

SIMPOSIO

**ALGUNOS ASPECTOS DE ACTUALIDAD
EN EL ABORTO INDUCIDO ***

I INTRODUCCION

LUIS CASTELAZO-AYALA ‡

El aborto inducido es, sin lugar a dudas, un tema de actualidad. Sin embargo, prácticamente no ha sido abordado en los ya numerosos eventos que sobre diversos tópicos sobre población se han llevado a cabo en el país en años recientes.

Por otra parte, es ésta la primera vez que la Academia Nacional de Medicina destina una sesión, en forma exclusiva, para analizar las diversas facetas del mencionado problema y para intentar obtener orientaciones que puedan servir de guía a quienes les corresponde señalar la política sanitaria y social de México.

En efecto, en virtud de su carácter de cuerpo consultivo del Gobierno Federal,

* Presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 7 de agosto de 1974.

‡ Académico titular. Subdirector General Médico. Instituto Mexicano del Seguro Social.

la Academia ha de expresar sus puntos de vista en relación con diversos asuntos de salud, especialmente sobre aquellos de mayor trascendencia para el país. Por ello, el tema que hemos decidido revisar en esta ocasión, el aborto inducido, será enfocado en su más amplia visión, a nivel nacional, sin detenernos en particularizar, ya que, indiscutiblemente, los problemas de los grupos mayoritarios de la población son los que deben imponer las directrices de toda acción en salud pública.

En este simposio se mostrarán los aspectos epidemiológicos y clínicos del aborto inducido. En primer término, se tratará de definir la frecuencia del fenómeno, las características de la población que recurre al aborto y los posibles factores socioculturales que lo determinan. En seguida, se analizarán las más frecuentes

e importantes complicaciones somáticas y psíquicas del aborto inducido, tanto inmediatas como inmediatas, así como algunas de sus consecuencias sociales. Además, se harán consideraciones sobre el aborto terapéutico originado por problemas maternos y fetales.

Se juzgó conveniente incluir una somera revisión de las legislaciones vigentes en diversos países y resaltar la influencia que el aborto tiene en las tasas de natalidad en las naciones en las que es ilegal y en aquellas en donde ya no lo es.

Una vez revisado el problema del aborto inducido desde diversos puntos de vista, se analizarán las acciones que han de tomarse para contrarrestarlo, en base a la aún limitada experiencia mundial y de acuerdo con la realidad nacional.

El aborto inducido es, en realidad, un tema difícil de analizar por sus muy numerosas y sensibles implicaciones legales, filosóficas y culturales. Sin embargo, se intentará hacer una justa valoración del mismo, sin soslayar ningún aspecto de trascendencia.

II EPIDEMIOLOGIA DEL ABORTO INDUCIDO EN MEXICO

BLANCA RAQUEL ORDÓÑEZ *

Antes de tratar el problema del aborto en México, parece conveniente resaltar algunos hechos que de una u otra manera pueden ser indicativos de su importancia.

En 1972, el 45.3 por ciento de la población era menor de 15 años; existían 11 691 255 mujeres en edad fértil, constituyendo 22.2 por ciento de toda la población del país, y se tenía una de las tasas de fecundidad más altas del mundo: de 199.5 por mil, lo que indica que prácticamente una de cada cinco mujeres tiene un hijo nacido vivo al año. De los 25 a los 29 años la fecundidad llega a 313.7, o sea que una de cada tres mujeres da a luz a un producto vivo al año.

También llama la atención la elevada cifra de nacimientos en los extremos de la

vida sexual de la mujer; así, de los 15 a los 19 años una de cada diez tiene un hijo al año (100.7 por mil). De hecho, la cifra de nacimientos en ambos extremos, en menores de 18 años y en personas de 35 o más años, es, comparativamente con otros países, alarmante por la frecuencia con que se sujetan al riesgo materno. Una cuarta parte del total de nacimientos ocurre en mujeres de estos dos grupos de edad, 7.2 por ciento en menores de 18 años y 18.4 por ciento en las de 35 años y más (cuadro 1).

La mortalidad materna aún es alta; para 1972 fue de 1.3 por mil. Hasta hace algunos años se observaba que de 42 países que aportaban datos a la Organización Mundial de la Salud, México ocupaba el cuarto lugar por su elevada mortalidad.

* Académica numeraria. Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Cuadro 1 Porcentaje del total de nacimientos en mujeres de menos de 18 años y de más de 35 años en diversos países

País	Menores de 18 años	De 35 y más años	Ambos grupos
*E. U. A.	5.8	6.2	12.0
*Suecia	2.0	7.0	9.0
*Japón	0.5	3.5	4.0
*Inglaterra	3.0	7.0	10.0
†México	7.2	18.4	25.6

* Fuente: *The Population Council Annual Report*, 1971.

† Fuente: *Censo Nacional de Población* 1970.

Finalmente, es necesario mencionar que la tasa de crecimiento de la población de México es de las más altas del mundo, de 3.4 por ciento anual.

Ahora bien, establecer la epidemiología de un problema complejo y con tan numerosos tabús como el aborto inducido, es una tarea difícil, no sólo en México sino en el mundo entero. La metodología generalmente utilizada para este fin, la declaración voluntaria, no es totalmente fiel, aun cuando se obtenga la confianza de la entrevistada. Sin embargo, los datos obtenidos sobre las características de la población que se induce abortos, más bien que sobre la frecuencia del fenómeno, pueden considerarse orientadores y útiles para tratar de meditar sobre las soluciones del problema.

Los limitados conocimientos con los que hasta ahora se cuenta, se basan en dos investigaciones realizadas en el Instituto Mexicano del Seguro Social, la primera en 1967 y 1968, y la segunda de 1967 a 1971, época en la que se llevaron a cabo estudios similares en diversos países de Latinoamérica. Dichas investigaciones se

realizaron en el Distrito Federal, en población amparada por la institución mencionada, contando con la valiosa ayuda de la Fundación Ford.

Metodología

La primera fue una investigación epidemiológica que tuvo como fin estudiar una muestra representativa de la población femenina adulta. Para ello se obtuvieron, por el método aleatorio sistemático, 2 000 números de afiliación de igual número de familias a fin de registrar a una persona del sexo femenino, comprendida entre los 16 y los 49 años de edad; cuando había dos o más en el mismo grupo familiar, se sorteaba por el método aleatorio simple, y se obtenía la que entraría en la investigación.

Todas las personas así seleccionadas fueron entrevistadas en sus propios domicilios para recabar los datos de un detallado cuestionario elaborado en coordinación con el Centro Latinoamericano de Demografía de las Naciones Unidas.

El tamaño mínimo teórico de la muestra era de 1 500 personas, lográndose entrevistar a 1 753 mujeres de las 2 000 familias seleccionadas.

El segundo estudio tenía como fin primario prevenir el aborto inducido en personas de alto riesgo; secundariamente se deseaba conocer algunas de las características del aborto inducido complicado. Este estudio se efectuó en tres grandes hospitales de ginecoobstetricia del I.M.S.S. en el Distrito Federal, en los que se interrogó cuidadosamente a todas las pacientes que acudían por aborto, quienes alcanzaron un total de 61 964 en los 5 años del estudio. Se trataba de dilucidar, en lo posible, si el aborto por el cual acudían al hospital

era inducido y si deseaban limitar el número de hijos; si ese era el caso, se les ofrecía otro método, el de los anticonceptivos por vía bucal, para evitar el nacimiento de un nuevo hijo. De estas mujeres, 3 714 en total, así como de las entrevistadas en el primer estudio, se obtuvieron datos sobre la frecuencia del aborto inducido y algunas de sus características principales.

Frecuencia del aborto

De las 1 753 mujeres entrevistadas en el primer estudio, 1 382 (78.8 por ciento) declararon haber tenido vida sexual activa; de éstas, 1 343 (76.7 por ciento), o sea las tres cuartas partes, dijeron haberse embarazado por lo menos una vez. Además, 468 mujeres manifestaron haber tenido uno o más abortos, inducidos o espontáneos, o sea una de cada tres de las que alguna vez se habían embarazado (34.9 por ciento), o bien una de cada cuatro de toda la población estudiada (26.7 por ciento) (cuadro 2).

Excluyendo los embarazos que evolucionaban durante la encuesta, fueron 6 221 los señalados por las mujeres estudiadas; de ellos, 798 terminaron en aborto (12.8 por ciento), o sea uno de cada ocho embarazos.

Cuadro 2. Investigación epidemiológica del aborto en el Distrito Federal, 1967-1968

Población femenina adulta de 16 a 49 años	Número	Porcentaje
Total entrevistado	1 753	100.0
Con vida sexual activa	1 382	78.8
Con uno o más embarazos	1 343	76.7
Con uno o más abortos	468	26.7*

* 34.9 por ciento de las que se habían embarazado alguna vez.

Estos datos, como se señaló, se tomaron por declaración, por lo que muy probablemente las cifras presentadas sean inferiores a las reales.

Del segundo estudio sólo se pudo obtener la frecuencia del aborto complicado. Como se mencionó el número de mujeres atendidas en el periodo del estudio fue de 61 964, o sea un promedio de 12 393 abortos complicados al año, cifra que representa aproximadamente 14 por ciento de las atenciones proporcionadas en los hospitales investigados.

Si estos datos se relacionan con la población derechohabiente del I.M.S.S. en el Distrito Federal que hace uso de los servicios médicos, se obtiene una proporción anual de 4.4 abortos complicados que llegan a los hospitales por 100 mujeres derechohabientes de 15 a 44 años de edad. Esta proporción no ha variado hasta la fecha.

No es fácil determinar la proporción de abortos que fueron inducidos o espontáneos; sin embargo, puede intentarse. Obviamente, los primeros se complican con más frecuencia que los segundos; por otra parte, dadas las características de las complicaciones y las opiniones de los ginecoobstetras que trataron a estas mujeres y de las trabajadoras sociales que las entrevistaron, puede pensarse que 80 por ciento de ellos probablemente fueron inducidos, es decir que la tasa anual probable de abortos inducidos y complicados, atendidos en hospitales de ginecoobstetricia, por 100 mujeres de 15 a 44 años de edad que hacen uso de los servicios médicos de la institución, es de 3.5 por ciento cuando menos.

Es difícil determinar qué proporción de todos los abortos inducidos se llegan a complicar a tal grado que obliguen a la

población a acudir a un hospital de ginecoobstetricia. Depende, sobre todo, de la capacidad de quien induce el aborto y del método utilizado. Podría suponerse que siendo el aborto ilegal en México y bajo el nivel cultural de su población en general, en promedio, la relación aborto inducido complicado con respecto a todos los que ocurren puede variar entre dos extremos: se complica uno de cada dos que ocurren, o uno de cada cinco. Es decir, que si 3.5 por ciento de las mujeres derechohabientes acuden realmente cada año por aborto inducido complicado a un hospital de ginecoobstetricia, aplicando las proporciones antes señaladas, podría estimarse que la frecuencia del aborto inducido general, tanto complicado como no complicado, ocurre entre 7 y 18 por ciento de las mujeres derechohabientes de 15 a 44 años de edad, residentes en el Distrito Federal.

