por ciento de mujeres fértiles no expuestas al riesgo y una expectativa de vida al nacer de 50 años.
- 9/ Muchos son los artículos, capítulos de libros y, aún, libros escritos al respecto. Queremos indicar dos solamente, que parecen ser un buen resumen: a) Freedman, R. "Worldwide Fertility Trends".; United Nations World Population Conference. Mod/A.I./607. August, 1965. b) Freedman, R.: "The Transition from High to Low Fertility". A Challenge to Demographers". Population Index. Vol. 31:417-430. October, 1965.

primaria; b) aumento del nivel económico, hasta el momento en que comienza el deseo de superarlo y de ascender en la escala social; c) carencia de una acción pública intensa y programada de planificación de la familia, basada en métodos de uso impuesto o muy elaborado ^{10/} y d) ilegalidad del aborto.

De las condiciones enumeradas surgen inmediatamente las dos posibilidades que se han intentado para manejar la fecundidad. Una, ha sido la conducta de los países socialistas y del Japón que legalizaron el aborto, a causa de que consideraban que, en forma inmediata, no se podía pasar directamente desde no usar anticonceptivos a sí usarlos siendo indispensable según este planteamiento, pasar por el grupo de las que utilizan el aborto. De la revisión de las cifras públicas sobre cualquiera de estos países, ^{11/} se concluye que esta hipótesis es valedera en el sentido que logra rápidamente y a corto plazo, disminuir los niveles de fecundidad a una velocidad no superable por la campaña de anticoncepción. Esto, sin considerar que se logra controlar un importante problema de salud pública. Parecería que la sanción social sobre el aborto tiene una influencia frenadora y no modificadora de actitud, ya que no de otra manera se explica que apenas deja de actuar esta sanción, se producen aumentos tan espectaculares. Y es evidente, que este aumento es real y no sólo revelación de una conducta oculta, porque paralelamente se produce una disminución de los nacidos vivos.

^{10/} En el nivel socio-económico-cultural intermedio podrían tener éxito los anticonceptivos, siempre y cuando tengan las características a) independencia del acto sexual o, b) independencia de la voluntad para su uso. Métodos con estas características son los aparatos intrauterinos y los gestágenos.

^{11/} Varias son las publicaciones que muestran estas relaciones entre la legalización del aborto, su incidencia y las variaciones de la fecundidad. Se mencionarán aquí sólo algunos:

a) Klinger, A.: "Abortion Programs in Family Planning and Population Programs", The University of Chicago Press, Chicago, August 1965.

b) Tietze, C. Y Lehfeldt, H.: "Legal Abortion in Eastern Europe". J.A.M.A., Vol. 175:1.149-1.154. April 1, 1961.

Si se analizan las características del aborto como método de control de la natalidad, se puede comprender por qué tiene éxito en los niveles sociales que comienzan o han recién abandonado la parte más baja de su grupo:

