

EL ABORTO EN CHILE

Una revisión y análisis crítico del aborto inducido, problema médico-social en que se presentan divergencias de opinión tan profundas como difíciles de conciliar que su eliminación no ha sido lograda en ningún país.

La incidencia del aborto no se conoce con exactitud debido principalmente al subregistro y a la gran proporción de abortos clandestinos.

El impacto del aborto complicado sobre la morbilidad y mortalidad maternas, los factores que lo condicionan: edad, paridad, escolaridad estado civil y fundamentalmente, pobreza e ignorancia, son analizados exhaustivamente a la luz de tabulaciones y estudios nacionales y extranjeros. Asimismo lo son las causas invocadas y las características de la mujer abortante en Chile.

Características del Aborto en Chile

*Dr. RAMIRO MOLINA **

*Dr. JORGE LOPEZ ***

*Dr. MARCIAL ORELLANA ***

Dr. EDUARDO ORLANDI

*Sra. JULIA ALARCON ****

INTRODUCCION

El aborto constituye un viejo problema social causante de gran morbilidad y mortalidad en la mujer.

El aborto inducido es una consecuencia de una serie de factores, entre los cuales la pobreza e ignorancia juegan un rol importante, razón por la cual ha sido considerado básicamente como una patología social. La desaparición del aborto como tal no se ha logrado en ninguna parte del mundo, sólo se ha alcanzado a atenuar los efectos nocivos de esta patología debido a sus complicaciones como son la morbilidad y mortalidad por aborto inducido.

Las discusiones acerca del aborto, como tema controversial, alcanzan a veces un apasionamiento increíble. Basta mirar los títulos de la prensa en todo el mundo cuando se enfoca este problema. Las opiniones son tan opuestas como las de considerarlo un crimen o tenerlo como un acto médico tan inocente y lícito cual aper-

tura de un flemon. El foso entre esas dos posiciones es, cada día de discusión, más profundo; en realidad los partidarios de una y otra sólo están de acuerdo en que no pueden ponerse de acuerdo y esta divergencia, fuertemente apasionada hace sacar de quicio los problemas dificultando su entendimiento y sembrando la confusión entre la gente.

INCIDENCIA Y VOLUMEN DEL ABORTO

En general se puede decir que la incidencia del fenómeno no se conoce con exactitud en el mundo por variadas razones entre las cuales las más importantes son:

- a) subregistro de abortos en las estadísticas hospitalarias
- b) diferente definición de aborto en los países
- c) no registro de abortos clandestinos
- d) variación amplias en las regulaciones gubernamentales de los diferentes países en relación al aborto legalizado.

Con el fin de tener un panorama general se presenta en la Tabla N° 1 los indicadores de abortos en algunos países seleccionados.

* Profesor Depto. de Salud Pública y Medicina Social, Docente Depto. Obstetricia y Ginecología, Fac. Medicina Norte, Univ. Chile.
** Docentes Depto. Salud Pública y Medicina Social y Depto. Obstetricia y Ginecología, Fac. Medicina Norte, Univ. Chile.
*** Asistente Social Depto. S.P. y Med. Social Fac. Medicina Norte, Univ. Chile.

T A B L A N° 1

NIVEL DE ABORTOS INDUCIDOS EN PAISES SELECCIONADOS *
(REGISTROS HOSPITALARIOS)

Pais	Año	Tasa x 1.000 muy. 15-44	Razón por 1.000 N.V.	Observaciones Status del aborto
URSS	1974	180	2.300	Legal
Cuba	1974	71	640	Legal
Bulgaria	1974	66	828	Salud, Eugenésicas, Jurídicas, Sociales
U.S.A.	1974	51	828	Legal
Hungría	1974	45	518	Salud, Eug. Jurd., Soc.
Rep. Dem. Alemana	1973	32	626	Legal
Japón	1970	25	308	Sal., Eug., Jurd., Soc.
Dinamarca	1974	24	344	Legal
Chile	1973 **	20	162	Médicas
Suecia	1974	19	285	Legal
Reino Unido	1974	12	176	Salud amplia
Canadá	1973	9	129	Salud amplia

Referencia: (*) Deborah A. Dawson, Tietze Christopher, Induced Abortion, A Fatbook, Reports on population and Family Planning, N° 14 December 1975.

(**) Subdepartamento Estadística S.N.S.

Se ha recolectado la información de los abortos hospitalarios de países con aborto legalizado y se compara con Chile, al cual corresponden los egresos de abortos por todas las causas. Las diferencias son muy grandes lo cual depende

de amplitud de la ley de aborto legalizado. En el caso de Chile estas cifras corresponden a una parte del fenómeno, el aborto complicado.

La incidencia del aborto hospitalizado en Chile se aprecia en la Tabla N.º 2.