Se ha intentado aplicar la proporción más conservadora señalada, de 7 por ciento, a la población femenina adulta de todo el país y comúnmente se habla de 700 000 abortos inducidos anuales. Sin embargo, es indudable que la frecuencia en el medio rural y aun en otras áreas citadinas debe diferir notablemente, por lo que de ninguna manera debiera adjudicársele valor alguno a la cifra mencionada.

De todo lo anterior se deduce que todavía no se conoce con precisión la frecuencia del aborto inducido en México y que deben llevarse a cabo investigaciones epidemiológicas en muestras representativas de la población de diferentes estratos, pero utilizando otros métodos más fieles que la declaración directa para llegar a estimaciones más precisas y confiables.

Características del aborto inducido

Se han llegado a conocer con más exactitud que la frecuencia del mismo y, como se verá, no difieren apreciablemente de las de otras poblaciones latinoamericanas.

En primer lugar, cabe señalar que la población femenina que se induce aborto es múltipara en general. Así, en la encuesta a domicilio del primer estudio se observó que el promedio de embarazos por mujer, entre las que declararon no haberse inducido aborto fue de 4.5, mientras que entre las que declararon cuando menos un aborto fue de 8.2. Esta última cifra es muy similar a la observada en el segundo estudio, en el que se calculó un promedio de nueve embarazos por cada mujer que acudió por aborto inducido y complicado.

La edad de la mujer al inducirse los abortos fue sensiblemente igual en los dos

Cuadro 3 Edad de las mujeres al inducirse el aborto

Edad (años)	Encuesta a domicilio*	En hospitales de ginecoobstetricia†
< 20	5.9 ‡	7.9
20 a 24	13.7	22.8
25 a 29	31.4	31.1
30 a 34	20.6	25.2
35 a 39	8.8	11.6
≥ 40	7.8	1.4
Sin precisar	11.8	—
Promedio de edad	30 años	28 años

* Investigación epidemiológica del aborto inducido, 1967-1968.

† Programa de prevención del aborto inducido, 1967-1971.

‡ Cifras en por ciento.

Cuadro 4 Grado de instrucción de las mujeres con aborto y de la población general †

Escolaridad	Población femenina derechohabiente *	Mujeres con aborto inducido *	Mujeres con aborto inducido y complicado †
Ninguna	8.0	4.9	13.9
Primaria incompleta	37.7	49.2	52.9
Primaria completa	24.6	21.3	19.0
Otros estudios además de primaria	26.4	19.7	14.2
Sin precisar	3.3	4.9	—

* Encuesta a domicilio. Investigación epidemiológica del aborto inducido, 1967-1968.

† Prevención del aborto inducido, 1967-1971.

‡ Cifras en por ciento.

grupos estudiados: de 30 años en la encuesta llevada a cabo en domicilio y de 28 años en la población que acude a hospitales de ginecoobstetricia. En más de la mitad de los casos la edad fluctuó entre los 25 y los 34 años de edad (cuadro 3).

Para poder valorar cabalmente los datos sobre instrucción, ingresos económicos, estado civil y religión, se compararon con los de la población general, que se conocieron a través del estudio de la muestra representativa.

La condición socioeconómica de la población derechohabiente en el Distrito Federal es baja en promedio, si se valora por la escolaridad y por el promedio de ingreso diario *per capita*. En cuanto al grado de instrucción, fue discretamente inferior entre las mujeres que se investigaron en la encuesta a domicilio y notablemente más bajo entre las que tuvieron aborto complicado. Así, en tanto que 45.7 por ciento de las mujeres de la población general no cursaron la educación primaria completa o no tuvieron instrucción alguna, esta proporción entre las que abortan, según la encuesta a domicilio, fue de 54.1 por ciento, y entre las que llegan al hospi-

tal por aborto inducido y complicado, fue de 66.8 por ciento (cuadro 4).

El ingreso económico fue igualmente bajo entre las que manifestaron inducirse aborto en la encuesta a domicilio y la población en general, pero se observó más reducido entre las que presentaron complicaciones del mismo, lo que es fácilmente comprensible (cuadro 5).

Como ya ha sido comentado en otros países latinoamericanos, el problema na-

Cuadro 5 Ingreso diario *per capita* de las mujeres con aborto y de la población general

Ingreso diario <i>per capita</i> (pesos)	Población femenina derechohabiente *	Mujeres con aborto inducido *	Mujeres con aborto inducido complicado †
< 10.00	46.5%	48.6%	86.0%
10.00 a 19.99	29.0%	25.7%	12.2%
20.00 a 29.99	12.4%	11.4%	1.6%
≥ 30.00	12.1%	14.3%	0.2%

* Encuesta a domicilio. Investigación epidemiológica del aborto inducido 1967-1968.

† Prevención del aborto inducido 1967-1971.

Cuadro 6 Estado civil de las mujeres con aborto y de la población general ‡

Estado civil	Población femenina derechohabiente *	Mujeres con aborto inducido *	Mujeres con aborto inducido complicado †
Soltera	3.1	3.3	0.7
Casada o en unión libre permanente	87.1	88.1	98.0
Otros	9.8	8.6	1.3

* Encuesta a domicilio. Investigación epidemiológica del aborto inducido, 1967-1968.

† Prevención del aborto inducido, 1967-1971.

‡ Cifras en por ciento.

cional del aborto, en su conjunto, no recae entre las solteras, sino entre aquéllas que tienen una unión más o menos estable. En esta última situación están 87.1 por ciento de la población que abortó según la encuesta a domicilio, y 98.0 por ciento de la encuesta de hospitales. Este dato es congruente con el señalado con anterioridad, sobre el alto promedio de embarazos por mujer, declarados entre las que se inducen el aborto (cuadro 6).

El problema del aborto inducido en las mujeres solteras es mínimo, lo que pudiera atribuirse a que no existe una presión social negativa para los hijos de madres solteras, según lo indica el hecho de que, por una parte, casi la cuarta parte de todos los nacimientos son ilegítimos y, por la otra, la elevada proporción de nacidos vivos en mujeres menores de 18 años de edad.

Otro hecho importante es que, al parecer, la religión no influye, ya que no existe diferencia significativa entre los tres grupos que se han venido señalando. Esto pudiera atribuirse a que, en general,

Cuadro 7 Religión de las mujeres con aborto y de la población general ‡

Religión	Población femenina derechohabiente *	Mujeres con aborto inducido *	Mujeres con aborto inducido complicado †
Católica	96.9	96.7	98.2
Protestante u otras	3.1	3.3	1.8

* Encuesta a domicilio. Investigación epidemiológica del aborto inducido 1967-1968.

† Programa de prevención del aborto inducido 1967-1971.

‡ Cifras en por ciento.

una elevada proporción de la población católica es poco observante, puesto que 60 por ciento de las mujeres católicas, tanto de la población general como de la que se induce el aborto, manifestaron no acudir semanalmente a misa y no haber comulgado durante un año (cuadro 7).

Causas del aborto inducido

La razón por la que se inducen los abortos se deduce de los datos anteriores; sin embargo, este dato se tomó por declaración en 8 179 de los 11 398 abortos inducidos manifestados del segundo estudio. En el cuadro 8 se observa que 42.3 por ciento de los casos manifestó como razón los ingresos reducidos, y 22.5 por ciento el número excesivo de hijos; ambas cifras suman 64.8 por ciento, es decir, las dos terceras partes de la totalidad de los casos.

Hasta aquí los resultados de los estudios efectuados por la autora y sus colaboradores; en términos generales no difieren de los de muchos países latinoamericanos. Precisamente por esto último, porque el

Cuadro 8 Razón aducida por las mujeres que se indujeron el aborto *

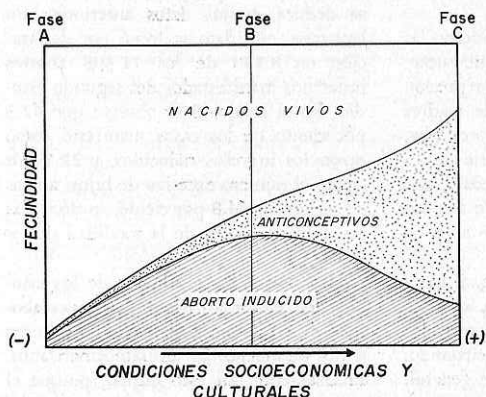
Razón	No. casos	Proporción (%)
Ingresos reducidos	4 463	64.8 { 42.3
Número excesivo de hijos	1 840	
Problemas conyugales	872	10.3
Mal estado de salud	717	8.8
Separación conyugal	254	3.1
No desean familia numerosa	212	2.6
Relaciones prematrimoniales	162	1.9
Relaciones extramaritales	110	1.3
Temor a tener otro hijo	104	1.3
Otros	445	5.4
Total	8 179	100.0

* Programa de prevención del aborto inducido 1967-1971.

fenómeno se registra en forma similar que en otras naciones, en la figura 1 se presenta un diagrama elaborado por Requena, de Chile, sobre las características y magnitud del problema según los estratos socioeconómicos.

En los niveles socioeconómicos más bajos (fase A) no existe ningún medio de limitar la natalidad, no se utilizan anticonceptivos ni se recurre al aborto. La natalidad es extraordinariamente alta, pero la población no siente necesidad de controlarla, debido principalmente a que la mortalidad infantil es también elevada; es decir que una elevada proporción de los nacidos vivos muere antes de cumplir un año de edad, en ocasiones la mitad y aun las dos terceras partes. Además, los niños de estos estratos socioeconómicos que sobreviven, de hecho no aumentan considerablemente el gasto, por el contrario, colaboran en la adquisición de los ingresos familiares con su trabajo. Esta situación quizá la hallemos en las zonas más pobres del país, predominantemente en el medio rural.

Conforme se supera la situación de indigencia (fase B), baja la mortalidad infantil, se va creando cierta conciencia en relación con la posición del niño dentro de la sociedad, tomándosele como sujeto que debe consumir más que producir y se



1 Diagrama que muestra las características y magnitud del problema del aborto inducido, según el nivel socioeconómico.

agregan los problemas urbanos de la vivienda. Es entonces cuando la población va sintiendo la necesidad de limitar el número de hijos, mas como su nivel de instrucción no es el óptimo, esto ocurre cuando ya siente el problema, o sea cuando tiene demasiados niños según su propio criterio. Además, este bajo grado de instrucción le obliga a buscar la solución a su problema por los medios tradicionales, que son accesibles a todos los estratos de la población y a los que generalmente se les teme menos que a los modernos, rodeados de una serie de prejuicios. Por ello es el grupo que más recurre al aborto inducido.

La población del nivel socioeconómico más elevado (fase C), cuya proporción en el país es mínima, tiene una natalidad baja en base al uso de anticonceptivos. La tasa de abortos inducidos es reducida porque sólo se utiliza este recurso cuando ha fracasado un anticonceptivo. Obviamente, el problema en este grupo carece de trascendencia nacional por las siguientes razones: a) La población del país dentro de este estrato es muy limitada; no llega al 5 por ciento. b) La frecuencia del aborto en este grupo es baja. c) Estos abortos se complican menos ya que, dado el nivel económico y cultural de la población, seguramente son practicados por médicos.

El problema del otro grupo extremo, el de la indigencia, tampoco es grande en cuanto al aborto en sí, por las razones ya esbozadas. En consecuencia, el problema principal del aborto en el país se centra en el grupo de población de clase media y media baja.

