



Encuentro de
investigadores
sobre aborto
inducido en
América Latina
y el Caribe

INCIDENCIA

CON LA COLABORACIÓN DEL
PROGRAMA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
SOBRE REPRODUCCIÓN HUMANA
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA
SAÚDE Y DEL INSTITUTO ALAN
GUTTMACHER, Y CON EL APOYO DE
LA FUNDACIÓN FORD.

UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA
SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C., COLOMBIA
15 AL 18 DE NOVIEMBRE DE 1994

CONTENIDO

Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos.

Susheela Singh y Deirdre Wulf.
Instituto Alan Guttmacher.
Presentada por Delicia Ferrando.
Instituto Alan Guttmacher, Perú.

La incidencia del aborto en Colombia.

Lucero Zamudio, Norma Rubiano y Lucy Wartenberg.
Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social.
Universidad Externado de Colombia, Colombia.
Presentada por Lucero Zamudio.

Interrupções da gravidez no Brasil.

Mário F. G. Monteiro.
Universidad Estatal de Río de Janeiro e Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística, Brasil.

El aborto en el Perú: estudio epidemiológico hospitalario en las ciudades de Iquitos, Piura y Puno - Perú.

Jesús L. Chirinos, Luis Sobrevilla y Elsa Alcántara.
Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú.
Presentada por Jesús L. Chirinos.

Aborto complicado: la punta de iceberg de la práctica clandestina.

Elena Prada.
Consultora
Instituto Alan Guttmacher, Colombia.

Mortalidade por aborto: a causa não declarada.

Néia Schor, Ana Cristina d'A. Tanaka, Augusta Thereza de Alvarenga, Arnaldo Augusto Franco de Siqueira.
Facultad de Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo/Sao Paulo, Brasil.
Presentada por Néia Schor.

INCIDENCIA¹

Presentación

Con excepción de Cuba y Puerto Rico la condición de ilegalidad del aborto inducido impone serios obstáculos a su identificación y cuantificación. Estimar con alguna certeza la incidencia del aborto inducido en la región constituye todo un reto para los investigadores sobre el tema.

La sesión sobre incidencia se propone recoger los avances en la estimación de la magnitud del aborto inducido.

Las ponencias presentadas en esta sesión abordan el problema desde distintas perspectivas dependiendo de las fuentes usadas y de las técnicas de recolección o estimación.

1. Las fuentes:

Dos son las fuentes utilizadas para el estudio de la incidencia del aborto inducido:

1. Registros hospitalarios de las mujeres que han ingresado por complicaciones de aborto. Todos los trabajos coinciden en señalar las notables deficiencias de esta fuente en los distintos países de la región. Aparte de los problemas de subregistro inherentes a la calidad general de los sistemas de registro hospitalario, presentan problemas de clasificación errónea, diligenciamiento incompleto o ausencia de ubicación temporal. En su ponencia Néia Schor y otros, ilustran esta situación presentando tres casos de subregistro hospitalario.

La utilización de este tipo de fuente coloca a los investigadores ante el problema de la adopción de una serie de supuestos para llegar a hipótesis plausibles sobre el porcentaje de abortos espontáneos en los hospitales y sobre el porcentaje de mujeres con aborto que requieren hospitalización, a fin de establecer el total de abortantes en la población total de mujeres en edad fértil.

¹ El texto de los ponentes fue reproducido fielmente, tal como lo enviaron sus autores. No se hizo ninguna corrección de estilo.

2. Entrevistas directas a las mujeres. En tanto que la penalización del aborto lo convierte en un hecho clandestino, tradicionalmente se ha considerado que los datos obtenidos a través del interrogatorio directo a las mujeres carecen de confiabilidad. Las investigaciones sobre las cuales se basan las ponencias presentadas a esta sesión han ensayado cuatro modalidades de interrogatorio directo: entrevistas directas a mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto; entrevistas directas a mujeres en sus hogares realizadas por un entrevistador; la técnica de la respuesta aleatoria y la técnica del autodiligenciamiento secreto con consignación reservada que utiliza la figura del recolector de información pero no la del entrevistador.

2. Resultados según las metodologías de estimación

2.1 Las estimaciones indirectas

Las estimaciones indirectas a partir de registros hospitalarios fueron utilizados por Susheela Sing y Deidre Wulf para obtener estimaciones de seis países de la región: Brasil, Colombia, Perú, México, Chile y República Dominicana, por Jesús Chirinos para estimar los datos en tres ciudades del Perú y por Elena Prada para estimar datos de incidencia en cinco regiones de Colombia.