T A B L A N° 2

ABORTOS SEGUN NACIDOS VIVOS Y HOSPITALIZACIONES OBSTETRICAS
CHILE, 1964 - 1976

Años	N.V. totales corregidos *	Total Egresos **	Egresos por aborto **	% N.V.	% Egresos
1964	277.993	266.382	56.391	20.3	21.2
1965	279.677	271.689	56.130	20.0	20.7
1966	269.438	274.842	54.127	20.7	19.7
1967	252.355	277.290	54.213	21.5	19.6
1968	250.066	266.394	47.430	18.9	18.0
1969	244.883	259.442	44.895	18.3	17.4
1970	338.326	261.027	44.771	18.3	17.2
1971	249.175	269.687	44.163	17.7	16.4
1972	253.159	284.284	43.329	17.1	15.2
1973	252.028	282.127	44.771	17.7	15.9
% variac.	-9.3	+ 5.9	-20.6		

Referencia:

(*) Anuarios del Servicio Nacional de Salud.

(**) Evaluación Programa Planificación Familiar de Chile, APROFA, 1975.

La tendencia del aborto ha sido a la disminución a partir de 1967. La comparación se hace con los egresos obstétricos para obviar el problema y la tendencia creciente de atenciones hospitalarias obstétricas en los últimos años. Si se relaciona con los nacidos vivos también hay una tendencia a la disminución.

Es interesante comparar esta incidencia en Chile con otros países latinoamericanos para lo

cual se ha tomado la información estadística de hospitales de seguros sociales de otros países y se expresa por 100 partos (Tabla N.º 3).

De la simple observación se aprecia que hay variaciones solo explicables por diferencias y calidad de los registros.

Sin embargo las cifras son elevadas.

T A B L A N.º 3

**PROPORCIÓN DE ABORTOS HOSPITALIZADOS EN SERVICIOS MEDICOS
E INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL LATINOAMERICANA ***

País	Institución (año)	Razón de abortos por 1.000 partos
Honduras	IHSS (71)	22.2
Bolivia	CNSS (72)	20.2
Colombia	ICSS (72)	18.3
Paraguay	IPP (71)	18.2
Venezuela	TVSS (72)	16.9
Chile	SNS (73)	16.2
Ecuador	IESS (72)	16.2
Costa Rica	CCSS (72)	14.4
Guatemala	IGSS (72)	14.3
México	IMSS (71)	13.5
Nicaragua	INSS (72)	12.8
El Salvador	ISSS (72)	10.4

Referencia: (*) Molina R. "Protección Materno Infantil y su proyección en las Políticas de Planificación Familiar". IV Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Sept. 1974.

Con esta información parcial, la pregunta sería ¿cuál es la incidencia real en la población chilena? La respuesta sólo podrá ser una estimación.

Para esto se analizará algunos resultados de encuestas de aborto hechas en Chile que se presentan en la Tabla N.º 4.

T A B L A N.º 4

**INCIDENCIA DEL ABORTO EN CHILE. DIFERENTES ENCUESTAS
DE FECUNDIDAD Y ABORTO**

Autores de la Investigación	Año	Edad de la mujer	Tasa x 100 Embarazos	Tasa x 100 mujeres
Armijo y Monreal	52-61	18-49	28.6	69
Armijo y Monreal	51	18-49	32.0	89
Armijo y Monreal	62	20-44	31.2	87
Requena	62-63	15-45	34.5	101
Armijo y Monreal	66	20-44	37.2	103
Faúndez (Sn. Gregorio)	66	15-44	26.7	63
Perl Translong	65-68	25-39	31.6	96
Perl Translong	69-70	25-39	34.3	71

Referencia: Epidemiology of Abortion and practice of fertility regulation in Latin America: Selected Reports, 1975.

De estas cifras en estudios no comparables por su metodología y diferente universo podríamos decir en forma estimativa que alrededor de 30 embarazos de cada 100 terminan en aborto. Por otra parte en un estudio prospectivo llevado a cabo por CELADE en Santiago, desde 1969 y 1970 se comprobó que sólo un 22% de los abortos inducidos se hospitalizaron. El estudio retrospectivo reveló que un 36% de los abortos se hospitalizaron.

Armijo y Monreal en 1961 encontraron que en el total de abortos se hospitalizó el 41% y que en los abortos provocados se hospitalizaron el 31%.

Con estos antecedentes se puede estimar que alrededor del 38% de los abortos se hospitalizan y un 62% no lo hacen constituyendo el volumen desconocido del problema.

Con fines meramente didácticos estimaremos los abortos en Chile desde 1964 a 1973.

T A B L A N° 5

ESTIMACION DEL NUMERO DE ABORTOS EN CHILE SEGUN DOS HIPOTESIS.
1964 - 1973

Año	N° de N.V. y N.M.	Egresos por aborto	Total embarazos	Abortos esperados según	
				Indice de embar.	Indice Hospit.
	A	B	C = A + B	D = C x 0.30	E = B x 2.63 *
1964	285.275	56.391	341.666	102.499	148.308
1965	286.639	56.130	342.759	102.930	147.622
1966	276.603	54.127	330.730	99.219	152.354
1967	259.049	54.213	313.262	93.979	142.580
1968	256.153	47.430	303.583	91.075	124.741
1969	250.553	44.895	295.248	88.514	118.074
1970	238.326	44.771	283.097	84.929	117.748
1971	254.433	44.163	298.596	89.579	116.149
1972	258.866	43.329	302.195	90.659	113.955
1973	256.989	44.771	301.760	90.528	117.748
1974	—	s/d	—	—	—

(*) 2.63 = 100/38 (38% es el volumen conocido; 100% es el volumen estimado).