En resumen, cabe decir que las causas básicas del aborto inducido no difieren mayormente de las que se tienen para otros problemas de salud en nuestro me-

dio, como las gastroenteritis o la desnutrición, que son los escasos recursos económicos y la baja cultura. Luchar contra ambos problemas es la principal acción para combatir el aborto, además de los programas de planificación familiar que permitan a la población que utiliza el aborto inducido para regular el número de hijos, disponer de otro método menos cruento.

Este último objetivo de los programas de planificación familiar trató de evaluarse en uno de los estudios mencionados. Así, en 1971 se hizo una investigación retrospectiva comparando la cantidad de embarazos y abortos en dos grupos de mujeres semejantes en cuanto a nivel socioeconómico, paridad previa y edad. Todas ellas habían acudido a un hospital de ginecoobstetricia por aborto inducido complicado en épocas comparables, o sea un año y medio antes de iniciar la investigación. Uno de los grupos estaba constituido por personas a las que se les habló sobre los inconvenientes del aborto y se les incluyó en un programa de planificación familiar (grupo B); el otro estaba formado por mujeres a quienes no se les trató de modificar sus hábitos (grupo A).

Cuadro 9 Frecuencia de embarazo y aborto en dos grupos comparables de mujeres que utilizaban el aborto inducido como método de regulación de la fecundidad

	Grupo A *	Grupo B †
Embarazos (%)	53.0	0.6
Abortos (%)	24.4	1.4
Embarazos que terminaron en abortos (%)	31.9	22.7

* No se incluyeron en programas de planificación familiar.

† Se incluyeron en programas de planificación familiar.

Los resultados se muestran en el cuadro 9. La proporción de embarazos por mujer fue de 0.6 por ciento entre las que fueron invitadas al programa de planificación familiar y de 53.0 por ciento en el grupo testigo. El porcentaje de abortos dentro de cada grupo fue de 1.4 y de 24.4, respectivamente. El porcentaje de embarazos que terminaron en aborto fue de 22.7 dentro del grupo incluido en los programas de planificación familiar y de 31.9 en el testigo. Estos datos indican que las tasas de aborto dentro del grupo al que se le trató de cambiar el método del aborto por el de los anticonceptivos, son notoriamente más bajas que las del grupo testigo; sin embargo, si el embarazo se presenta, una quinta parte de los casos bajo control vuelven a recurrir al aborto, en tanto que en el grupo testigo esta proporción es de uno en tres.

Conclusiones

Aunque la metodología empleada para estos estudios —la declaración voluntaria— dista mucho de ser confiable, de los datos obtenidos puede concluirse: *a*) que si bien no puede establecerse con precisión la frecuencia del aborto inducido en México, al menos las cifras obtenidas hablan de un problema real y actual; *b*) las características del fenómeno y de las usuarias del aborto son orientadoras y útiles para meditar sobre las posibles soluciones del problema, y *c*) deben llevarse a cabo investigaciones epidemiológicas en muestras representativas de la población rural y urbana de los diferentes estratos, pero utilizando otros métodos más fieles que la declaración directa, para llegar a conocimientos más profundos y exactos sobre el aborto inducido.

III CONSECUENCIAS BIOLOGICAS Y PSICOLOGICAS DEL ABORTO INDUCIDO. ABORTO TERAPEUTICO

CARLOS MAC GREGOR * ‡ y
VEELV SHOR-PINSKER ‡

Complicaciones biológicas del aborto inducido

Al indagar en la literatura la frecuencia de las complicaciones del aborto inducido, es posible observar que varía de acuerdo con lo que cada autor considera como complicaciones, dependiendo de que sea partidario o adversario del procedimiento.

* Académico numerario.

‡ Hospital de Gineco-Obstetricia No. Uno, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Tomando en cuenta el análisis de Tietze y Lewitt,¹ del Programa Conjunto para el Estudio del Aborto, de entre 42 598 mujeres sometidas a aborto, 4 303 experimentaron una o varias complicaciones. Esta elevada cifra (10.1 por 100 casos de aborto) se debe a que se incluyen todas las manifestaciones, como vómitos después de la anestesia general o un solo día de fiebre, que no suelen enumerarse como complicaciones. No se incluyen el fracaso

Cuadro 1 Complicaciones observadas en 49 598 mujeres en quienes se indujo el aborto¹

Complicaciones	Número	%
Perforación del útero	101	2.4
Otras lesiones	359	8.4
Hemorragia únicamente	1 710	39.7
Infección pelviana únicamente	436	10.1
Hemorragia e infección	307	7.1
Unicamente fiebre	865	20.1
Las demás complicaciones	525	12.2
Total	4 303	100.0

de la amniocentesis, los fracasos para producir el trabajo de aborto, ni otras fallas para terminar la gestación, así como tampoco las mujeres en quienes se descubrió que no había embarazo (cuadro 1).

Entre las 101 pacientes con perforación de útero, 54 se sometieron a laparotomía y hubo lesión intestinal en 7. En 18 casos se practicó histerotomía, e histerectomía en 10. Se informó de fiebre durante dos días o más en 12 de 101 pacientes. Doce recibieron transfusiones sanguíneas y 32 permanecieron en el hospital una semana o más después de la operación o después de volver a ingresar.

Prácticamente todas las pacientes en el grupo de otras lesiones sufrieron daño del cuello uterino por los instrumentos utilizados para dilatación; en la mayor parte de los casos la lesión se reparó por sutura.

El grupo de hemorragia incluye hemorragia transoperatoria y postaborto. La causa más frecuente de hemorragia fue la retención de tejido placentario y la anemia es una secuela corriente.

En el grupo de infección pelviana se incluyen endometritis, salpingitis, ooforitis, parametritis, peritonitis, septicemia,

tromboflebitis y embolia e infarto pulmonares.

El grupo de pacientes con hemorragia e infección incluye no sólo las mujeres con una o más complicaciones de cada uno de los grupos antes explicados, sino también casos de retención de tejido placentario con fiebre. Después de aborto por aspiración o por dilatación y legrado, esta combinación puede interpretarse fácilmente como aborto séptico incompleto. En lo que se refiere a la inyección de solución salina, la fiebre puede preceder a la hemorragia y quizá no guarden relación mutua.

Una definición amplia de las complicaciones tiene la ventaja de incluir manifestaciones informadas por las pacientes al igual que el diagnóstico realizado por el médico, permitiendo así analizar la frecuencia de las complicaciones cuyo número sea comparativamente pequeño. Por otra parte, puede dar una impresión deformada del peligro concomitante del aborto. En consecuencia, el propio Tietze ha tratado de identificar un grupo de complicaciones mayores, el cual incluye todos los casos de:

- Perforación uterina.
- Hemorragia con pérdida calculada de 500 ml. o más, que exigió transfusión.
- Infección pélvica, que incluye aborto séptico incompleto con dos días de fiebre o más (pero no fiebre exclusivamente).
- Otros grupos concomitantes con peligro de muerte (choque, embolismo amniótico o salino, tromboflebitis, accidentes anestésicos).
- Enfermedad duradera.
- Trastorno funcional permanente.

Cuadro 2 Frecuencia de complicaciones con respecto al tiempo de gestación

Semana de embarazo	No. de pacientes	Complicaciones (%)	
		Total	Mayores
≤ 6	1 277	5.7	0.9
7 - 8	8 163	4.8	0.6
9 - 10	12 606	5.2	0.6
11 - 12	8 240	7.3	1.2
13 - 14	2 506	14.2	1.9
15 - 16	2 390	23.5	2.7
17 - 20	6 203	22.5	2.4
21 - 24	1 152	21.1	1.8
≤ 12	30 286	5.7	0.8
≥ 13	12 312	20.9	2.3

Fuente: Tietze, C. y col.³

El total de casos de este grupo de complicaciones mayores corresponde a 1 por ciento de las pacientes y a 10 por ciento del total general que presentan complicaciones.

El análisis de las complicaciones debe permitir diferenciar entre las que guardan relación directa con la terminación del embarazo y las que dependen de patología previa o de procedimientos quirúrgicos emprendidos para otros fines, de la índole de esterilización permanente o extirpación

del útero. La frecuencia de complicaciones analizada corresponde a todas las pacientes incluyendo no sólo a mujeres supuestamente sanas, sino también a aquellas con complicaciones médicas o ginecológicas previas y las sometidas a esterilización. En los cuadros 2 y 3 se muestra la frecuencia y tipo de complicaciones según el tiempo de gestación. Las complicaciones fueron más comunes para los abortos a las seis semanas de gestación y menos para los efectuados entre la séptima y la octava semana, a partir de lo cual aumentaron hasta una cifra máxima a las 15 a 16 semanas. La frecuencia global de complicaciones fue de 3.2 a 4 veces más alta para abortos en el segundo trimestre que en el primero y la proporción de complicaciones mayores fue aproximadamente el triple.

En el cuadro 4 se presenta la frecuencia de complicaciones según el método empleado en la interrupción de la gestación. Las cifras fueron mínimas para abortos efectuados por aspiración y fueron seguidas, en orden creciente, por dilatación y legrado, inyección de solución salina, histerotomía e histerectomía.

Otro estudio representativo es el realizado por Glenc,² en el que hace un análisis de las complicaciones en 5 018 casos,

Cuadro 3 Tasa de complicaciones en aborto inducido, en relación a edad gestacional y tipo de complicaciones

Semana de embarazo	No. de pacientes	Total	Complicaciones inmediatas (porcentaje)					
			Perforación uterina	Otras lesiones	Hemorragia	Infección pélvica	Hemorragia e infección	Fiebre
≤ 8	8 072	4.1	0.3	0.9	0.7	0.5	0.1	0.9
9 - 10	11 087	4.2	0.2	1.0	0.8	0.7	0.1	0.8
11 - 12	7 130	5.6	0.2	1.4	1.6	0.7	0.3	0.8
≥ 13	1 778	6.6	0.7	1.2	1.9	1.1	1.2	0.9

Fuente: Tietze, C. y col.³

Cuadro 4 Tasa porcentual de complicaciones en aborto terapéutico, en relación al método empleado

	No. de pacientes	Complicaciones (%)	
		Total	Mayores
Aspiración	29 588	5.1	0.7
Dilatación y legrado	2 321	7.0	0.6
Infusión amniótica	9 506	22.4	2.2
Histerotomía	561	36.5	6.2
Histerectomía	459	54.2	9.2

Fuente: Tietze, C. y col.¹

clasificándolas en complicaciones operatorias, tempranas y tardías (cuadro 5).

Acerca de las complicaciones tardías, algunos autores³⁻⁵ han analizado la repercusión en embarazos posteriores, anotando que existe un riesgo mayor de: prematuridad, aborto espontáneo, muerte fetal, anomalías placentarias y hemorragia anteparto o postparto. Este tipo de complicaciones es más frecuente en pacientes con antecedentes de varios abortos provocados del primer trimestre y/o cuando el aborto fue realizado en el segundo trimestre.