Según Sing y Wulf, los seis países tendrían tasas anuales de aborto por 1.000 mujeres que oscilarían entre 14.0 o/oo y 32.0 o/oo para México, el país con menor incidencia y entre 31.1o/oo y 72.6o/oo para el Perú, país con la más alta incidencia.

Extrapolando los datos de los seis países se estima un volumen de 700.000 a 900.000 abortos anuales para el conjunto de la región.

Elena Prada, utilizando la misma metodología hace un cálculo del nivel de abortos inducidos en Colombia para tres fechas recientes. 1982-85 y 89 y compara la situación en cinco regiones del país.

Después de ajustar los casos de aborto hospitalario por subregistro y por clasificación errónea (en Colombia menos del 1% de los egresos hospitalarios se registra como aborto inducido), asume que uno de cada cuatro abortos que llegan a los hospitales es espontáneo, y que uno de cada cinco casos de aborto requiere de hospitalización.

Así obtiene una estimación de 3.47 abortos por 100 mujeres de 15 a 49 años de edad en 1985 y de 3.40 para 1989, lo que correspondería a 39 abortos por 100 nacidos vivos en 1985 y 32 en 1989. Según estas estimaciones la tasa de aborto se habría mantenido estable o tendería a disminuir.

Los cálculos regionales muestran diferencias importantes. La proporción de abortos por 100 mujeres se duplica entre la región con menor incidencia (Bogotá, con 2.98 abortos por 100 mujeres) y la región con mayor incidencia (oriental con 4.3 abortos por 100 mujeres).

2.2 *Las estimaciones directas*

Dos procedimientos se han utilizado para interrogar directamente a las mujeres: el primero interroga a las mujeres hospitalizadas por aborto, y el segundo interroga directamente a las mujeres en sus hogares.

En las estimaciones directas Mario Monteiro utiliza los datos provenientes de una encuesta de salud y nutrición del Brasil (1989) en la que se obtuvo información sobre abortos (inducidos o no) reportados por las mujeres embarazadas en los cinco años anteriores a la encuesta. La proporción de mujeres con embarazo en el mismo período, que declaró por lo menos un aborto fue del 15% para el conjunto de la población entrevistada y de 25% para las mujeres con más de 40 años.

Las diferencias regionales le permiten establecer que allí donde el número de embarazos es menor también el porcentaje de abortos inducidos es mayor. De igual manera la relación con la situación de pobreza es inversa. Donde los porcentajes de aborto son mayores, son también mayores los porcentajes de mujeres no pobres.

En cambio la relación es directa cuando se trata de la anticoncepción. Regiones con mayor proporción de mujeres haciendo uso de la anticoncepción producen los mayores porcentajes de aborto.

En Perú, Jesús Chirinos utiliza, además de las fichas hospitalarias de mujeres hospitalizadas por aborto, una entrevista realizada a las mujeres en el momento de su hospitalización. Así pudo confrontar los datos de las dos fuentes, encontrando que cuando se interroga directamente a las mujeres se obtienen porcentajes dos veces superiores a los que se obtienen de fichas hospitalarias. A partir de la ficha hospitalaria, el aborto inducido sólo fue declarado por el 17.8% de las mujeres mientras que por medio de la entrevista se encontró que el 33% de los embarazos había terminado en un aborto inducido.

En el estudio de la Universidad Externado de Colombia, se utilizó la metodología del autodiligenciamiento secreto con consignación reservada, aplicado a una muestra nacional urbana de 33.275 mujeres entre 15 y 55 años de edad.

Esta estrategia permitió establecer que una quinta parte de todas las mujeres (22.9%) y una tercera parte de las mujeres (30.3%) estrictamente bajo riesgo (es decir quienes han estado embarazadas) se ha practicado un aborto inducido por lo menos una vez.

Con los datos retrospectivos de ese estudio se calcularon tasas anuales de aborto para el quinquenio 1987-92 del orden de 24.6 o/oo, que caen dentro de los intervalos de estimación del estudio de la Alan Guttmacher. La evolución de las tasas específicas de aborto según el año del aborto y la edad de la mujer, muestra un notorio incremento del aborto inducido en el país.

Los datos retrospectivos permiten estimar una proporción alcanzada de 12.3 abortos por cada 100 embarazos o de 15.26 abortos por cada 100 nacidos vivos

Pero no siempre las estimaciones por interrogatorio directo son tan afortunadas. En Brasil, Néia Schor y otros reportan que en una encuesta directa a 1000 mujeres en edad fértil en 1987, sólo el 8% reconoció haberse practicado un aborto en el año inmediatamente anterior. Cuando se utiliza la técnica de la respuesta aleatoria el porcentaje sube 40%.