Tal como se aprecia en esta Tabla el promedio anual de abortos totales fluctúa entre 150.000 a 120.000 anuales en el país. Por cada hora en Chile se estaban produciendo en 1973 entre 11 y 14 abortos provocados y espontáneos, según la hipótesis que se analice.

Hace 10 años por cada hora se producían entre 12 y 17 abortos. Obviamente que estas cifras son las mínimas estimadas pues hay un importante subregistro. En resumen el aborto es un fenómeno universal cuya prevalencia es alta ya sea legalizado o no.

Los abortos tienden a aumentar con su legalización tal como está demostrado en países de larga experiencia en este campo (Hungría, Yugoslavia, Unión Soviética, Estados Unidos, Dinamarca).

Los países sin legalización del aborto presentan cifras menores de aborto por subregistro y por desconocimiento del volumen exacto de los efectuados en la clandestinidad.

En Chile la tendencia de la prevalencia del aborto es a la disminución tanto del conocido a través de registros hospitalarios, como del investigado en encuestas de población seleccionada. Sin embargo es muy difícil saber con exactitud la real importancia y volumen de esta disminución.

IMPACTO DEL ABORTO

DEMANDA DE RECURSOS

En un estudio (1) llevado a cabo en 1962 en 4 hospitales generales, 5 Servicios de Emergencia en Santiago y 5 hospitales generales en provincia se encontró que:

- El 18% del total de camas generales fueron ocupadas por aborto

- b) El 17.7% de las transfusiones fueron hechas a mujeres abortantes
- c) El 26.7% del total de sangre transfundido se hizo en mujeres abortantes.

En otro estudio (2) que consideró 11 Instituciones de Seguridad Social en Latino-América se comparó el costo por días-camas ocupadas en abortos y en partos complicados, lo que dio el siguiente resultado:

Días cama por:	Costo en dólar	§
Parto complicado	13.197.240	62.1
Aborto	8.043.628	37.9
Total	21.240.868	100.0

Estos costos se calcularon con un promedio de 3 días de hospitalización y 35 dólares por día cama (relativamente bajo para algunas Instituciones).

Obviamente que no parece necesario comentar el alto costo y demanda de recursos que implica el aborto provocado que se complica.

El costo económico social familiar es imposible de conocer y sólo basta decir que en una encuesta prospectiva (3) llevada a cabo en Santiago se comprobó que un 50% de los abortos inducidos se complican y de estos la mitad se hospitalizaron.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Morbilidad

Es conocido que el aborto inducido complicado deja secuelas en las mujeres de carácter orgánico como son: lesiones inflamatorias crónicas, esterilidad, alteraciones menstruales, embarazos, accidentes del alumbramiento en los próximos partos y posibles rupturas de cicatrices internas en perforaciones consecuentes a abortos.

Sin embargo, no se sabe con exactitud la importancia de estas secuelas en mujeres postabortantes.

Desde un punto de vista de la Salud Mental, "es indudable (4) que la interrupción del embarazo puede precipitar graves reacciones psico-neuróticas e incluso psicóticas en una mujer predispuesta. Ciertos autores, algunos de ellos psiquiatras, estiman que todo aborto supone

una experiencia difícil con graves riesgos para la salud mental, mientras que otros mantienen que la mayor parte de las mujeres que han sufrido abortos siguen viviendo una vida prácticamente normal".

Sin embargo no se sabe con exactitud la incidencia de secuelas psicológicas del aborto.

Mortalidad

Los máximos daños sobre la salud de la madre, es decir, la muerte materna debida a aborto se conoce en forma exacta.

A nivel latinoamericano hay un estudio sobre mortalidad materna y por aborto (5) desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud entre 1962/1964 en diferentes ciudades y comparado con ciudades de países desarrollados.

T A B L A N° 6

MORTALIDAD MATERNA EN 10 CIUDADES LATINOAMERICANAS Y SU COMPARACION CON OTRAS CIUDADES. 1962 - 1964 (TASA POR 1.000 N.V.)

País	asa de M	Tasa de Mortalidad por aborto
Bogotá	12.6	4.6
Bristol	1.8	—
Cali	21.8	8.0
Caracas	9.7	4.5
Guatemala	15.9	7.5
La Plata	13.3	3.1
Lima	15.6	2.1
México	17.1	3.4
Riberao Preto	5.7	1.1
San Francisco	1.1	1.1
Santiago	31.6	16.6
Sao Paulo	8.7	1.7

Claramente se observa que los niveles de mortalidad materna y por aborto son francamente superiores en las ciudades de países en desarrollo. En varias ciudades las muertes por aborto alcanzaron casi el 50% de la mortalidad materna como en Caracas, Guatemala y Santiago. Cabe recordar que este estudio hecho a través de análisis de certificados de defunción y confirmación en hospital y servicios de anatomías patológicas cuando fue posible, mostró una realidad más exacta al mejorar el registro.