Cuadro 5 Complicaciones en 5 018 casos de aborto inducido

	%
INMEDIATAS	
Perforación uterina	0.24
Hemorragia > 500 ml.	0.06
Laceración cervical	0.03
TEMPRANAS (≥ 3 semanas)	
Retención de restos	0.74
Endometriitis	1.77
Tromboflebitis	0.26
TARDÍAS (hasta 4 años)	
Infección pélvica	8.0
Trastornos menstruales	11.0
Esterilidad	1.0
Embarazo extrauterino	0.5
Sin complicación	73.5

Fuente: Glenc, R.²

ABORTO INDUCIDO

Cuadro 6 Mortalidad materna en el aborto inducido

	Semanas de embarazo	Tasa de mortalidad materna por 100 000 abortos
Aborto inducido	4 - 12	0
	13 - 28	3
Aborto inducido más esterilización	4 - 12	8
	13 - 28	14

Fuente: Tietze, C. y col.¹

Mortalidad materna

La mortalidad materna^{1, 6-8} depende tanto del método empleado en la inducción del aborto como de la edad gestacional en que haya sido realizado (cuadros 6 y 7). Cuando la realización del aborto es seguida por esterilización, la tasa de mortalidad se eleva en función del procedimiento empleado para la última, siendo más elevada en los casos de histerectomía.

En el cuadro 8 se muestran las tasas de mortalidad materna en el aborto inducido por personal médico, las cuales contrastan con la observada cuando el aborto es rea-

Cuadro 7 Mortalidad materna en el aborto inducido, de acuerdo al método empleado

Método	No. de casos	No. de muertes	Tasa de mortalidad por 100 000 abortos
Aspiración	265 363	1	0.4
Dilatación y legrado	80 302	2	2.5
Infusión amniótica	49 145	8	16.3
Histerotomía	2 244	5	222.8

Fuente: Tietze, C. y col.¹

Cuadro 8 Mortalidad materna en el aborto inducido

ABORTO TERAPÉUTICO

1er. trimestre: 4 x 100 000 abortos
2do. trimestre: 40 x 100 000 abortos

ABORTO ILEGAL

123 x 100 000 abortos

Fuente: Tietze, C. y col.¹

lizado sin los procedimientos de asepsia y cuidados hospitalarios.

En resumen, se podría considerar que el riesgo de mortalidad materna en el aborto inducido durante el primer trimestre es 4 a 8 veces menor comparado con el riesgo debido al parto. Además, el riesgo de mortalidad materna en el aborto inducido durante el segundo trimestre es semejante al que acompaña al parto.

Los registros sobre complicaciones y mortalidad materna incluyen gran número de datos sobre muchos aspectos del aborto inducido. En este informe se exponen algunas de las variables independientes y dependientes sobre las cuales se tiene información.

Consecuencias psicológicas

La gran mayoría de los estudios que tienen a valorar la repercusión psicológica del aborto inducido con carácter retrospectivo, no tienen bases previas de análisis psiquiátrico, selección de pacientes, técnicas uniformes de estudio psicológico y homogeneidad de las poblaciones, por lo que resulta difícil extrapolar resultados a la población general.

Hasta el momento, los resultados señalan una serie de datos de carácter teorizante y las conclusiones muy a menudo son contradictorias. Dependen del punto de vista del investigador y de la población

analizada, en función de que sea la paciente la que solicite la interrupción del embarazo por no desearlo o sea por indicación médica, donde pueden existir mecanismos de aceptación o de rechazo psicológico por parte de la paciente.

La frecuencia de trastornos psiquiátricos mayores y el desarrollo de fenómenos de autculpa dependen de factores culturales, religiosos, sociales y otros, y de los antecedentes psicológicos de las pacientes. Por lo tanto, es necesario considerar, en el análisis de las secuelas psicológicas del aborto inducido, varios factores a saber:

Primero: La frecuencia y tipo de trastornos psicológicos previos en las pacientes que solicitan la interrupción del embarazo y compararlos con un grupo control de embarazadas en el mismo estadio de gestación.

Segundo: Al asumir la existencia de un trastorno psicológico previo, cuál es el efecto del aborto inducido en dichos trastornos.

Tercero: Cuáles son los efectos psicológicos del aborto inducido en pacientes que lo soliciten sin tener manifestaciones psicológicas adversas previamente.

*Cuarto:*Cuál es la evolución a corto y a largo plazo de las reacciones psicológicas postaborto inducido.

Tomando en consideración que todavía no existen pruebas psicológicas completamente satisfactorias, que el examen individual de las pacientes muestra tendencias a que se exagere la existencia de síntomas o agravantes psicológicos, y por último, que el análisis conjunto puede no reflejar las características psicológicas individuales y que frecuentemente se imbrican dichas características, el patrón psicológico general de las pacientes que solicitan el aborto muestra un grado profundo de depresión,

dificultad en la obediencia de las reglamentaciones, dificultad en el control de impulsos que las llevan a dificultades sociales, ansiedad, miedos irracionales y otros rasgos.^{4, 8, 9}

La respuesta a la interrogante de si el aborto genera, más que disminuye, problemas psiquiátricos, ha sido analizada por varios autores.^{1, 4, 8-10} Se ha sugerido el desarrollo de una reacción de autoculpa; sin embargo, si el análisis se extiende a más de las 6 semanas postaborto, hasta un año después, se observa una disminución importante de las reacciones psicológicas adversas, observadas inmediatamente después de realizado el aborto (cuadro 9).

Entre los diferentes estudios destaca que las mujeres que previamente tienen los mayores problemas psiquiátricos a menudo son las que experimentan las reacciones psíquicas más graves después del aborto, y que las mujeres que gozan de una buena adecuación psicológica antes del aborto, tienen la mayor probabilidad de reacciones benignas o pasajeras postaborto. Se deduce que es la motivación psiquiátrica hacia el aborto donde la actitud ambiental hacia el embarazo y el aborto, por factores socioculturales, puede dar lugar a reacciones psicológicas de ad-

versión, culpa, complejo de castración, mutilación, destrucción, o de no poder vencer la aversión al aborto sin que queden secuelas importantes, al buscar un equilibrio para adaptarse a las circunstancias que la rodean.

Otro aspecto que ha sido estudiado es el de los efectos en pacientes que rehúsan el aborto por indicación médica. En una encuesta realizada en un pequeño número de pacientes, en términos generales el resultado señala que 3 por ciento tuvieron aborto espontáneo; 11 por ciento se sometieron a aborto ilegal, y 86 por ciento llevaron su embarazo a término, de las cuales 69 por ciento se encuentran ajustadas y satisfechas; 18 por ciento muestran desajuste moderado, y 13 por ciento manifiestan problemas psicológicos serios.

De las historias clínicas de niños cuyas madres rehusaron el aborto, se advierte que existe una frecuencia mayor de trastornos psíquicos, conducta antisocial e inseguridad familiar.

Indudablemente, muchas mujeres que se niegan a la realización del aborto son capaces de adaptarse utilizando recursos propios o requieren de ayuda externa para mantener su equilibrio psicosocial y no tener reacciones adversas en sí mismas ni en sus propios hijos.

Algunos autores consideran adecuado plantear brevemente el tema de diferenciar entre las consideraciones psicológicas y las humanas. Los gobiernos, incluso los que afirman interés en los derechos individuales, han sido influenciados por preocupaciones demográficas y fomentan el aborto en periodos de sobrepoblación, para desaprobalo cuando las necesidades de la nación exigen aumento de la cantidad de habitantes. Los grupos religiosos

Cuadro 9 Reacciones psicológicas después del aborto inducido

80%	satisfechas, sin estimación de culpa
3%	no satisfechas pero convencidas de la necesidad
12%	con reacción psicológica adversa (culpabilidad)
3%	francamente arrepentidas
2%	enfermedad psiquiátrica definitiva, no relacionada con el aborto

Fuente: Osofsky, J. y col.⁹

han aceptado o condenado el procedimiento, según sus conceptos de moral en una época dada. Las personas más destacadas de la sociedad han planteado asuntos de moralidad y preocupación sociológica acerca de la promiscuidad, el potencial desinterés en los anticonceptivos eficaces y el aumento del aborto ilegal. Los médicos han manifestado su preocupación sobre estándares médicos, uso de hospitales y control de procedimientos. Se ha prestado atención a los temas relacionados con las diferencias en las facilidades para la realización de abortos según clase económica, en la inocuidad comparativa de los abortos ilegales y en las consecuencias de dar a luz a un hijo no deseado. Se ha insistido en el derecho de la mujer a tener sólo los hijos que desea.

A la luz de lo anterior, existe temor con el posible uso equivocado de los datos psicológicos. Se necesitan estudios —y éstos habrán de ser lo más objetivos posible— en este campo socialmente complejo. Sin embargo, debe recordarse que los resultados psicológicos no pueden traducirse obligadamente en reglamentaciones. Según se menciona, algunos de los primeros estudios afirmaban secuelas psicológicas graves, y aunque por lo regular las conclusiones tenían poco apoyo objetivo, las opiniones se utilizaron en discusiones acerca de las consecuencias biológicas, sociales y respecto a la política legislativa. Estudios más objetivos han apreciado, de manera uniforme, secuelas psicológicas comparativamente escasas del aborto. Algunos autores sugieren efectos perjudiciales de negar el aborto.

Sin embargo, sea cual sea el resultado de los estudios actuales o futuros, al igual que ocurre en otros campos, es deseable

el conocimiento respecto al desarrollo de síntomas psicológicos relacionados o no a fenómenos sociológicos. Los datos habrán de utilizarse con el propósito de brindar servicios preventivos y terapéuticos adicionales y mejores.

Aborto terapéutico

Al considerar que la medicina es una ciencia dinámica cuyos patrones de tratamiento cambian con el tiempo en relación a los avances del conocimiento, existen múltiples opiniones con respecto al criterio de manejo de la embarazada ante la presencia de ciertas condiciones, que para algunos autores son consideradas como desfavorables para la madre y/o para el feto, específicamente en lo que concierne a las indicaciones de la interrupción del embarazo. Es necesario subrayar que las opiniones que se expresan no deben interpretarse como justificantes de la interrupción del embarazo y que la decisión de interrumpir o no el embarazo necesita ser tomada a la luz de las circunstancias del caso en particular, ya sea por interés de la salud física o mental de la madre, por existir riesgo de anormalidad fetal o por las condiciones actuales del medio ambiente materno, fetal y del recién nacido. Estas opiniones han cambiado en los últimos años y es muy probable que sean modificadas como resultado de las nuevas adquisiciones científicas y tecnológicas en este campo.

A continuación se exponen los puntos de vista de diferentes autores, pero fundamentalmente de Gerrard,¹¹ todos referentes a la terminación del embarazo en un estadio en el que el feto no es capaz aún de tener vida independiente (menos de 28 semanas de gestación). Debe ano-

tarse que, de acuerdo con los autores, las indicaciones de interrupción del embarazo pueden ser absolutas o relativas.