Independientemente de la diferencia de estimación, las cifras indican una práctica muy generalizada de aborto inducido en la región que, a pesar del conocimiento y acceso a la anticoncepción, no parece descender como práctica.

Las dificultades para obtener información válida sobre la práctica del aborto inducido y las variaciones que se obtienen en las estimaciones según el método utilizado y, sobre todo la fragmentación de la información en la región ponen de relieve la necesidad de seguir trabajando sobre la identificación y prueba de metodologías que se ajusten de la mejor manera a las patrones socio-culturales de cada país y que permitan hacer estudios comparables.

Queremos agradecer la presencia de los investigadores que aportaron lo mejor de sus trabajos a esta sesión y esperamos que el intercambio de experiencias sea estimulante y enriquecedor para todos.

Comité Coordinador del Encuentro

Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos

Susheela Sing y Deidre Wulf

Las autoras agradecen la colaboración de los investigadores por su invaluable contribución al estudio en que se basó este artículo: Brasil-Sarah H. Costa y Mario Monteiro; Colombia-Elena Prada; Chile-Mónica Weisner; México-Leopoldo Núñez Fernández y Silvia Llera; Perú-Delicia Ferrando; y la República Dominicana-Denise Paiewonsky.

En los países donde el aborto es ilegal, se puede hacer un cálculo aproximado de los abortos inducidos utilizando los datos sobre las mujeres que han sido hospitalizadas debido a complicaciones causadas por el aborto, luego de realizar correcciones con respecto a los casos no reportados y ajuste para eliminar los casos de abortos espontáneos. En Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y República Dominicana, anualmente se hospitalizan alrededor de 550.000 mujeres debido a complicaciones causadas por el aborto. En estos países se realizan aproximadamente 2,8 millones de abortos por año, cuando se toman en cuenta los casos de las mujeres que no han sido hospitalizadas a causa de abortos inducidos. Si se supone que la situación en estos países es similar en toda la región, es probable que en América Latina se hospitalizan aproximadamente 800.000 mujeres debido a complicaciones de abortos inducidos y se estima que se realizan unos cuatro millones de abortos. La tasa de aborto más probable varía entre 23 por 1.000 entre las mujeres de 15 a 49 años en

México a 52 por 1.000 en Perú, y las cifras absolutas varían entre 82.000 en la República Dominicana a 1,4 millones en Brasil. Se estima que el porcentaje de embarazos que terminan en abortos inducidos varía entre el 17% en México al 3% en Chile.

(Perspectivas internacionales en planificación familiar, número especial de 1994, págs 3-13)

Los encargos de tomar decisiones en materia de planificación familiar y los planificadores de programas de todo el mundo enfrentan enormes desafíos al diseñar e implantar los servicios que permitirán a las parejas tener el número de hijos deseado. Si bien, en la mayor parte en desarrollo se han experimentado reducciones en los niveles de fecundidad y un aumento concomitante en el uso de anticonceptivos, aún persiste una necesidad insatisfecha de servicios de planificación entre las mujeres en edad reproductiva que no desean tener más hijos o que quieren espaciar los nacimientos.

Infortunadamente las estimaciones actuales del número de embarazos no deseados y de la necesidad insatisfecha de anticonceptivos, tienden a ser seriamente subestimadas debido a que la información confiable sobre abortos no se encuentra disponible en aquellos países donde este procedimiento es ilegal. En forma similar, debido a la falta de información, los demógrafos que examinan los factores que producen la disminución de la fecundidad en los países en desarrollo no pueden cuantificar la contribución independiente del aborto inducido a este proceso. Quienes adoptan las políticas, los planificadores de los programas y los demógrafos necesitan estimaciones más confiables en materia de niveles de aborto inducido.

En este informe se presentan algunos de los resultados de un proyecto de investigación realizado en conjunto y diseñado para estimar la tasa anual de aborto inducido durante un período reciente, correspondiente a seis países en América Latina. El proyecto se basa en un estudio realizado anteriormente, en el cual se estimaron los niveles de aborto inducido en Brasil, Colombia y Perú, durante los últimos años de la década de los años 70 y mediados de los 80, mediante la aplicación de una técnica de estimación indirecta, basada en datos oficiales, sobre el número de mujeres hospitalizadas para tratamiento de complicaciones del aborto². En este estudio, se ajustaron los datos de hospitalización para excluir a las mujeres que fueron tratadas por abortos espontáneos.