Según datos del Servicio Nacional de Salud desde 1952 a 1975 la mortalidad materna y por aborto ha disminuído en forma constante en los últimos 10 años.

T A B L A N° 7

MORTALIDAD MATERNA POR GRANDES CAUSAS. CHILE 1952 - 1975
(TASA POR 10.000 N.V.)

Año	Tasa de mortalidad materna	Tasa de mortalidad por aborto	Tasa de mortalidad por otras causas excluido aborto
1952	31.0	6.8	24.2
1953	31.0	6.7	24.3
1954	33.0	9.4	23.6
1955	32.0	8.1	23.9
1956	33.0	7.9	25.1
1957	30.0	9.3	20.7
1958	30.72	9.77	20.95
1959	28.91	10.86	18.05
1960	29.95	10.86	19.09
1961	32.41	12.03	20.38
1962	30.40	10.15	20.25
1963	25.91	10.07	15.84
1964	28.29	11.76	16.53
1965	27.92	9.93	17.99
1966	26.06	10.00	16.06
1967	26.49	9.96	16.53
1968	21.18	8.41	12.77
1969	18.15	6.36	11.79
1970	16.78	6.57	10.21
1971	14.22	5.43	8.79
1972	16.27	4.96	11.31
1973	13.19	4.30	8.89
1974	12.17	4.25	7.83
1975	13.09	4.74	8.34

Esta disminución constante es clara para la mortalidad materna global y para las muertes maternas debidas a otras causas excluido el aborto.

Sin embargo en la mortalidad materna debida al aborto se observa claramente tres períodos.

El *primero* entre 1952 y 1961 que se caracteriza por un aumento mantenido de la tasa. El *segundo* entre 1961 y 1966 que se caracteriza

por una mantención del nivel de la mortalidad. El *tercer* período entre 1966 y 1975 que se caracteriza por una disminución constante de la tasa de mortalidad.

En 1964 el aborto constituía el 41.5% de las muertes maternas, en 1975 la proporción ha disminuído alcanzando a un 36.3% de las muertes maternas totales.

Sin embargo el aborto continúa siendo la primera causa de mortalidad materna.

T A B L A N° 8

MORTALIDAD MATERNA SEGUN CAUSAS REAGRUPADAS EXCEPTO ABORTO.
CHILE 1954 - 1975 (TASA POR 10.000 N.V.)

Años	Aborto	Toxemia	Infecciones	Hemorragia	Parto
1954	9.4	4.1	4.4	6.6	9.1
1955	9.1	3.9	5.3	5.4	5.8
1956	7.4	4.0	4.0	6.1	8.2
1957	9.8	3.2	3.7	5.6	7.4
1958	9.8	2.6	4.0	5.7	7.9
1959	10.9	2.1	3.4	4.8	7.4
1960	10.9	2.5	2.8	4.6	6.2
1961	12.0	3.0	2.9	4.9	6.4
1962	10.2	2.4	3.1	4.65	7.3
1963	10.07	2.19	2.45	4.09	5.49
1964	11.76	2.35	2.09	3.40	5.82
1965	9.93	3.02	2.76	4.28	5.22
1966	10.00	2.03	1.99	3.73	6.15
1967	9.96	2.64	1.84	3.96	5.74
1968	8.41	2.43	1.79	2.73	3.79
1969	6.36	2.60	1.86	1.93	3.72
1970	6.57	1.83	1.45	2.03	3.29
1971	5.43	1.28	1.57	1.28	2.56
1972	4.96	1.66	2.38	1.44	2.73
1973	4.30	1.34	1.99	1.41	2.06
1974	4.25	1.31	1.53	1.16	1.79
1975	4.75	1.28	1.94	1.98	1.67

En la práctica todas las causas han disminuído en forma constante, lo cual es perfectamente explicable por la mejoría de la "Atención Médica" lo que significa mejor organización, mayores recursos y mejor tecnología. Sin embargo estos factores no bastan para explicar el comportamiento de la mortalidad por aborto descrita anteriormente. La disminución se inicia sólo en 1967, cuando todas las otras causas lo habían hecho desde 1952 a 1954.

El único elemento o factor nuevo de la atención médica de la mujer que se relaciona con el inicio de esta disminución es la aparición de las Actividades de Regulación de la Fecundidad en el Programa de Salud Materna del Servicio Nacional de Salud y a nivel nacional.

Es obvio que la prevención de los embarazos no deseados reemplaza al aborto inducido como método cruento e irracional por un método más inocuo, racional y de fácil control por el equipo de salud y el usuario.