PRINCIPALES INDICACIONES

Por padecimientos de la madre:

- a) Abdomen agudo: Trombosis arterial mesentérica, colitis ulcerativa complicada, megacolon tóxico, ileítis regional, pancreatitis y otras.
- b) Enfermedad hepática: Hepatitis, cirrosis con hipertensión portal, insuficiencia hepatocelular aguda y otras.
- c) Padecimientos nutricionales: Osteomalacia grave, raquitismo grave, otros.
- d) Padecimientos cardiovasculares: Insuficiencia cardíaca grave, carditis reumática aguda, alteraciones valvulares graves, cardiopatías congénitas graves, endocarditis bacteriana, enfermedad cardíaca tiorotóxica, hipertensión pulmonar grave, enfermedad hipertensiva crónica grave, cardiopatía isquémica, aneurisma aórtico y otros.
- e) Padecimientos respiratorios: Insuficiencia respiratoria grave, enfisema grave, bronquiectasias, fibrosis pulmonar, resección pulmonar extensa, asma bronquial incontrolable, tuberculosis pulmonar activa avanzada, y otros.
- f) Padecimientos renales: Síndrome nefrótico, infección urinaria grave, y otros.
- g) Padecimientos neurológicos: Epilepsia grave, tumores cerebrales, aneurisma intracraneal, miastenia gravis, enfermedades degenerativas graves, parkinsonismo grave, y otros.

- b) Padecimientos esqueléticos: Deformidad espinal, pélvica, y otros.
- i) Padecimientos dermatológicos: Dermatomiositis, lupus eritematoso disseminado, esclerosis sistémica, eccema atópico, y otros.
- j) Padecimientos endocrinológicos: Tirotoxicosis grave, mixedema grave, enfermedad de Addison grave, feocromocitoma, acromegalia grave, hiperparatiroidismo grave, diabetes insípida grave, diabetes mellitus grave y otros.
- k) Padecimientos malignos: Carcinoma mamario, melanoma, carcinoma tiroideo, enfermedad linforreticular, carcinoma del cuello uterino, carcinoma del ovario, sarcoma y otros.
- l) Padecimientos obstétricos: Eclampsia repetida, *hidrops fetal* hiperemesis gravídica, y otros.
- m) Padecimientos psiquiátricos: Depresión reactiva grave, estados de ansiedad grave, depresión endógena, estados obsesionales graves, esquizofrenia, mentalidad subnormal y otros.

Enfermedades que pueden causar anomalías fetales. En el último decenio, gracias a los conocimientos de genética y a los avances en fetología, han cobrado importancia en algunos países del mundo las indicaciones de punto de partida fetal para interrumpir la gestación; a continuación se señalan las más importantes.

- a) Enfermedades infecciosas: Rubéola, infecciones por citomegalovirus, y otras.
- b) Exposición a drogas teratógenas.
- c) Exposición a radiaciones.

d) Enfermedades determinadas genéticamente:

1. Aberraciones cromosómicas:
Síndrome de Down, y otros.
2. Padecimientos multifactoriales:
Deficiencia mental, corea de Huntington, paraplejia espástica, distrofia muscular, y otros.

e) Padecimientos por alelos anormales: Talasemia mayor, anemia drepanocítica, trastornos de la coagulación graves, anemia hemolítica, telangiectasia congénita, porfiria intermitente aguda, hemofilia, y otros.

En la actualidad, en los países donde se ha liberado la ley del aborto —independientemente de las implicaciones sobre valores morales y éticos—, la gran mayoría de las indicaciones son de carácter sociológico o electivo para interrumpir el embarazo. Hace algunos años, en los Estados Unidos de Norteamérica, Parker⁸ comunicó que el aborto era realizado por motivos psiquiátricos en 72 por ciento de los casos, y en los restantes lo era por indicación médica. Recientemente por motivos psiquiátricos se realizan sólo 1.0 por ciento, y por motivos médicos se efectúa en 1.3 por ciento de los casos.

Todos los datos vertidos en esta presentación son el resultado del análisis de la experiencia de diversos países en los que el aborto inducido ha sido legalizado y se practica más o menos regularmente. En México, las indicaciones sociales son etiquetadas como aborto ilegal, y en el medio médico mexicano se reconocen como legítimas muy pocas indicaciones para el aborto terapéutico.

Es prudente señalar como punto final, la observación de diversos autores estu-

diosos del tema, acerca de que, en países donde se practica la anticoncepción, el aborto inducido contribuye a la disminución de la práctica efectiva de la misma, sin modificar las tasas de nacimientos obtenida previamente. Por el contrario, cuando se introduce la anticoncepción en países donde el aborto inducido es ampliamente practicado, la disminución del número de abortos se acompaña de una declinación en las tasas de nacimientos.^{3, 5, 6, 12}

REFERENCIAS

1. Tietze, C. y Lewitt, S.: *Informe provisional del programa conjunto para el estudio del aborto*. Clín. Ginec. Obstet. 21:1317, 1971.
2. Glenc, F.: *Early and late complications after therapeutic abortion*. Amer. J. Obstet. Gynec. 118:34, 1974.
3. Barnes, A. N.; Cohen, E.; Stoeckle, J. D. y MacGuire, M. T.: *Therapeutic abortion: Medical and social sequelae*. Ann. Intern. Med. 75:881, 1971.
4. Bragonier, J. B. y Ford, C. V.: *Valoración preaborto: Selección de pacientes para consulta psiquiátrica*. Clín. Ginec. Obstet. 21:1263, 1971.
5. Brody, H.; Meikle, S. y Gerritse, R.: *Therapeutic abortion: A prospective study*. Amer. J. Obstet. Gynec. 109:347, 1971.
6. Evrard, J. R.: *The impact of abortion on maternal and perinatal mortality rates*. Amer. J. Obstet. Gynec. 113:415, 1972.
7. Jurukovski, J. y Sukarou, L.: *A critical review of legal abortion*. Int. J. Gynec. Obstet. 9: 111, 1971.
8. Parker, J.; Harris, D. y Nelson, F.: *Vigilancia del programa de abortos*. Clín. Ginec. Obstet. 15:283, 1971.
9. Osofsky, J.; Osofsky, H.; Rajan, R. y Fox, M.: *Efectos psicológicos del aborto legal*. Clín. Ginec. Obstet. 15:215, 1971.
10. Tanner, L. M.: *Parámetros profesionales en desarrollo: Papel de enfermeras y trabajadoras sociales en la asistencia de la paciente de aborto provocado*. Clín. Ginec. Obstet. 21:1271, 1971.
11. Gerrard, E. A.: *Indications for termination of pregnancy. Report by B. M. A. Committees*. Brit. Med. J. 1:171, 1968.
12. Frederiksen, H. y Brackett, J. W.: *Demographic effects of abortion*. Public Health Report 83:999, 1968.

IV REPERCUSIONES DEMOGRAFICAS DEL ABORTO LEGAL E ILEGAL

SANTIAGO GASLONDE *

Cuando se investiga el aborto en un ambiente hospitalario o en una maternidad se puede obtener valiosa información de variado tipo, pero, a través de esa muestra seleccionada (los abortos complicados, por regla general), no se llega a conocer, sino sólo en forma aproximada, la frecuencia del aborto en la población. Para lograrlo es necesario investigar muestras representativas de todas las mujeres expuestas al riesgo de embarazarse y de abortar, es decir, de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) y aun, en algunos casos, de jóvenes menores de 15 años, en las que, afortunadamente, se presenta el fenómeno de manera excepcional.

Sin embargo, este procedimiento, el de una encuesta por muestreo de la población susceptible, permite alcanzar sólo una verdad muy relativa —como para la mayoría de los fenómenos de la materia viva— y fraccionaria.

En los países donde es ilegal el aborto provocado (todos éstos o parte de ellos), el temor a una posible sanción legal y el grado en que ésta sea más benevolente o más drástica, alteran la sinceridad de la entrevistada. También variará la buena fe de la mujer, dentro del mismo marco legal, según el medio social en el que actúe, que puede ser muy tolerante frente al aborto o decididamente condenatorio. Así mismo, habrá diferencias individuales según las características propias de la mujer (edad, estado civil, nivel de ins-

trucción, y otras), que condicionan un temor mayor o menor a la sanción social, y hasta una absoluta indiferencia hacia la opinión ajena, que estimula a la interrogada a expresarse con la mayor sinceridad. Empero, estas diferencias quedarán diluidas en el conjunto. También influirá la calidad de la entrevistadora, su habilidad para lograr una buena comunicación y la calidad del cuestionario usado, en cuanto a validez de la información obtenida en una encuesta en la población femenina en edad fértil. Estos aspectos, bastante conocidos, no se abordarán en esta comunicación.

Una manera de resolver en parte el problema de falta de sinceridad, consiste en no indagar por separado los abortos inducidos y los espontáneos, sino conjuntamente con el vocablo "pérdida", que si bien tiene fundamentalmente la connotación de un hecho involuntario, abarca también en la práctica las pérdidas voluntarias, esto es, los abortos inducidos.*

Aun así no se llegará a la verdad (y, ¿en dónde se llega a ella?), pero sí se logrará una verdad relativa. Los datos podrán ser muy útiles en comparaciones dentro del mismo país, entre grandes grupos de mujeres, y en el tiempo, para conocer la tendencia del fenómeno. Va-

* De los resultados computados, se pueden separar los abortos voluntarios de los involuntarios, fijando *a priori* un porcentaje a éstos en los embarazos, y usando seguidamente y constantemente ese porcentaje en las comparaciones, anulando así el posible error de estimación de los abortos involuntarios.

* Programa de Planificación Familiar. Ministerio de Salud, República Dominicana.

riará poco el factor falta de sinceridad, si el estudio retrospectivo se limita a pocos años y las mujeres están en la misma circunstancia.

El aborto ilegal en algunas capitales latinoamericanas

Entre los años 1968-1971, el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) realizó unas encuestas sobre la frecuencia del aborto y el uso de anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil de cinco capitales latinoamericanas (Bogotá, Panamá, Buenos Aires, Asunción y Lima), en colaboración con instituciones oficiales de los respectivos países.

Los datos obtenidos retrospectivamente permitieron estimar, para el decenio anterior a las fechas de las encuestas, las tasas y tendencias de las principales variables que contribuyeron a fijar el nivel de la fecundidad. Se pudo así observar el dinamismo de la situación, los notables cambios que se van produciendo en las capitales. Salvo en Buenos Aires, donde es característica la estabilidad de: a) las bajísimas tasas de embarazos, a consecuencia principalmente del difundido y tradicional uso de la contracepción; b) las altas tasas de abortos por embarazos que, sin embargo, por la escasa relevancia de estos embarazos, no llegan a producir alta incidencia del aborto en la población femenina, y c) las bajas tasas de fecundidad, con valores casi constantes y mínimas fluctuaciones a lo largo del decenio, en las otras capitales, que presumiblemente tienen características similares a la mayoría de las grandes ciudades latinoamericanas en lo referente al comportamiento reproductivo de su población, se observa la siguiente tendencia:

Las tasas de embarazos se deprimen ligeramente en el último quinquenio, con variación notable en ciertos grupos de edad y escasa o nula en otros grupos. En Bogotá y Panamá disminuyen los embarazos entre las mujeres más jóvenes (de 20 a 34 años) exclusivamente (-9.2 y -4.0 por ciento anual respectivamente); en Lima y Asunción el descenso se observa mayormente en mujeres de 35 y 44 años, y viene a ser de -16.2 y -5.8 por ciento anual en esos grupos, respectivamente.

Esta reducción de los embarazos, al no haber variado substancialmente otros factores condicionantes durante el corto lapso observado, significa una práctica creciente de la contracepción por parte de las mujeres de los grupos donde ocurrió el descenso.