Tanto en este informe como en el estudio anterior, hemos supuesto que debido a que los casos de hospitalización representan solamente un subgrupo de todos los abortos inducidos, las estimaciones deben ser ajustadas para tener en cuenta a las mujeres que fueron sometidas a este procedimiento pero que no fueron hospitalizadas. En este artículo se ajustaron los datos brutos sobre hospitalización por

complicaciones de aborto espontáneos e inducidos para estimar el número de internaciones por abortos inducidos. Así mismo, analizamos una variedad de multiplicadores que luego pueden ser aplicados a esta cifra para estimar el número total de abortos inducidos para cada país. Finalmente, presentamos estimaciones de las cifras de mujeres que tienen abortos inducidos y las correspondientes tasas de aborto para cada uno de los seis países.

Metodología - Fuentes de datos

Los datos brutos sobre hospitalizaciones causadas por abortos fueron obtenidos en una forma un poco diferente en cada uno de los seis países. En el caso de Chile, estos datos estaban incluidos en la compilación anual de las estadísticas del Ministerio de Salud. Para obtener los datos correspondientes a Brasil, Colombia, México y la República Dominicana, logramos que nuestros investigadores³ obtuvieran la ayuda de funcionarios claves de las oficinas del sistema de datos de salud del gobierno. En Perú, donde el sistema de datos de salud ha desaparecido como resultado de la distorsión política y económica del país, existían datos oficiales solamente con respecto de una submuestra de casos dadas de hospital; realizamos estimaciones a nivel nacional con base en estos datos.

Una segunda fuente de información para este artículo fue la encuesta de opinión sobre la problemática del aborto, del Alan Guttmacher Institute (AGI), realizada en Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y la República Dominicana en 1992. En cada país, los investigadores participantes seleccionaron y entrevistaron a un determinado grupo de profesionales que podían tener conocimientos sobre abortos para obtener su opinión acerca de las condiciones bajo las cuales se estaban realizando los abortos inducidos. El cuestionario de la encuesta fue desarrollado por el AGI en consulta con los investigadores participantes.

En esta encuesta participó un total de 197 personas: 46 en Brasil (Río de Janeiro, Sao Paulo, Brasilia y Recife); 30 en Colombia (Bogotá, Cali, Medellín y las zonas rurales); 41 en Chile (Santiago, Valparaíso, Arica, Concepción, Cautín, Los Andes, Codegua y las zonas rurales); 25 en México (Ciudad de México y zonas rurales de sus alrededores); 34 en Perú (Lima, Arequipa, Iquitos y zonas rurales); y 21 en la República Dominicana (Santo Domingo, San Cristóbal, Santiago, San Pedro de Macorís y zonas rurales).

Los entrevistados -médicos, sociólogos, psicólogos, trabajadores sociales, miembros de grupos de mujeres, investigadores de salud y expertos en salud pública- contestaron un grupo de preguntas detalladas sobre las fuentes de aborto, las técnicas de aborto, la probabilidad de que el aborto resulte en complicaciones y la probabilidad de que las mujeres que sufrían tales complicaciones fueran hospitalizadas para su tratamiento. Se editaron las respuestas, y luego fueron codificadas y analizadas por el AGI. En este artículo, utilizamos datos de la encuesta para estimar los factores multiplicadores; otros resultados de la encuesta se analizan en otro lugar⁴.

En todos los países excepto Chile, tratamos de describir el contexto dentro del cual se tomaron decisiones en materia reproductiva mediante el análisis de datos de las encuestas nacionales correspondientes a las mujeres de edad reproductiva, las cuales fueron realizadas como parte de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS)⁵. Con respecto a Chile, donde no se ha realizado un EDS, utilizamos los resultados publicados de una pequeña encuesta urbana y datos inéditos de una encuesta correspondiente a la zona rural⁶.

Ajuste de los datos de hospitalización

Ajustamos los datos brutos publicados e inéditos sobre la cifra de mujeres hospitalizadas por

tratamiento de complicaciones de aborto para eliminar los casos que no deberían ser tomados en cuenta como abortos inducidos, para agregar los casos que deberían haber sido incluidos como abortos inducidos y para corregir la recopilación incompleta de datos correspondiente al sistema de salud de cada país.

⁹Eliminación de códigos incorrectos. Se supone que los códigos de diagnóstico 634-639⁷ de la Clasificación Internacional de Enfermedades, revisión novena (CIE-9), cubren los abortos espontáneos e inducidos. En realidad, algunos casos de abortos pueden ser codificados en forma errónea, en categorías relacionadas (códigos 630-633⁸); en Perú, todos los códigos de diagnóstico (630-639) fueron reportados como uno. Por lo tanto, en todos los países excepto en República Dominicana⁹, examinamos los datos correspondientes a todos los grupos de diagnósticos.