Según un Grupo científico de la OMS (6) estimó que la letalidad por abortos inducidos legales alcanza a 3 por cada 100.000 abortos, en tanto que la letalidad por aborto inducido ilegal con buena asistencia hospitalaria llegue a 50 ó 100 muertes por cada 100.000 abortos. En Chile en 1973 se registraron 44.771 abortos hospitalizados lo que significa alrededor de 117.748 abortos totales. En el mismo año murieron 114 mujeres por aborto, lo cual significa una letalidad de 96,8 por cada 100.000 abortos.

De la experiencia de países con aborto legalizado se puede afirmar (7) que la legalización del aborto, sin embargo no conduce necesariamente a una mejora inmediata en las estadísticas de salud maternal. Un estudio de cuatro años realizado en un Hospital muy grande en el Estado de Georgia (U.S.A.), demostró que no sólo los servicios de aborto deben estar disponibles, sino que también se hace necesario un amplio conocimiento de la existencia de estos servicios antes de que las mujeres dejen

de recurrir a métodos inseguros e ilegales de terminación del embarazo. Solamente, después que el número de abortos legales continuó en aumento, durante tres años consecutivos, que fue visible una reducción en la incidencia de complicaciones que se podía atribuir al aborto clandestino.

Letalidad hospitalaria

Según los últimos datos de egresos hospitalarios en el país (1970), la letalidad por aborto es superior a la observada en partos normales y al conjunto de partos normales y complicados este detalle se puede observar en la Tabla N.º 9.

T A B L A N.º 9

LETALIDAD POR ABORTO Y OTRAS CAUSAS. CHILE-1970

	Número	Muertes	Letalidad * 1.000 egresos
Egresos por enfermedad general	793.839	26.913	33.9
Egresos por partos normales	153.094	100	0.6
Egresos por partos complicados	37.340	136	3.6
Egresos por total de partos	200.434	236	1.2
Egresos por aborto	44.771	130	2.9

CARACTERISTICAS Y FACTORES RELACIONADOS CON EL ABORTO INDUCIDO

Desde un punto de vista epidemiológico y de Salud Pública es importante conocer las características del aborto con el fin de aplicar las medidas preventivas en aquellos grupos de mayor riesgo o más vulnerables al daño o que concen-

tren la patología en mayor proporción y por lo tanto obtener un mejor rendimiento de las medidas preventivas y un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles.

Como en todo fenómeno en salud los factores juegan libremente en sus múltiples combinaciones, sin embargo con un fin didáctico se analizarán estos factores aisladamente.

FACTOR EDAD

T A B L A N.º 10

INCIDENCIA DEL ABORTO POR EDAD (DIFERENTES ENCUESTAS)

Edad	Tasa x mil 1961 (a)	Tasa x mil 1966 (b)	Tasa x mil 1969-70 (c)	Distribución % 1976 (d)	Tasa x mil 1966 (e)
14 y	—	—	—	0.4	—
15 — 19	60.0	58.0	—	11.2	33.5
20 — 24	94.3	90.1	—	27.6	74.3
25 — 29	130.7	170.0	101	26.9	60.2
30 — 34	108.3	111.0	87	17.7	101.1
35 — 39	62.2	85.1	39	10.7	99.1
40 — 44	30.4	44.2	—	0.1	25.3
Ignorada				5.4 (40 y +)	
Total	89.4	101.9	76	100.0	62.7

- (a) y (b) Armijo y Monreal. Epidemiología del aborto, Santiago, Presentado en la Sociedad de Salubridad.
 (c) Bárbara Santée. A prospectiva abortion study en Santiago-Chile. Publicación científica N.º 306. OPS 1975.
 (d) Egresos por aborto de la Maternidad Hospital J. J. Aguirre, 1976.
 (e) Fúndez, Aníbal y col. Efectos de un programa de planificación de la familia sobre las tasas de fecundidad y aborto de una población marginal de Santiago. Cuadernos Médico-Sociales. Vol. X, N.º 1, Marzo 1969.

De los datos observados en la Tabla N.º 10 en tres encuestas (a), (b) y (c) la frecuencia es mayor entre 25 y 39 años de edad siendo más impactante entre 25 y 29.

Según egresos hospitalarios por aborto la mayoría aún entre 20 y 24 años.

Seguramente la frecuencia a edades más jóvenes en los egresos es un resultado de una mayor frecuencia de complicaciones en las inexpertas y que seguramente se relaciona con el primer aborto que se practican.

La información (e) es muy específica pues es de un sector controlado de una comunidad "La Población San Gregorio", que además tuvo un intenso programa de planificación familiar dirigido muy específicamente a prevenir el aborto inducido.

En resumen, tenemos la impresión, inconfirmada que la mayor frecuencia de abortos se acumula entre 25 y 29 años con una tendencia al aumento o mayor complicación en las mujeres jóvenes de menos de 24 años. También es necesario hacer notar que faltan datos epidemiológicos después de 1970, lo cual puede hacer variar esta distribución del aborto o su incidencia por edad.

Todos los datos de la tabla son concordantes en mostrar menores tasas por encima de los 35 años lo que se explica por una menor fecundidad ya sea natural o artificial a esa edad y por resultar los embarazos a esas edades en nacidos vivos más que en aborto.