Las tasas de abortos por embarazos han aumentado en todas las ciudades, fenómeno que se intensifica en los últimos años. En algunos grupos de edad, la variación promedio anual es de $+31.1$ y $+27.4$ por ciento (mujeres de 35 y 44 años en Bogotá y Panamá), y alcanza a $+39.2$ por ciento en las mujeres de 20 y 34 años de Lima, para las que se triplica la tasa en el último quinquenio.

Es importante destacar que la tasa de abortos por mujeres aumentó más en cada capital en el grupo de edad donde la tasa de embarazos se redujo menos o no experimentó reducción. Dicho sea de otro modo, si bien se ha observado un fuerte aumento de la práctica del aborto, ese incremento es frenado, y hasta deja de observarse, en los grupos donde se han reducido las tasas de embarazos mediante el uso de prácticas anticonceptivas fundamentalmente (cuadro 1).

A consecuencia de lo anterior, las tasas de abortos para todas las mujeres, esto es,

Cuadro 1 Variación promedio anual (en porciento), de las tasas de embarazos y abortos por mujeres de 20 a 44 años en tres capitales latinoamericanas

Edades (años)	Bogotá		Lima		Panamá	
	20-34	35-44	20-34	35-44	20-34	35-44
Tasas de embarazos	- 9.2	+ 3.4	- 1.4	- 16.2	- 4.0	+ 8.2
Abortos	- 4.8	+ 40.0	+ 36.8	- 8.0	- 4.3	+ 43.6

Fuente: PEAL Bogotá, Lima y Panamá, CELADE, Serie A, No. 118.

la incidencia del aborto en la población femenina, aumenta considerablemente durante el quinquenio en todas las ciudades (con un incremento promedio anual de 5.0 y 24.0 por ciento), variando considerablemente según los distintos grupos de edad.

En todas las ciudades, por el efecto creciente de las prácticas anticonceptivas en unos grupos de edad, y del aborto en otros grupos de su población femenina, la fecundidad está bajando paulatinamente. Año tras año se evidencia con mayor claridad el deseo creciente de limitar o espaciar la prole usando cualquier medio al alcance de las parejas.

La influencia relativa del aborto en la determinación del nivel de fecundidad corresponde a la probabilidad de que ocurra el aborto en el embarazo, o sea a la razón abortos en embarazos, la cual viene a representar el efecto reductor del aborto sobre la tasa de embarazos. Después de corregir ese efecto reductor y el de la mortalidad,* se llega a la fecundidad observada.

Contrariamente a lo que podría imaginarse, en la práctica un aborto no evita un nacido vivo (por la diferencia de tiempo de gestación, lactancia, tiempo de exposición ovulatoria, y otros). Según

cálculos de Potter, en una población que no usa la contracepción, 100 abortos inducidos evitarían apenas unos 40 nacidos vivos, en contraste con una población donde se practica la contracepción, en la cual 100 abortos evitarían —dependiendo de la eficacia de los anticonceptivos usados— hasta 80 nacidos vivos, o sea el doble de los primeros.

Como se puede apreciar en el cuadro 2, el efecto reductor del aborto, calculado

Cuadro 2 Efecto reductor del aborto sobre la fecundidad en 4 capitales latinoamericanas en el año que precedió a la fecha del estudio *

Ciudad	Edades (años)	Tasas de		
		Embarazos	Fecundidad	Efecto reductor del aborto (%)
Bogotá	20 - 34	161	139	- 13.7
	35 - 44	76	55	- 27.6
	15 - 49	110	93	- 15.4
Lima	20 - 34	224	175	- 21.9
	35 - 44	63	47	- 35.4
	15 - 49	134	103	- 23.1
Panamá	20 - 34	204	165	- 19.1
	35 - 44	53	26	- 50.9
	15 - 49	129	100	- 22.5
Asunción	20 - 34	225	186	- 17.3
	35 - 44	46	23	- 50.0
	15 - 49	141	105	- 25.5

* Mortalidad fetal tardía, que no entra comúnmente en el concepto de aborto, limitado a la mortalidad fetal temprana e intermedia.

* Se trata, en realidad, del efecto reductor de la mortalidad fetal total, incluida la tardía, la cual es aproximadamente de 1 por ciento de los embarazos.

por la variación porcentual de la tasa de embarazos a la tasa de fecundidad, fue bastante importante, de -15.4 a -25.5 según las diferentes ciudades. En todas ellas, el efecto fue relativamente más importante en el grupo de mujeres de mayor edad (35-44 años) que para el grupo más joven (20-34 años).

El aborto legal

Las leyes sobre el aborto varían considerablemente entre los países, como se puede apreciar en el *Demographic Yearbook* de las Naciones Unidas de 1971. En 18

países, todo aborto sin excepción es ilegal (de Latinoamérica: Bolivia, Colombia, República Dominicana, El Salvador, Haití, Panamá); en otros 24, solamente es permitido si la vida de la mujer embarazada está en peligro (entre éstos: Chile, Guatemala, Nicaragua, Paraguay y Venezuela). Unos países liberalizan algo el aborto, considerando razones jurídicas (rapto y violación, incesto, y otros); es el caso en Brasil, México y Uruguay. A estas razones se agregan las consideraciones médicas en Argentina, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Honduras y Perú. En el resto de los países, los motivos para realizar

Cuadro 3 Países donde el aborto es legal (lista incompleta)

País	Año de la ley	Ley:	
		Restringida	Liberalizada
U. R. S. S.	1920	1936	1955
Islandia	1935		
Dinamarca	1937		1956 y 1970
Suecia	1938		1963
Japón	1948		
República Democrática Alemana	1949	1950	1965
Hungría	1950		1953
Finlandia	1950		1970
Checoslovaquia	1953	1962	1955
Bulgaria	1956	1968	
Polonia	1956		
Rumania	1957	1966	
Yugoeslavia	1960		
Reino Unido	1962		1967
Noruega	1963		
Túnez	1965		
E. U. A.: California, Colorado, Carolina del Norte	1967		
Georgia, Maryland	1968		
5 estados más	1969		
Canadá	1969		
Singapur	1969		
E. U. A.: Nueva York y otros estados	1970		
Corea del Sur	1973		

el aborto son más amplios, de tipo social, o sencillamente porque así lo quiere la mujer embarazada. En el cuadro 3 se presenta una lista incompleta de estos países.

En los países donde es legal el aborto ha sucedido que algunos han restringido y limitado luego el alcance de la ley (cinco de ellos, de los cuales tres suprimieron ulteriormente esas restricciones). Otros países, por el contrario, acentuaron con leyes posteriores a la ley inicial, la liberalización del aborto. De tal manera que entre las naciones donde existe el aborto legal, se puede observar una gran variedad de requisitos, o la ausencia de los mismos.

Además de las peculiaridades de la legislación que liberaliza el aborto en cada país, existen otras que ocasionan diferencias muy notables en el efecto que tiene el aborto legal sobre la fecundidad. Entre éstas se cuentan el tiempo de vigencia de la ley y, dependiendo en parte de éste, el hecho de la existencia o no de programas de planificación familiar (dentro de éstos, de sus características también) cuando comenzó a operar la legislación del aborto.

En algunos países el aborto legal fue instituido antes de que se contara con anticonceptivos eficaces (dispositivos intrauterinos y gestágeno); es el caso de Suencia y del Japón.

En Japón (ley de 1948) el número de abortos creció rápidamente hasta sobrepasar la cifra de un millón al año (1 170 100 abortos en el año de 1955, con una tasa de 55.8 abortos por 1 000 mujeres en edad fértil), mientras la tasa de natalidad bajó de 32.8 en 1949 a 19.4 en 1955, y aún más en los años siguientes. Luego, la tasa de abortos comenzó a descender paulatinamente cuando ya la ley

llevaba unos doce años operando, llegando a ser, en 1971, de 28.2, casi la mitad de la de 55.8 en el año 1955. La tasa de natalidad, sin embargo, se mantuvo por debajo de 19.4 a pesar de la disminución en los abortos.

En Suencia, por el contrario, la tasa de abortos nunca alcanzó niveles importantes, ni siquiera después de la liberación de 1963, y sólo llegó a 12.1 por 1 000 mujeres en el año 1971. Mientras tanto, la tasa de natalidad siempre se ha mantenido entre 13.6 y 16.0 en los últimos 23 años. Lo anterior permite valorar el efecto de las medidas anticonceptivas * a nivel de parejas, aun antes del uso de anticonceptivos modernos en este país. Lo mismo puede decirse de Dinamarca.

En la mayoría de los países, el aborto se liberalizó cuando se introducían programas de planificación familiar, y aun después de éstos. Al parecer, el aborto ha sido adoptado mayoritariamente por las mujeres de esos países, desplazando no solamente al aborto inducido ilegal de antaño (parcial o totalmente), sino también a los contraceptivos como medio de limitación de los nacimientos. A continuación se mencionan algunos ejemplos.

En Hungría, entre 1956 y 1967, la tasa de natalidad bajó 26 por ciento, mientras que la tasa de abortos totales ascendía en 72 por ciento.

El caso de Bulgaria es muy elocuente. El cuadro 4 permite detectar la influencia del aborto sobre la fecundidad; es decir, la natalidad baja cuando sube el aborto y la inversa sucede cuando la ley restrictiva actúa. Pero también se puede observar

* Y también, aunque en menor grado, del aborto legal, que sigue efectuándose en proporción de 2 a 1 (el legal), aunque ambos, conjuntamente, apenas alcanzan a 137 por 1 000 nacidos vivos (1965).

Cuadro 4 Tasas de natalidad y abortos por 1 000 nacidos vivos en Bulgaria

Año	Natalidad		Abortos totales por 1 000 mujeres	
	Tasa	Variación (%)	Tasa	Variación (%)
1963	16.4		45.0	
1967	15.0	- 9.3	51.8	+ 15.1
1968 *	16.9	+ 12.7	47.1	- 9.1
1971	16.0	- 5.3	69.7	+ 48.0

* La ley del aborto fue restringida en febrero de 1968 y sólo fueron permitidos los abortos en mujeres con 2 o más hijos, o con un solo hijo, mujeres mayores de 45 años, en solteras y en casos de violación o incesto, siempre que no pasara el embarazo de 12 semanas de gestación.

Fuente: IRCAR, "Selected Abortion Statistics", y "Reports on Population Family Planning", The Population Council, 1973.

que la restricción tuvo un efecto pasajero, ascendiendo luego la tasa de abortos totales por el gran incremento de los ilegales. Se tiene así una idea de lo difícil que resulta la reversibilidad del aborto legal cuando se pretende frenar el proceso.

En Rumania sucedió algo parecido al ejemplo anterior. El aborto, legal desde 1957, fue restringido en 1966 y sigue siéndolo. Ahora bien, en 1965, con 1 115 000 abortos legales, la tasa de natalidad fue de 14.6 por 1 000 habitantes. Al restringirse la ley de aborto, la natalidad alcanzó 27.4 en 1967 (y un máximo de 39.2 en un mes), con sólo 51 700 abortos. Pero, en los años ulteriores, la natalidad volvió a declinar paulatinamente, a 26.3 en 1968, 23.3 en 1969, 21.1 en 1970 y a 19.5 en 1971. Se supone que esa tendencia se deba a las prácticas anticonceptivas y, muy probablemente a la creciente frecuencia del aborto ilegal.