Cuando se utilizan en forma apropiada, no se deberían incluir los abortos espontáneos o inducidos en los códigos 630-633. Para excluir de nuestros datos los casos que correctamente pertenecían a los códigos 630-633, tratamos de determinar hasta qué punto los códigos 630-633 habían sido incorrectamente utilizados. En consecuencia, comparamos la distribución de pacientes con respecto a los códigos 630-633 correspondiente a todos los países que contaban con este tipo de datos. Sobre la base de similitud de tendencias al transcurrir de los años y en todos los países, así como con respecto a la uniformidad de los niveles bajos de códigos incorrectos, decimos que los datos correspondientes a Colombia, Chile y México eran los que representaban menos errores. Por lo tanto, hicimos un promedio de los códigos 630-633 y estimamos que el 9,5% de todas las pacientes de los códigos 630-633 estaban realmente comprendidas dentro de los códigos de diagnóstico 630-633, lo cual significa que

esta proporción tenía que ser eliminada del resultado final. De esta manera, este ajuste se aplicó a todos los países excepto a la República Dominicana.

°Inclusión de casos erróneamente omitidos. Un análisis realizado en numerosas muestras de pacientes hospitalizadas por aborto; en Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela, realizada por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) revela que a algunas mujeres con complicaciones por aborto inducido se les hizo un diagnóstico incorrecto "amenaza de aborto" (CIE-9 código 640)¹⁰. En consecuencia, también ajustamos los datos correspondientes a las complicaciones de aborto para tener en cuenta los casos codificados erróneamente como amenazas de aborto (definidos así para incluir la hemorragia antes de cumplidas las 22 semanas de gestación).

Los errores de codificación alcanzaron un promedio de 5,5% en los cuatro países estudiados por la FLASOG. Por esta razón, al ajustar hacia arriba la cifra total de casos de aborto para tener en cuenta aquellos que habían sido incorrectamente clasificados bajo el código 640, consideramos que el número de pacientes en los códigos 634-639 representa en realidad el 94,5% de la cifra "verdadera" de casos de pacientes hospitalizados por aborto. En consecuencia, luego de restar los casos codificados como 630-633, inflamos el número restante (correspondiente a todos los países excepto la República Dominicana) dividiendo por 0,945 (o multiplicando por un factor de 1,058).

°Fallas generales de notificación. Si bien se sabe que los sistemas para recabar los datos hospitalarios correspondientes al egreso de pacientes son a nivel nacional, es de conocimiento público que estos no se notifican en su totalidad. Las razones para que ocurran

estos errores varían de un país a otro, y básicamente se debe a la cobertura incompleta que ocurre en ciertas regiones del país, o a que los datos presentados por los hospitales son incompletos o tardíos (aún cuando se trate de hospitales que dependen de los Ministerios de Salud), o la falta de información de algunos hospitales, especialmente aquellos que corresponden al sector privado.

En cada uno de los países excepto Perú, los investigadores participantes mantuvieron contacto estrecho con funcionarios experimentados en la materia para determinar el nivel de fallas de información que ocurrían a nivel nacional. Luego de analizar en detalle las estadísticas de cada país y los sistemas de recolección de datos, los investigadores acordaron que en general no ocurrían fallas de información en Chile, y que las mismas eran aproximadamente del 15% en Brasil, del 17% en Colombia, del 20% en México y del 33% en la República Dominicana.

Con respecto al Perú, estimamos la cifra total de pacientes hospitalizadas por aborto, inflando el número registrado en la submuestra de los hospitales correspondientes a las estadísticas dadas de alta disponibles por una cifra proporcional a aquella de todas las hospitalizaciones e internaciones ocurridas en el país. (La última estimación fue hecha por el Ministerio de Salud con base en las tendencias de los años anteriores y se incluyeron ajustes correspondientes a los hospitales que no presentaban información).