FACTOR PARIDAD

En el estudio del aborto en Santiago llevado a cabo por Armijo y Monreal en 1962 encontraron que al distribuir por paridad los 1.394 abortos relatados, éstos se acumulaban en forma

progresiva en las mujeres con 1 a 3 paridades como antecedente.

En las paridades mayores la frecuencia del aborto disminúa.

Requena en su estudio en la Comuna de Quinta Normal en 1963 encontró que la incidencia del aborto era progresivamente mayor a la medida que aumentaban las paridades previas. En las paridades superiores la incidencia disminuye. Plantea que según paridad y aborto habría dos grupos de mujeres. Uno sería aquel que definitivamente no desea tener más hijos y frena su fecundidad por cualquier mecanismo y utiliza el aborto como medio. El otro grupo está formado por la gran múltipara que no frena su familia y en las cuales el aborto es infrecuente.

Gaslonde (8) en un estudio sobre fecundidad y aborto en Latinoamérica encontró en Buenos Aires algo muy semejante a lo ya descrito. La tasa de abortos por 100 embarazos es el doble en las múltiparas de 1 a 3 hijos, cuando se las compara con las de 4 y más.

En resumen el aborto inducido es utilizado aparentemente como método para regular la fecundidad en las mujeres con 1 a 3 paridades. Sería el grupo que definitivamente no desea más hijos.

El grupo de mayores paridades no frena su fecundidad por el aborto o lo hace con métodos de planificación familiar.

FACTOR ESCOLARIDAD

En los primeros estudios sobre epidemiología del aborto tanto de Armijo y Monreal (8) y de Requena (9) se encontró una mayor frecuencia de abortos en mujeres con bajo nivel de instrucción o ninguno. Sin embargo, en estudios posteriores el panorama ha cambiado como se observa en la Tabla N.º 11.

T A B L A N.º 11
TASAS DE ABORTOS SEGUN NIVELES DE ESCOLARIDAD EN 2 ESTUDIOS

Nivel Escolaridad	Tasa x 1.000 mujeres (1974) (a)	Tasa x 1.000 mujeres (1969) (b)
Ninguna	62	130
Primario 1-3	71	
Primario 4-6	89	104
Secundario 1-3	108	
Secundario 4-6	86	120
Universitario	86	

(a) Encuesta de fecundidad 25 áreas Pesmib 1974. Publicado en Diciembre 1976. Ministerio de Salud.

(b) Ver referencia N.º 3.

La incidencia del aborto es mayor en las mujeres con una enseñanza media y superior si se la compara con los niveles más bajos de instrucción. El estudio (b) referido a Santiago revela mayores tasas en los extremos de los niveles de escolaridad. Esta información reafirma la impresión que la incidencia del aborto se acumula en aquel grupo de mujeres que tienen un cierto grado de información y en los cuales ocurre un embarazo no deseado. El grupo con instrucción superior seguramente debe tener un nivel más alto de abortos pues la información recogida por encuestador muy difícilmente obtendrá una confesión real de la historia de abortos de una mejor instruída. El grupo con menor nivel de instrucción seguramente tiene una menor capacidad de decisión a provocarse el aborto o no tiene el recurso económico para pagar al abortero.

FACTOR ESTADO CIVIL

En todos los estudios de fecundidad se ha observado en nuestro país que la mayor fre-

cuencia de abortos es en la conviviente, divorciada y casada, la soltera presenta tasas más bajas.

En los países con abortos legalizados la incidencia en solteras es casi igual a las casadas.

Desde un punto de vista epidemiológico y de salud pública es posible centrar los esfuerzos en la prevención del aborto en la pareja legal o ilegalmente constituída más que en la mujer con relaciones sexuales esporádicas o temporales.

FACTOR ANTECEDENTES PREVIOS

DE ABORTO

En todos los estudios epidemiológicos nacionales, claramente se ha comprobado que la frecuencia del aborto es mayor en la mujer con antecedentes de abortos. Para ilustrar esta aseveración se puede observar la Tabla N.º 12.

T A B L A N.º 1 2

PORCENTAJES DE ABORTOS INDUCIDOS SOBRE EL TOTAL DE EMBARAZOS
SEGUN NUMERO DE ABORTOS INDUCIDOS PREVIOS,
QUINTA NORMAL, 1961 - 1963