En Checoslovaquia, en 1962, se restringió la ley del año 1953; los abortos totales bajaron un 20 por ciento y la tasa

de natalidad subió casi 8 por ciento el año siguiente.

Cuando en 1966 se volvió a liberalizar la ley del aborto, se produjo el fenómeno inverso, casi exactamente en las mismas proporciones con signo contrario.

En los Estados Unidos de América, el aborto se liberalizó en el estado de California en el año 1967. Durante 1970 se practicaron 65 529 abortos legales en dicho estado (73 por ciento de ellos en solteras, divorciadas y viudas), y la tasa de natalidad se redujo en 11.7 por ciento durante ese año, mientras los nacidos ilegítimos menguaron en 16 por ciento.

En Inglaterra, donde se liberalizó el aborto en 1967, la tasa de aborto legal creció rápidamente (aumentó 39 por ciento de 1970 a 1971, pasando de 9.2 a 12.8 por 1 000 mujeres), a pesar de los servicios de planificación familiar existentes. En el año mencionado, 56 por ciento de los abortos legales ocurrieron en mujeres solteras y 22 por ciento en menores de 20 años, lo que lleva a pensar que la mayoría de los abortos legales no vienen a sustituir a los abortos clandestinos, sino que constituyen una demanda nueva.

Este mismo fenómeno se detecta también en Nueva York, donde, según Pakter, en los 18 meses posteriores a la promulgación de la ley de liberación del aborto (julio 1970), 26.2 por ciento de los 277 230 abortos legales practicados, ocurrieron en mujeres menores de 20 años (9.6 por ciento en menores de 18 años).

Se puede concluir que el aborto legal ha tenido un importante efecto depresor de la fecundidad en casi todos los países donde se ha liberalizado esa práctica, salvo en alguno de ellos, de alto nivel educacional y de tradiciones anticonceptivas muy añejas. En los países donde se ha

pretendido frenar sus efectos, restringiendo su campo de acción, pronto aumentó la frecuencia del aborto clandestino.

Efecto del aborto en la mortalidad

El efecto del aborto inducido sobre la mortalidad materna sólo puede estimarse, sin precisión, en los países donde es ilegal esa práctica. Se calcula que una proporción de muertes maternas que oscila entre 30 y 40 por ciento es causada por abortos complicados. La letalidad del aborto inducido es absolutamente desconocida en esos países, pues si el numerador de esa tasa —las defunciones por aborto— es aproximado, el denominador —números de casos que ocurren— es totalmente ignorado. Sólo se podrán conocer con suficiente precisión los costos de abortos hospitalizados, el gasto de recursos (personal, material, medicamentos, sangre y otros), que debe soportar cada país. Lo suficiente para poder afirmar que la práctica del aborto constituye un problema de salud pública que se intensifica de año en año en casi todos ellos.

En los países donde es legal, obviamente, se conoce la mortalidad y la letalidad del aborto. Esta es bajísima en todos ellos.

En Japón, durante el periodo 1959-1965, en el que se practicaron 6.8 millones de abortos, la letalidad fue de 4 por 100 000 abortos legales practicados.

En Hungría, Checoslovaquia y Slovenia, para 2.5 millones de abortos la letalidad fue de 3 por 100 000 casos, entre 1957 y 1967.

En Nueva York la letalidad fue de 4.7 por 100 000 (1970-1971) y de 3.6 por 100 000 (1971-1972).

Diferentes son las tasas de letalidad en el norte de Europa, donde alcanzan 40

por 100 000 abortos legales (Suecia, Dinamarca).

Estas diferencias se explican por el hecho de que son muy distintas legislaciones del aborto en esos países. En Europa del norte, muchos abortos se realizan en mujeres con 13 semanas o más de gestación (40.5 por ciento en 1970), y las razones médicas predominan entre las que llevan al aborto. En el Japón, en el mismo año, sólo 4.5 por ciento de los abortos fueron en embarazadas de 13 semanas o más. Lo mismo ocurre en los países socialistas donde además de la limitación a las 12 semanas de gestación, a menudo se exige un intervalo mínimo de 6 meses entre un aborto y el otro (U.R.S.S.). Entonces caben las preguntas: en los países donde la legislación es más estricta, ¿no ocurrirán abortos clandestinos?, y si ocurren, ¿cuál será la letalidad en estos abortos clandestinos?, ¿no superará con creces la letalidad del aborto legal en los países de legislación más amplia?

La prevención del aborto inducido clandestinamente

El aborto inducido clandestinamente puede combatirse de dos maneras: legalizándolo, y evitando así sus complicaciones, secuelas y letalidad, puesto que las más de las veces se realiza en precarias condiciones; o bien, evitando los embarazos no deseados que llevan al aborto inducido. Como médico de salud pública que es el autor, es firmemente partidario de prevenir antes de tener que curar. Además, existen medios para prevenir.

Ya se destacó el papel preventivo de la anticoncepción al apuntar que la frecuencia del aborto aumentó menos, o no aumentó, en los grupos de mujeres que

evitaron el embarazo con dicho método.

Las encuestas del CELADE, además de aportar datos para estimar las tendencias expuestas, permitieron disponer de otros con los que se pudo confrontar grupos de mujeres comparables entre sí y sólo diferentes en lo referente a las prácticas anticonceptivas, y así estimar el papel de la contracepción en la prevención del aborto inducido.

En las capitales estudiadas, las mujeres inscritas en programas de planificación familiar tuvieron, durante el último año, entre dos y cuatro veces menos abortos que igual número de mujeres que usaron anticonceptivos tradicionales y cinco veces menos abortos que las que no usaron anticonceptivos en sus relaciones sexuales. A nivel de la población, si las mujeres que usaron anticonceptivos científicos no lo

hubieran hecho y hubieran apelado entonces al uso de anticonceptivos tradicionales, la incidencia del aborto hubiera sido mayor en 6.5 por ciento en Asunción, 10.7 por ciento en Lima y en 54 por ciento en Panamá.

En conclusión, en las ciudades estudiadas la planificación familiar ha tenido un claro efecto preventivo sobre el aborto inducido, aunque su escasa cobertura actual no haya logrado evitar el fuerte incremento señalado de las prácticas abortivas. La reducción de la incidencia del aborto entre las usuarias de los programas ha sido mucho más notable, por cierto, que la reducción de la fecundidad, presumiblemente por el carácter esencialmente sustitutivo del aborto que han tenido hasta la fecha los programas de planificación familiar en esas capitales.

V CONTROL Y PREVENCIÓN DEL ABORTO INDUCIDO. CAMPOS Y PRIORIDADES EN INVESTIGACIÓN

LUIS CASTELAZO-AYALA *

Como se ha visto, no son las mujeres jóvenes, solteras, con nivel de vida relativamente bueno, las principales víctimas del aborto inducido, como en los países desarrollados; ^{1, 2} ni tampoco constituyen proporción significativa aquellas que lo utilizan para reparar el fracaso de un método anticonceptivo. En su mayoría se trata de mujeres en edad media, con numerosos hijos, con una unión conyugal más o menos estable y cuya carencia de

recursos les obliga a evitar la procreación de un nuevo vástago. El aborto, en este caso, es el método que la tradición y la cultura les pone a su alcance.

Dándole este enfoque de amplia visión, a escala nacional, puede afirmarse que en México, como en toda América Latina, el aborto inducido es un problema más entre todos los derivados de la pobreza e ignorancia.

Así pues, su solución radical ha de lograrse modificando las causas básicas que lo determinan, es decir, elevando el

* Académico titular. Subdirector General Médico. Instituto Mexicano del Seguro Social.

nivel económico y de instrucción, a fin de que la población esté realmente capacitada para hallar las mejores soluciones a sus problemas.

Es por eso que toda acción que permita superar la carencia de recursos y de conocimientos, será el arma más valiosa en contra del aborto inducido, de la misma manera que lo ha sido para otros problemas de salud con igual denominador causal, como las diarreas o la desnutrición.

Sabemos que el progreso económico y social ofrece sus resultados a largo plazo y que es urgente encontrar medios que coadyuven al abatimiento del problema, bien sea atacando las causas desencadenantes o determinantes inmediatas o tratando de hacerlo menos funesto.

En el primer caso, contamos con un método preventivo —la anticoncepción—, el que siendo menos nocivo que el aborto, satisface la necesidad de la usuaria de evitar los hijos no deseados.

Muchas mujeres siguen utilizando el aborto como medio de control natal porque desconocen otros métodos; algunas más aunque saben de ellos, les temen más que al aborto, a pesar de que hayan sido testigo de sus consecuencias fatales o de haber sufrido personalmente sus complicaciones.

Por ello, cuando los programas de planificación familiar tienen como una de sus finalidades modificar las tasas de aborto inducido, la labor educativa que desarrollen llega a ser la acción más trascendente ya que, como se ha mencionado, la práctica del aborto está culturalmente más arraigada en la población, en virtud, más que nada, de que es un método usado desde la antigüedad y relativamente accesible a todos los estratos sociales.

Ahora bien, ante la actitud de otros países en los que, debemos insistir, el problema del aborto inducido difiere considerablemente desde todos puntos de vista del nuestro y que han considerado la legalización o liberación del aborto inducido como un medio para disminuir la agresividad del ilegal, ha surgido la inquietud entre algunos grupos limitados de la comunidad médica y de otras profesiones, de considerarlo así mismo benéfico para el país.

Esta suposición, demasiado simplista, requiere ser analizada y discutida con más profundidad y seriedad, aun sin abordar sus implicaciones filosóficas —morales o religiosas— ya que, aunque muy importantes, rebasan los propósitos de esta presentación a la que se le trata de dar un enfoque pragmático.

En primer término, hemos de reconocer que el aborto inducido es un método reparativo de evitar nacimientos y no un método preventivo como la anticoncepción. Sobre este particular, recordemos que siempre que ello sea factible, ha de propugnarse por la substitución de toda acción reparativa por una preventiva, tal y como fue afirmado por numerosos miembros de la Academia Nacional de Medicina, hace unas semanas, en este mismo recinto. Este es un principio inobjetable, aceptado aún por los defensores de la legalización del aborto.^{3, 4}

Por otra parte, la experiencia de algunos países en los que el aborto ilegal era, como en el nuestro, una práctica frecuente, al legalizarse no sólo no bajó la frecuencia de los ilegales, sino por el contrario, se elevó.^{5, 6} Si tal fue el caso, digamos por ejemplo, de Alemania Oriental, es fácil suponer, aun sin haber experiencia en países latinoamericanos que, al menos

en México, este fenómeno sería más notable aún, ya que las comadronas empíricas que actualmente lo practican y a las que obviamente no se les permitiría consumir el aborto, se sentirían con derecho a ello, en virtud de que no se les impide llevar a cabo otras acciones que también por tradición han venido ejecutando, como la atención del embarazo y del parto.

Además, no hay razón para suponer que la elevada proporción de mujeres que por enraizados patrones culturales confían en las empíricas su atención obstétrica, incluyendo el aborto, cambien su actitud y prefieran a un médico.

Estas razones en sí serían suficientemente poderosas para dejar de considerar la legalización del aborto; pero existen otros hechos que evidencian la poca aplicabilidad de tal acción y que conviene revisar.