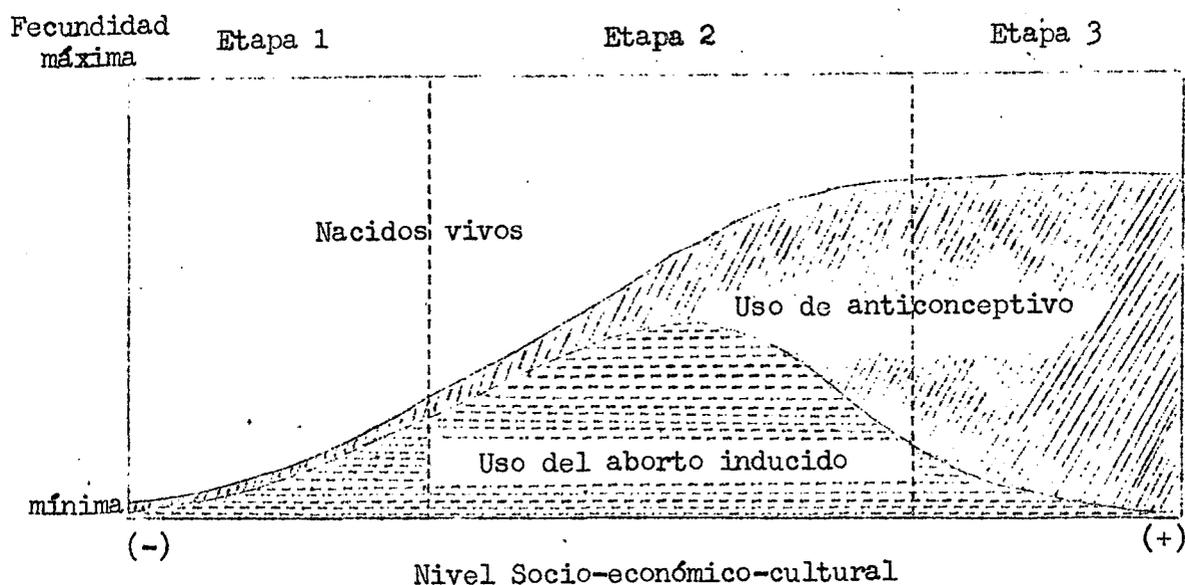
- a) Con excepción probablemente del aparato de uso intrauterino, es técnicamente simple.
- b) A diferencia de los métodos que deben usarse en relación muy directa con el acto sexual -como el diafragma, coito interrumpido, etc.-, no requiere cooperación entre hombre y mujer. Incluso la mujer lo puede practicar sin el conocimiento o consentimiento del hombre.
- c) Es completamente efectivo. No tiene el porcentaje de fallas que tienen aún los más efectivos.
- d) No se actúa para prevenir una "posibilidad de embarazo", sino que se hace en forma segura porque ya el embarazo existe.
- e) Es la única posibilidad de evitar un embarazo que, aún cuando pudo haber sido deseado en el momento de la concepción, por motivos varios, puede posteriormente no desearse.

Probablemente la condición d), sea la que explica más fácilmente que cuando el bajo nivel cultural coarta la iniciativa de buscar el anticonceptivo y tener una actitud preventiva de los embarazos, se recurra al aborto inducido, que es, desde este punto de vista, una actitud curativa. Es decir, a este nivel, el embarazo es el anuncio del problema y se busca en ese momento la solución.

La otra conducta posible, si las hipótesis fueran verdaderas, es la de posibilitar el tránsito directo del predominio del grupo de las que no utilizan anticonceptivos al de las que sí lo utilizan, sin que hubiera que recurrir al uso del aborto inducido. Al plantear las condiciones que hacen posible pasar del predominio de las que no utilizan ningún método de control de la natalidad al de las que recurren al aborto inducido, se mencionó la falta de un programa nacional e intensivo de planificación de familia basado en métodos anticonceptivos adecuados (aparatos intra-uterinos). Las experiencias realizadas en nivel nacional, con programas bien concebidos y basadas en el uso de anticonceptivos intra-uterinos, parecen demostrar que esto es posible.

En el gráfico 1, se simplifica la relación que existe entre el nivel socio-económico-cultural y la fecundidad. Para los diferentes niveles socio-económicos-culturales se presenta una variación en la prevalencia del uso del aborto inducido y de anticonceptivos, lo que a su vez determina los nacidos vivos que son el resultado de restarle a la natalidad máxima aquellos nacimientos "prevenidos" por la anticoncepción y los abortos inducidos. Dicho gráfico permite dividir a la población de mujeres en los tres grupos ya mencionados:

- Grupo 1. Predominio de embarazos que terminan en nacido vivo, aborto inducido escaso, pero que comienza a aumentar y uso de anticonceptivo sólo ocasional.
- Grupo 2. Disminuye la proporción de embarazos que llegan a nacidos vivos, aumentan al máximo los embarazos que son interrumpidos por aborto y se comienzan a usar los anticonceptivos.
- Grupo 3. La cantidad de embarazos que llegan a su término llega a los límites más bajos, aumenta el uso de anticonceptivos a niveles de predominio y se produce un descenso importante en el empleo del aborto inducido.