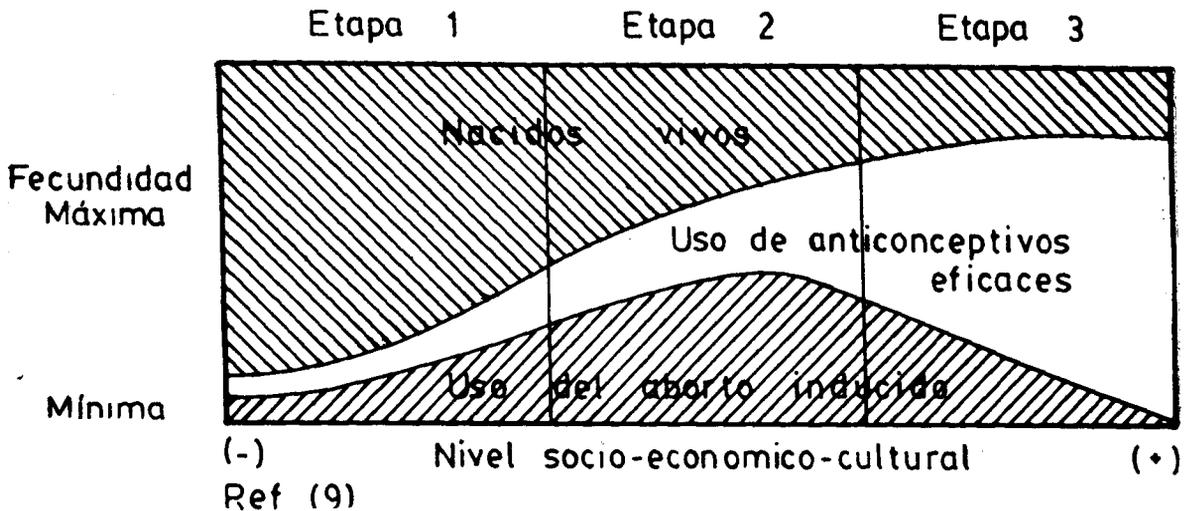
Abortos inducidos previos	Número de Embarazos iniciados	Número de Abortos inducidos	Porcentaje de abortos inducidos
0	1.817	210	11.5
1	334	130	39.0
2	183	65	35.5
3	93	46	49.5
4	43	24	55.8
5	26	18	69.2
6 y +	116	103	86.6
Total	2.617	596	23.1

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

En los estudios de Armijo y Monreal y los de Bárbara Santée ya mencionados se ha encontrado lo mismo. Aparentemente la mujer que utiliza el aborto como método para frenar su fecundidad lo hace como mecanismo rutinario y en forma paradójal no es la aceptante motivada de métodos de planificación familiar.

Las razones de esto último no se saben y necesitan de estudios sociológicos más profundos. Este fenómeno también se da en los países con abortos legalizados lo cual ha llevado en algunos casos a legislar en forma compulsiva el uso de anticonceptivos después del 2.º o 3er. aborto de la solicitante.

FACTOR SOCIO-ECONOMICO



En la figura se simplifica la relación que existe entre el nivel socioeconómico-cultural y la fecundidad. Para los diferentes niveles socioeconómico-cultural se presenta una variación en la prevalencia del uso de 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 anticonceptivos sólo ocasional.

Grupo 2: Disminuye la proporción de embarazos que llegan a nacidos vivos, aumenta 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 una hipótesis de trabajo y no indican distribuciones cuantitativas.

La interrelación entre los métodos de control de natalidad a que recurra 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 na-

talidad, 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 también cambiando 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.

FACTOR USO DE ANTICONCEPTIVOS PREVIOS

Es evidente que la motivación de una mujer para regular su fecundidad por medio de un anticonceptivo es inversamente proporcional al deseo de tener un hijo consecuente a un embarazo por fracaso de anticonceptivo. En un estudio hecho en Santiago (3) se encontró lo siguiente:

T A B L A N° 1 3

Anticonceptivo usado Método	% de embarazos terminados en aborto
Métodos más efectivos	40.9
Métodos menos efectivos	37.7
No uso de métodos	25.0

T A B L A N° 15

TASA DE ABORTOS SEGUN TIEMPO DE RESIDENCIA EN SANTIAGO ANTES DE EMBARAZARSE (1962-63, QUINTA NORMAL)

Tiempo de residencia en Santiago	Tasa por 100 embarazos
0 - 9 años	13.3
10 ó + años	16.4
Siempre	26.0
Desconocido	33.6

No hay la menor duda que la incidencia del aborto se asocia con el mayor hacinamiento, promiscuidad y marginalidad, algunas de las características de la urbanización que obviamente contribuyen a formar patrones de menor fecundidad.

Datos más recientes de encuestas de fecundidad en 25 áreas de salud del país de un total de 55 (13) han demostrado algo semejante. La incidencia del aborto es 2 a 3 veces superior en el sector urbano que en el sector rural.

T A B L A N° 16

ABORTOS SEGUN RESIDENCIA. ENCUESTA DE FECUNDIDAD 25 AREAS PESMIB. 1974

Lugar de residencia	Abortos por 100 embarazos	Abortos por 1.000 M.E.F.
Santiago	24.2	1.06
Resto Urbano	18.0	0.78
Rural	9.9	0.55

El valor del niño en el sector rural es diferente y las condiciones y factores de patrones fecundidad en el campo también influyen en estos resultados y comportamientos del aborto.

CAUSAS DE ABORTO

En diferentes estudios la principal causa ha sido la económica, es decir, la imposibilidad de recibir un niño para mantener, cuidar y educar.