Una elevada, muy elevada proporción de la población carece de servicios médicos, y otra parte, aunque los tiene, son indudablemente ineficientes para la práctica de un aborto, aún con la técnica más sencilla como es la succión. ¿Qué objeto tendría para esa gran parte de la población la legalización del aborto? En el mejor de los casos ninguna, aunque siempre existe la posibilidad de incrementar el ilegal practicado por las mencionadas empíricas.

Veámos ahora el problema que a las instituciones oficiales y descentralizadas de salud del país, se les plantearía en los sitios donde tienen sus instalaciones médicas.

Sabemos que al legalizarse los abortos disminuye la utilización de anticonceptivos.^{1, 4, 7} Esto se ha observado aun en aquellas naciones en las que se legalizó el aborto cuando la práctica anticonceptiva

había sido masivamente aceptada con antelación, como Bulgaria, primer país europeo que liberalizara sus leyes de aborto.

En principio, es inaceptable que el aborto substituya a los anticonceptivos, pero además, como es sabido, precisamente esos casos tienen mayor posibilidad de embarazarse que las personas que utilizan anticonceptivos o las que llegan al final de su embarazo. Recordemos que algunos estudios han evidenciado que en ausencia de anticoncepción, se requieren de dos a tres abortos para evitar un embarazo.⁸⁻¹⁰

Todo ello hace que al legalizarse el aborto, aumente el número de embarazos y crezca la demanda para suspenderlo en tales proporciones, que prácticamente sería imposible cubrirlo, sobre todo en países económicamente débiles y con limitada infraestructura médica.

Para tener una idea de la magnitud del problema haremos tan sólo referencia a las conclusiones de algunos estudios logísticos hechos en los Estados Unidos de América.^{11, 12} A través de ellos se ha llegado a considerar que si se llegara a legalizar el aborto sin límites en ese país, se requeriría la quinta parte de todo el presupuesto que actualmente se aplica en el área salud. Obviamente en el nuestro se necesitaría una porción mayor.

Meditemos si sería lógico que en un pueblo con menos recursos económicos y con muchos otros problemas de salud más serios aún, como la desnutrición y las enfermedades transmisibles, que en todo caso requerirían esa proporción del presupuesto, debieran, por demanda de la misma población, ejercerlo en un problema que, como el aborto, requeriría inversiones en forma indefinida ya que irremediablemente se repite y que, por otra parte, puede prevenirse.

Quienes no están convencidos, suelen usar como argumento la comparación de las tasas de mortalidad y morbilidad de aborto legal e ilegal; pero además de que en dichas comparaciones inevitablemente se cae en falacias estadísticas,¹³ recordemos que en la ciudad de Nueva York, con buenos recursos médicos sin lugar a dudas, hubo seis defunciones por aborto legal en los primeros tres y medio meses de su legalización. La tasa de mortalidad por aborto legal en ese país para el primer año (1971) fue de 5.3 por 100 000, coeficiente igual al que México tiene por cáncer cervicouterino, por ejemplo; y la de Inglaterra y Gales, también en su primer año de legalización, de 21 por cien mil, apenas ligeramente menor que el de mortalidad materna que fue de 24 por 100 000 para ese mismo año.

Por otra parte, el índice de morbilidad inmediata por aborto legal, según autores de diversos países, varía entre 10 y 30 por ciento.^{7, 14} llegando el método más inocuo utilizado, o sea la succión, a dar complicaciones inmediatas entre el 6 y 20 por ciento.^{7, 15, 16} Estos datos provienen de países que, como los Estados Unidos de América, Inglaterra y Australia, a la fecha todavía no han tenido una demanda excesiva; sin embargo, ya se les plantea una disyuntiva:

¿Se seguirá atendiendo la demanda en instituciones con buenos recursos médicos, pero con grandes listas de espera de personas que tardan para su atención algunas semanas, con lo que entonces se tiene que recurrir a métodos menos sencillos y que obviamente presentan una probabilidad mayor de complicaciones? O bien, ¿se abren más servicios elementales, donde sólo puedan ser inducidos abortos por la técnica de succión, pero que al no llenar

todos los requisitos en cuanto a calidad de personal y de servicios médicos en sí, puedan tener un índice mayor de morbilidad inmediata?¹²

Todo ello ilustra sobre los problemas administrativos y de calidad de la atención, que surgen en países con buena infraestructura médica, tanto cuantitativa como cualitativamente y con suficientes recursos económicos. No hace falta insistir sobre los problemas que se tendrían en un país en desarrollo como México, no sólo en cuanto a estos últimos aspectos señalados sino considerando así mismo los mencionados con anterioridad, de tipo socio-cultural, de mayor trascendencia desde nuestro punto de vista.

En síntesis, debe considerarse que el aborto inducido es un problema que requiere atención y que las mejores acciones para contrarrestarlo son de índole preventiva, es decir, la anticoncepción.

Sabemos que es paulatina la substitución de un método tradicional como el aborto por el de la práctica moderna de la anticoncepción y que además ello llega a ocurrir siempre y cuando los programas de planificación familiar consideren amplias labores educativas que logren realmente la modificación de las actitudes desfavorables de la población.

No puede negarse que la tarea es ardua y que además existen aún numerosas incógnitas, especialmente dentro del área psicosociocultural, que deben seguirse investigando para conseguir ese cambio de actitudes de la población. Es por ello que no dejaremos de insistir en la necesidad de profundizar en el estudio de la epidemiología del aborto inducido, a fin de fijar su real magnitud, localizar la población en mayor riesgo, y conocer las características esenciales del fenómeno en nues-

tro medio, incluyendo las mencionadas psicosocioculturales.

Así mismo han de seguirse investigando nuevos métodos anticonceptivos que resulten más accesibles a nuestro patrón cultural, sean más prácticos y menos onerosos.

Finalmente, hemos de meditar más detenidamente sobre la mujer que se induce abortos en nuestro país. Es, indudablemente, una persona que merece especial consideración ya que por una parte, la sociedad y sus costumbres le han facilitado ese camino para solucionar sus problemas.

Además, su ignorancia, que como bien dice el viejo proverbio persa, mutila y esclaviza, le ha impedido desafiar esa tradición y buscar por sí misma otros medios menos agresivos para lograr su objetivo. No olvidemos que la capacidad de prever es privilegio de instruidos.

Pero existe otro hecho más importante aún: que no es conveniente que sea la presión de la miseria la que obligue a la población a decidir sobre el número de hijos que procrea, sino la plena convicción, liberada de la pobreza e ignorancia la que le guíe. Por ello seguiremos insistiendo en que elevar su nivel de vida es, en nuestro caso, la solución definitiva al problema del aborto inducido.

VI CONCLUSIONES

LUIS CASTELAZO-AYALA *

10. Si bien no puede establecerse con precisión la frecuencia del aborto inducido en México, los datos que a la fecha se

* Académico titular. Subdirector General Médico. Instituto Mexicano del Seguro Social.

REFERENCIAS

1. Rovinsky, J.: *Abortion recidivism. A problem in preventive medicine*. J. Obstet. Gynecol. 39:649, 1972.
2. Wurm, R.: *Abortion condescension or prevention*. Med. J. Aust. 1:557, 1970.
3. *Aborto: La continua controversia*. Boletín de Población. 4:1, 1973.
4. Frederiksen, H.: *Demographic effects of abortion*. Pub. Health Rep. 83:999, 1968.
5. Mehlan, K.: *Abortstatistik und Geburtenhäufigkeit in der Deutschen Demokratischen Republik*. Deutsch Gesundh. 10:1941, 1955.
6. Howard, J. A.: *Effects of legal abortion on gynecology*. Brit. Med. J. 3:99, 1972.
7. Diggory, P.: *Preliminary assessment of the 1967 abortion act in practice*. Lancet 1:787, 1970.
8. Heer, D. M.: *Abortion, contraception and population policy in the Soviet Union*. Demography 2:531, 1965.
9. Potter, R.: *Birth intervals: structure and change*. Population Studies 16:155, 1963.
10. *Aborto espontáneo y provocado*. Serie de Informes Técnicos O. M. S. No. 461. Ginebra, 1970.
11. Tyler, C.: *The logistics of abortion services in the absence of restrictive criminal legislation in the United States*. J. Pub. Health. 61:489, 1972.
12. Overstreet, E.: *Logistic problems of legal abortion*. J. Pub. Health. 61:496, 1971.
13. McNellis, D.: *Risks and benefits of legal abortion*. J. Obstet. Gynecol. 38:809, 1971.
14. Carlton, M.: *The immediate morbidity of therapeutic abortion*. Med. J. Aust. 2:1071, 1970.
15. Loug, K.: *Results in 1 000 cases of therapeutic abortion managed by vacuum aspiration*. Brit. Med. J. 4:477, 1971.
16. Hall, R.: *Induced abortion in the United States, 1971*. J. Reproduct. Med. 8:345, 1972.

tienen son suficientes para considerar que constituye un problema real y actual.

20. Las características de las mujeres que recurren al aborto y los factores que determinan este hecho orientan sobre las

medidas que han de seguirse para contrarrestarlo.

30. Indudablemente que la solución base del problema del aborto inducido en México ha de conseguirse elevando el nivel de vida de la población.

40. Se considera que las más valiosas acciones coadyuvantes para abatir el problema, son las de índole preventiva, es decir, las dirigidas a la anticoncepción.

50. La labor educativa de los programas de planificación familiar adquiere una relevante importancia, ya que la sustitución de un método tradicional como es el aborto por prácticas modernas de anticoncepción, requiere de cambios de actitudes.

60. La legalización del aborto no se considera como una solución adecuada para nuestro país, en virtud de las condiciones socioculturales de la población, de la limitada infraestructura médica y de los problemas logísticos y de calidad de la atención que se han observado en otras naciones que la han adoptado.

70. Es imprescindible propiciar la investigación para conocer la magnitud real del problema y las características esenciales del fenómeno, especialmente las psicosocioculturales, ya que son los que guiarán más adecuadamente nuestros programas. Así mismo se requiere mejorar la tecnología anticonceptiva y los medios para mejorar su disponibilidad a la población.

Es, pues, de vital importancia conocer el forro uterino y no confundirlo con restos placentarios ó embrionarios, y saber cuán ligada está su eliminación á metrorragias abundantes y dolorosas, para no decidir de plano la existencia de un aborto; juicio que no puede establecerse como he indicado ántes, *á priori*, sino *á posteriori*, supuesto que es entónces únicamente cuando no existiendo huevo, que puede establecerse *no ha habido aborto*. Resolución interesantísima para una honra sin mancha, y de gran oportunidad para un tratamiento razonado. En efecto, existiendo la dismenorrea membranosa en las jóvenes de constitucion debilitada, y siendo su existencia compatible como lo es, con la virginidad, ya podrá imaginarse lo trascendental de una confusion en tales condiciones, y al mismo tiempo el terrible resultado en un hogar cuando á una madre de familia se le asignase un estado que por alguna circunstancia fuese imposible su existencia. Podría también darse el caso de hacer á un hombre responsable de lo que no habia hecho; cuestion cuya solucion depende del conocimiento perfecto de los hechos, basado en su apreciacion juiciosa y razonada. (Alcorta, G.: *Diagnóstico del aborto.— Su importancia legal*. GAC. MÉD. MÉX. 17:23, 1882.)