Estimaciones de abortos espontáneos

La proporción de casos de pacientes hospitalizadas debido al aborto espontáneo en las estadísticas oficiales de los hospitales es probablemente incorrecta en la mayoría de los países, al juzgar por la gran variación que se encontró en los seis países en estudio. En

cuatro de los cinco países que ofrecieron datos detallados de los diagnósticos, se codificaron muy pocos casos como espontáneos (código 634)-9% en Chile, 2% en Colombia y 1% en México y menos del 1% en Perú. Por el contrario, el 80-99% de los casos de aborto fueron asignados al código 637-abortos no especificados. Por otro lado, en Brasil, casi las dos terceras partes de las complicaciones de abortos fueron codificadas como abortos espontáneos. Aplicamos cuatro diferentes sistemas a la tarea de separar los abortos espontáneos de los inducidos:

°Estimación biológica. El primer sistema afina el método utilizado en nuestro estudio anterior¹¹, el cual se basó en las estimaciones biológicas de la posibilidad que una concepción haya sido interrumpida mediante un aborto espontáneo. Para este estudio, modificamos la duración del período de gestación mediante el cual las mujeres que tienen abortos espontáneos podrían ser hospitalizadas desde 17-27 semanas a 13-22 semanas, para tener en cuenta una información más exacta sobre la clasificación de los casos de abortos en los códigos pertinentes CIE-9 (véase anexo metodológico).

°Mediante el uso de los datos en una tabla de vida modificada utilizada en un estudio anterior¹², estimamos que el número de embarazos que resultaron en abortos espontáneos dentro del período de 13-22 semanas de gestación es equivalente al 3,41% de todos los nacimientos vivos. Debido a las variaciones que existen con relación al acceso a los hospitales, solamente algunas de estas mujeres tienen posibilidades de ser hospitalizadas. Suponemos que la proporción de mujeres con abortos espontáneos que fueron hospitalizadas era aproximadamente igual a la proporción de mujeres que dieron a luz en un hospital. Al multiplicar el porcentaje de 3,41% por la proporción de mujeres en cada país cuyo parto fue atendido por personal del hospital (véase el anexo metodológico), se

reveló que el equivalente del 2,89% de todos los nacimientos vivos se convierten en hospitalizaciones para el tratamiento de abortos espontáneos en Brasil, el 2,75% en Colombia, el 3,31% en Chile, el 2,51% en México, el 1,86% en Perú y el 3,15% en la República Dominicana.

°La estimación de la FLASOG. Un segundo enfoque fue la metodología utilizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para diferenciar entre los abortos inducidos y los espontáneos entre las mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto (véase anexo metodológico). Cuando utilizamos esta metodología para analizar los datos recopilados en 1990 por la FLASOG en Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela, estimamos que del total de mujeres hospitalizadas por abortos, aproximadamente el 32,7% se debe a abortos espontáneos¹³.

Sin embargo, en Colombia esta proporción era del 33,4%, y en este estudio utilizaremos esta proporción porque la muestra de Colombia era más amplia y la recopilación de datos fue más rigurosa que la realizada en otros países.

°Dos estimaciones hipotéticas. Quizás la estimación de aproximadamente el 33% basada en el estudio de la FLASOG es demasiado elevada, tomando en cuenta la dificultad que existe para diferenciar entre los abortos espontáneos y los inducidos con base en las pruebas clínicas. Además, es poco probable que las mujeres entrevistadas en un hospital por personal médico se expresen con franqueza con respecto al uso de anticonceptivos en el momento del embarazo o si deseaban o no quedar embarazadas (dos de las medidas utilizadas en la metodología de la OMS).

Durante los viajes al campo en la primavera y el verano de 1992, entrevistamos a varios médicos obstetras y ginecólogos en los hospitales en cada uno de los países incluidos en el estudio. Muchos de ellos consideraron

que la verdadera proporción de abortos espontáneos entre las mujeres que presentaron complicaciones puede ser tan baja como el 5-10%. En consecuencia, para cerrar la brecha que existe entre estas estimaciones y la del 33%, utilizamos dos estimaciones hipotéticas de 15% y el 25%. La primera tiene en cuenta las impresiones recogidas por los médicos de que la proporción es muy baja, pero sin embargo, permite que exista la posibilidad de que ésta sea subestimada con respecto a la frecuencia con que las mujeres son hospitalizadas debido a abortos espontáneos. La última estimación refleja un nivel intermedio entre el cálculo de la FLASOG y las estimaciones más bajas y es consistente con la opinión de los investigadores que trabajan en este tema¹⁴.

hacerlo es utilizando los datos sobre las hospitalizaciones relacionadas con los abortos y así se estima el número de abortos adicionales que no tuvieron complicaciones. Este enfoque supone que el número de hospitalizaciones relacionadas a abortos puede ser ponderado al alza, o inflado, para lograr un cálculo del número total de abortos¹⁶. Por ejemplo, si una mujer de cada tres, que han obtenido un aborto es hospitalizada, el número total de abortos puede ser estimado en el triple del número de hospitalizaciones.