De tal modo que la mujer que ha utilizado anticonceptivos que fracasan tiene una mayor probabilidad de presentar abortos. Esta experiencia ha sido comprobada en Corea (10).

Sin embargo las mujeres que practican la anticoncepción constante y efectivamente, experimentan menor número de embarazos y, por consiguiente, presentan una menor tasa de aborto durante un período determinado que aquellas que emplean la anticoncepción en forma inefectiva o que no la practican en absoluto (11).

FACTOR RESIDENCIA

T A B L A N° 14

TASA DE ABORTOS SEGUN RESIDENCIA DE LA MUJER (LUGAR DE NACIMIENTO)

(1959 - 1963)

Origen de la mujer	Tasa por 100 embarazos
Ciudad	31.0
Otros, qué ciudad	22.5
No consignado	12.5

Tal como se observa en esta Tabla, ya en 1959-1963, Requena en su estudio del aborto en la Comuna de Quinta Normal (12) ya encontraba una mayor frecuencia de abortos en mujeres nacidas en sector urbano. Este hallazgo se confirma al conocer la influencia que el tiempo de urbanización tiene sobre la incidencia del aborto.

T A B L A N° 17

CAUSAS INVOCADAS DE ABORTO PROVOCADO (DOS ESTUDIOS)

Causas	Distribución de mujeres abortantes	
	Estudio A %	Estudio B %
Económicas	56.5	42.3
Problemas conyugales	11.1	10.7
Madre soltera	9.5	2.0
Familia numerosa	8.7	22.5
Salud	7.2	8.8
No desea hijos	4.7	1.3
Otras causas	2.3	5.4
Separación esposo	—	3.1
No desea familia numerosa	—	2.6
Relación fuera del matrimonio	—	1.3
Total	100.0	100.0

A = Ver referencia N° 8.

B = Ver referencia N° 14.

La distribución es relativa pues podría ser un reflejo de las características de la población encuestada. Sin embargo, no hay dudas que las causas económicas y de limitación de la familia son las más importantes.

RESUMEN

El aborto es un problema médico-social no solucionado. Sus consecuencias de mortalidad han sido prevenidas a través del aborto legalizado.

En Chile el fenómeno es de importancia y ha sido en parte prevenido por los programas de planificación familiar.

La mujer abortante se caracteriza por ser:

- a) joven 25 a 29 años
- b) casada o conviviente de sector urbano
- c) con 1 a 3 hijos
- d) de instrucción media o superior
- e) con antecedentes de abortos previos
- f) de nivel socio-económico medio o medio inferior
- g) a veces asociado a fracaso de un anticonceptivo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—**PLAZA, S. y BRIONES, H.** El aborto como problema asistencial. Rev. Méd. Ch. Vol. 91 : 294-298 (Abril) 1963.
- 2.—**MOLINA, R.** "Protección Materno Infantil y su proyección en las políticas de planificación familiar". IV Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Aunción, Paraguay. 1974.
- 3.—**BARBARA SANTEE.** A prospective abortion study in Santiago, Chile. Scientific Publication N° 306. Pan American Health Organization, 1975.
- 4.—**OMS.** Secuelas Psicológicas del Aborto. Serie Informes Técnicos N° 461, 1970.
- 5.—**RUTH RICE PUFFER, G. WYNNE GRIFFITH.** Características de la Mortalidad Urbana, OPS, 1968.
- 6.—**OMS.** El aborto espontáneo y provocado. Crónica de la OMS. Vol. 25, N° 3. Marzo, 1971.
- 7.—**ZIMMERMAN, MARGOT.** Aborto, Leyes y Práctica. Un informe actualizado. Informes Univ. G. Washington, Serie E, N° 3, Abril, 1977.
- 8.—**ARMIJO, R. y MONREAL, T.** Epidemiología del aborto en Chile. Comunicación presentada a la Sociedad de Salubridad, Julio 1968.
- 9.—**REQUENA, H.** Social and Economic Correlates of induced abortion in Santiago, Chile, Demography, 2 (1965) 33-49.
- 10.—**ILAN S. H.** 1973. The study en Induced Abortion. 1971. Fertility Abortion Survey Special Reports. Series N° 2 seoul Korean Institute for Family Planning (April).
- 11.—**GASLONDE, S.** Studies on fertility and abortion in Asunción, Bogotá, Buenos Aires, Lima and Panamá City. Organización Panamericana de la Salud. Scientific Publication N° 306.
- 12.—**REQUENA, M.** Epidemiology of induced abortion in Santiago, Chile. Milbank Memorial Fund. New York, April 1965.
- 13.—**CARRASCO, E., CHANG, N.** Encuesta de Fecundidad 25 áreas PESMIB, 1974. Ministerio de Salud de Chile, PESMIB, 1976.
- 14.—**ORDOÑES, B. R.** Aborto inducido en la ciudad de México. Resumen de conclusiones de 2 estudios en el Instituto Mexicano de Seguro Social. OFS. Publicación científica N° 306, 1975.