Las curvas presentadas tienen como propósito sólo ilustrar la hipótesis de trabajo y no indican distribuciones cuantitativas. Las investigaciones futuras serán las que, además de comprobar o rechazar su veracidad, nos permitirán darle una estructura más de acuerdo con la realidad. Además, estas curvas deben tener variaciones entre un país y otro, al mismo tiempo que entre dos momentos en un mismo lugar. Es decir, las peculiaridades locales le darán una fisonomía determinada que hará que su relación con la fecundidad, tanto como con el nivel socio-económico-cultural sean diferentes. También, aun suponiendo estáticas las condiciones socio-económicas culturales, se deben producir cambios con el transcurso del tiempo.

La interrelación entre los métodos de control de natalidad a que recurre una comunidad y el nivel económico, social y cultural que haya alcanzado, se establece claramente en la influencia que este último tiene sobre el primero. Cada nivel socio-económico-cultural tendrá preferencia por un método de controlar la natalidad, prefiriendo no usar, si es de nivel muy bajo; recurriendo al aborto, si se trata de nivel intermedio, y utilizando los anticonceptivos, si alcanza a los superiores. En la medida en que una comunidad cambie la proporción de estos grupos, irá cambiando también el predominio de los métodos elegidos para el control de su fecundidad.

La tarea consiste en que el grupo de las que no utilizan ningún método tanto como el de las que emplean el aborto, pasen al grupo de las que usan anticonceptivos. Parecería que esto fuera posible cuando se crean las condiciones programáticas para facilitar la oferta y hacerla deseable, al mismo tiempo que se usan anticonceptivos que tengan las características ya señaladas.

Situación en América Latina

Con excepción de Chile (véase nota 1/) ^{12/} y Perú (véase nota 5/), donde se han realizado encuestas en terreno para conocer las características

^{12/} Los trabajos mencionados en la nota 2/ son la base fundamental para el análisis epidemiológico intentado. El otro es de Armijo, R. y Monreal, T. "Epidemiología del Aborto Provocado en Santiago". Documentos: Escuela de Salubridad, Universidad de Chile, Santiago, Chile. Abril, 1964. Este trabajo, y otros que los autores han publicado del mismo material, no se utilizaron mayormente porque el método de análisis de los datos no es adecuado para análisis de interpretación causal. Expresan los abortos por mujer y no por embarazo. De este modo, queda la tasa muy influida por la fertilidad de la mujer, que sabemos es variable. Un grupo de mujeres puede tener menos abortos que otro por el solo hecho de tener menos fertilidad.

Tasa abortos por mujer = Tasa abortos por embarazo x Tasa de fertilidad.

epidemiológicas de los abortos basándose en muestras al azar de la población, no existe en el resto de los países latinoamericanos información no seleccionada de la incidencia del aborto inducido. En casi todos los países del continente se tienen datos sobre este problema, pero ellos provienen principalmente de estadísticas de datos de alta en los hospitales (véase nota 12/). En algunos casos, 13/ han sido realizadas con material no hospitalario, pero tampoco se puede confiar en estos resultados porque han sido obtenidos mediante encuestas, en clínicas de planificación de familia o de sexología. 13/

Aún con las limitaciones mencionadas, se tratará de tener una idea de la magnitud del problema, en los países sobre los cuales tenemos información, señalando, en los casos en que sea posible, el sentido de estas limitaciones.