Es evidente, que es muy importante la exactitud de estos multiplicadores. Debido a que la probabilidad de la hospitalización de la paciente depende de factores que cambian por medio del tiempo, también es importante obtener estimaciones de los multiplicadores apropiados correspondientes al período en que se realizó el estudio. En el caso de nuestro proyecto de

Multiplicadores

Cuadro 1. Cálculo del número estimado de hospitalizaciones por aborto inducido en seis países de América Latina, 1989-1992

| País y año | Todas las hospitalizaciones por aborto | % acordado de notificación incompleta | Luego del ajuste por notificación incompleta* | Después de corregir por notificación errónea ^o | Después de corregir por abortos espontáneos [^] | | | |
|----------------------------------|--|---------------------------------------|---|---|--|-----------------------|-------------------|-------------------|
| | | | | | Suposición 1 (biológica) | Suposición 2 (FLASOG) | Suposición 3 -25% | Suposición 4 -15% |
| Total | 662.027 | na | 773.065 | 740.833 | 531.451 | 493.395 | 555.626 | 629.708 |
| Brasil (1991) | 341.911 | 15 | 402.248 | 384.890 | 290.965 | 256.337 | 288.668 | 327.157 |
| Colombia (1989) | 66.675 | 17 | 80.331 | 76.905 | 54.355 | 51.219 | 57.679 | 65.369 |
| Chile (1990) | 44.468 | 0 | 44.468 | 45.572 | 32.902 | 28.353 | 31.929 | 36.186 |
| México (1989-1991) ^{^^} | 118.792 | 20 | 148.490 | 142.159 | 77.427 | 94.678 | 106.620 | 120.836 |
| Perú (1989)** | 75.531 | na | 75.531 | 72.310 | 60.514 | 48.158 | 54.232 | 61.463 |
| Rep. Dom. (1992) ^{oo} | 14.650 | 33 | 21.997 | 21.997 | 15.288 | 14.650 | 16.498 | 18.697 |

^{*}Ajustado dividiendo el total de hospitalizaciones por: 10 menos el porcentaje de notificaciones incompletas. ^oAjustar para tomar en cuenta las mujeres cuya hospitalización fue clasificada erróneamente. [^]Con la Suposición 1 ajustamos el número de hospitalizaciones para incluir los abortos espontáneos basados en los cálculos biológicos de la posibilidad que una concepción terminaría en aborto espontáneo; con la Suposición 2, aceptamos los datos de la FLASOG que indican que el 33.4% de las hospitalizaciones pertinentes estaban relacionadas con abortos espontáneos; y con las Suposiciones 3 y 4, suponemos que los abortos espontáneos representan el 2% y el 15% respectivamente, de todos los casos de hospitalización por complicaciones de aborto. ^{^^}El promedio de datos correspondiente a 1989, 1990 y 1991. ^{oo}Cálculo basado en un subgrupo de registros de dadas de alta del hospital. ^oLos datos correspondientes a la República Dominicana no se pudieron corregir por notificaciones incompletas porque este país no utiliza los códigos del CIE. Nota: na=no aplicable. Fuentes de datos de todas las hospitalizaciones relacionadas con el aborto: Brasil-tabulaciones inéditas, Sistema Unificado de Saúde. Colombia-tabulaciones inéditas, Ministerio de Salud. Chile-Ministerio de Salud. Anuario de Egresos Hospitalario, 1990, Santiago, 1992. México-Instituto Mexicano del Seguro Social. Anuario de Servicios Médicos, varios años y tabulaciones especiales: Secretaría de Salud, Dirección General de Estadística, Brevario Estadístico Sectorial, varios años; Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Estadística, varios años; y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Anuario Estadístico, varios años. Perú-tabulaciones inéditas, Ministerio de Salud. República Dominicana-tabulaciones inéditas, Ministerio de Salud.

Debido a la falta de datos confiables sobre el número real de abortos inducidos en los países donde este procedimiento es ilegal, los investigadores han tenido que recurrir a varios métodos indirectos para estimar el número verdadero de abortos¹⁵. Una forma indirecta de

investigación, se necesitó de los multiplicadores adecuados correspondientes a la última parte de la década de los 80 o a los primeros años de los 90. Durante la última década, aproximadamente ha cambiado la práctica del aborto inducido en muchos países de América Latina, aún cuando han habido pocos, o

ningunos cambios en el aspecto legal. Por ejemplo, en mayor medida el personal médico está proporcionando el aborto, frecuentemente en clínicas privadas¹⁷. Además, los prestadores del servicio de abortos y las propias mujeres están más conscientes de las ventajas que significa la toma de antibióticos como una medida preventiva, especialmente de los antibióticos que son fácilmente adquiridos sin receta médica¹⁸. Finalmente, ha aumentado el uso de medicamentos como abortivos, tales como el misoprostol, muy notablemente en Brasil¹⁹. Los primeros dos cambios probablemente reducirían la probabilidad de complicaciones de salud que requieran la hospitalización, en tanto que el tercer cambio quizás aumentaría temporalmente la probabilidad de hospitalización al menos hasta que las mujeres conozcan las complicaciones relacionadas con el uso de estos medicamentos (principalmente la hemorragia intensa) y puedan ser tratadas y manejarlas sin recurrir al hospital.