Los dos países que se han esforzado por medir la magnitud del problema del aborto inducido directamente en la comunidad, a través de encuestas, son Chile (véanse notas 1/ y 12/) y Perú (véase nota 5/). En Uruguay 14-b/ también se ha tratado de conocer la magnitud del aborto en la comunidad,

13/ Entre los trabajos de material hospitalario se pueden mencionar:
a) Angulo-Arvelo, L.: "Incidencia del Aborto en la Maternidad Concepción Palacios de Caracas". Tribuna Médica. Vol. 100. Julio, 1965. Caracas, Venezuela. b) Lavergne, J. y Médica, V.: "Estudio Preliminar del Aborto en la Clase Popular en Panamá". Documento de distribución restringida; c) Santeso, R. "El Aborto Ilegal como Problema de Salud". Presentado en el Seminario Centroamericano y de Panamá sobre Planificación de Familia. Junio, 1966. Tegucigalpa, Honduras; d) Bustamante, J.: "El Aborto como Problema de Salud Individual y Pública." Seminario Centroamericano y de Panamá sobre Planificación de Familia. Junio, 1966. Tegucigalpa, Honduras; e) Faraj, E.: "El Aborto Ilegal como Problema de Salud Pública en Honduras". Presentado en el Seminario Centroamericano y de Panamá sobre Planificación de Familia. Junio, 1966. Tegucigalpa, Honduras; f) Castillo, A.E.: "Aborto Criminal como Problema Social". Presentado en el Seminario Centroamericano y de Panamá sobre Planificación de Familia. Junio, 1966. Tegucigalpa, Honduras.

14/ Los trabajos no hospitalarios, pero que no son realizados mediante muestras de comunidad, son: a) Aldana, A.: "El Aborto Provocado. Problema de Salud Pública". Presentado a la XVI Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Higiene. Noviembre, 1962, México, D.F.; b) Rozada, I.: "La Situación del Aborto Voluntario en Uruguay. Posibles Soluciones". Presentado a la Cuarta Conferencia de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, San Juan, Puerto Rico. Abril, 1964; c) Gómez, F.N. "Investigación sobre Aborto Ilegal y Planificación de Familia en el Centro Municipal de Sexología (Hospital Rawson, Bs. As. Argentina)". Presentado a la Cuarta Conferencia de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, San Juan, Puerto Rico. Abril, 1964; d) Rice-Wray, E.: "The Provoked Abortion. A Mayor Public Health Problem". American Journal of Public Health. Vol. 54:313-321. February, 1964.

pero el método que se ha empleado no es el de encuestas, sino que el de estimaciones directas, basadas en datos proporcionados por las investigaciones forenses, el consumo de anestésicos y datos de atención médica hospitalaria y de clientela privada. En México, (véase nota 14a/) también se empleó el método de la encuesta, pero no en una muestra de una población al azar, sino de aquellas mujeres que recurrían a la Asociación Mexicana Pro-Bienestar de la Familia, las cuales son seleccionadas de acuerdo con varios factores entre los que se pueden mencionar: la alta paridad, las edades mayores, el nivel socio-económico, etc. El sentido de la selección, en el caso de México, seguramente actúa aumentando el número de abortos. En todo caso, y teniendo en cuenta las reservas indicadas, será incluido dentro del número de países que proporcionan datos no hospitalarios. En Argentina, la encuesta se realizó en el Centro de Sexología. Las mujeres que concurrían allí, lo hacían por: a) problemas gineco-obstétricos; b) consejo en planificación familiar, y c) pacientes de otros servicios del Hospital.

Cuadro 2

TASA DE NATALIDAD, TOTAL DE EMBARAZOS, NUMERO Y PROPORCION DE ABORTOS INDUCIDOS EN PAISES CON ESTUDIOS NO HOSPITALARIOS

País	Tasa de natalidad	Tasa bruta de reproducción	Total embarazos	Abortos inducidos	
	a/			número	porcentaje
Material no hospitalario					
Méjico	46.0	3.1	6 118	797	13.0
Perú	46.0	3.1	1 662	84	5.0
Chile					
Amiijo-Monreal	35.5	2.2	4 577	762	16.6
Requena			2 617	608	23.2
Uruguay b/	22.1	1.3	200 000	150 000	75.0
Argentina	22.3	1.4	1 522	741	48.7

Fuentes: a/ Datos del Boletín de Población de Naciones Unidas, n° 7, 1963, cuadro 5.1.

b/ Cifras estimadas en base a datos forenses y policiales de consumo de anestésicos y de información de pacientes en maternidades públicas y privadas.

Con todas las limitaciones señaladas, es posible ver una marcada tendencia a disminuir el porcentaje de abortos inducidos a medida que bajan las tasas de natalidad y bruta de reproducción.

Los países que han intentado estudiar el problema basándose en las estadísticas hospitalarias, y de los cuales contamos con información son: Honduras, Guatemala, Venezuela y Panamá.

Cuadro 3

TASAS DE NATALIDAD Y BRUTA DE REPRODUCCION,
TOTAL DE EMBARAZOS Y NUMERO Y PORCENTAJE DE ABORTOS INDUCIDOS
EN ESTUDIOS HOSPITALARIOS

País	Tasa de natalidad	Tasa bruta de reproducción	Total embarazos	Total abortos	Porcentaje de abortos del total de embarazos
Honduras	54.0	3.6	16 896	2 786 a/	16.5
Guatemala ^{b/}	49.5	3.4	34 284	4 937	14.4 - 17.2 b/
Venezuela	45.1	3.1	35 943	8 888	24.7
Panamá	41.0	2.7	1 683	585	34.8

a/ No se hace distinción entre aborto espontáneo e inducido.

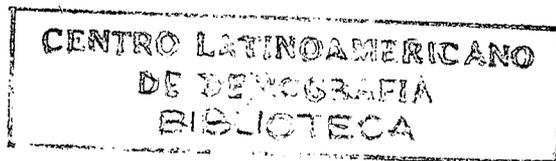
b/ Corresponden a las cifras aparecidas en dos trabajos sobre aborto inducido en Guatemala. El segundo, sólo da porcentajes.

Nuevamente en este cuadro, al igual que en el cuadro 1, se observa que el porcentaje de abortos, en relación con los embarazos dados de alta en los hospitales, es mayor, a medida que las tasas crudas de natalidad y reproducción bajan.

Acorde con los cuadros 2 y 3, se puede afirmar que el problema existe. En todos los países encontramos que el aborto, ocupa una parte importante de los ingresos en los hospitales y que las mujeres revelan y reconocen usarlo como método de control de natalidad. Además, parece insinuarse una relación inversa entre las medidas de fecundidad empleadas y la incidencia del aborto inducido.

La hipótesis que hemos tratado de plantear puede explicar estos hechos. Aquellos países que presentan una tasa de natalidad más alta y de niveles que se acercan a la tasa máxima posible (véase nota 8/), la basarían en el predominio del grupo de las que no utilizan métodos para el control de la natalidad. En este caso se encontrarían los países que presentan tasas de natalidad sobre 45 por mil habitantes y tasa bruta de reproducción sobre 3.0.^{15/} Desde estos niveles y a medida que ellos descienden, comienza a predominar cada vez más el grupo de las que emplean el aborto, hasta llegar a países como Argentina y Uruguay, donde el predominio de este grupo empieza a ser compartido por el de las que utilizan anticonceptivos.

Sea verdadera o falsa esta hipótesis de trabajo, siempre será una ayuda para los responsables de la acción como para los que tienen en sus manos la posibilidad de investigar. Para estos últimos, se plantea en una primera e inmediata etapa un desafío más urgente. Deben tratar de responder si estos grupos son una verdad, y si ello es así, en que condiciones se pasa de uno a otro grupo. Además, será necesario saber que influencia pueden tener los anticonceptivos más adecuados en la dinámica de ellos. En una segunda etapa, y no por segunda menos urgente, la acción directa y práctica debe ser la que confirme o refute, con los hechos, los planteamientos de los investigadores. Para esto es indispensable que cada programa, especialmente los que primero aparezcan, sean medidos en forma que tiendan a aclarar estas incógnitas.



^{15/} Véase en "Boletín de Población de las Naciones Unidas", Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Nueva York, 1965, el cuadro 5.2, que presenta, junto a la Tasa Bruta de Reproducción, algunos otros índices de nivel socio-económico-cultural para los países de Latinoamérica. Se observa la relación que hay entre estos índices y la fecundidad, medida por la tasa mencionada.