°Primeros cálculos de los multiplicadores

Durante el período de 1962-1964 en una encuesta realizada a mujeres entre los 20 y 45 años de edad en Santiago, Chile, el 31% de las mujeres que admitieron haber tenido un aborto ilegal habían sido luego hospitalizadas²⁰, en otra encuesta realizada en 1970, en la zona norte de Santiago, el 36% de las entrevistadas admitieron que habían tenido un aborto inducido y habían requerido hospitalización²¹. Por el contrario, las encuestas de prevalencia de anticonceptivos realizadas de mediados a fines de la década de los años 70, basadas en datos retrospectivos en varios países de América Latina, encontraron multiplicadores tan bajos como dos y tan altos como cinco²². Sobre la base de estos primeros estudios, los investigadores supusieron que un multiplicador de aproximadamente tres (un caso de hospitalización por cada tres abortos inducidos) era apropiado.

Más recientemente, al ser más seguro el servicio de abortos, la proporción de casos que requirieron la hospitalización podría ser mucho más baja y al mismo tiempo, el multiplicador correspondiente más elevado. Con relación al Brasil, durante los últimos años de la década de los 80, se sugirió como plausible un multiplicador de aproximadamente cinco, con base en las complicaciones y a cálculos del número total de abortos²³. Con respecto a la República Dominicana, los métodos alternativos para estimar el número de abortos inducidos también indicaron un multiplicador de aproximadamente cinco, correspondiente a los últimos años de la década de los 80²⁴. Otros investigadores se refirieron en forma más general al hecho de que "la vasta mayoría de mujeres que tienen abortos no son registradas por los hospitales", lo cual implica, que sería realista considerar un multiplicador aún más elevado²⁵. También se considera que los multiplicadores son muy elevados en las grandes áreas metropolitanas (por lo menos en Bogotá, Colombia y probablemente también en las principales ciudades de Brasil y México) donde actualmente se suministra un número de abortos seguros que durante los años 60 y 70²⁶.

En nuestros primeros cálculos de niveles de aborto, tomamos en cuenta estas variantes de opinión mediante la aplicación de una amplia gama de multiplicadores: tres, cinco y siete. El factor de tres fue considerado como el más apropiado para el Perú en 1981, y el factor de cinco para Colombia y Brasil para mediados de los años 80²⁷. En este artículo, volvemos a aplicar estos tres multiplicadores para obtener una gama de posibles niveles de aborto para cada país.

Estimaciones adicionales de la proporción de hospitalizaciones

Además de los tres multiplicadores hipotéticos, también calculamos un cuarto multiplicador

con base en los resultados obtenidos por la encuesta de resultados de opinión sobre la práctica del aborto el AGI, realizada en 1992. Esta encuesta fue diseñada para ofrecer datos que nos permitieran estimar, en forma separada para cada país, la proporción posible de mujeres que habían tenido abortos inducidos y que podrían haber sido hospitalizadas (véase anexo metodológico). Las ventajas de este enfoque más directo consisten en que está basado en entrevistas con un gran número de personas bien informadas sobre el tema y que permite el uso de multiplicadores correspondientes a cada país específico (en lugar de tener algunos expertos que generalicen con respecto a la región en general). Más aún, como se preguntaba en forma separada sobre las mujeres pobres de zonas urbanas, las no pobres de zonas urbanas, las pobres de zonas rurales y las mujeres rurales no pobres, podemos tomar en consideración variaciones por medio de los principales subgrupos de la población dentro de cada país. A pesar de las ventajas de este método, sin embargo, los multiplicadores específicos por país aún continúan estando basados en aspectos de percepción y no en hechos.

Resultados

Cálculos iniciales

En las primeras cuatro columnas del Cuadro 1 se indican tanto los datos brutos como los ajustados con respecto al número de mujeres hospitalizadas para el tratamiento de complicaciones de aborto en cada uno de los seis países objeto de estudio, correspondiente al año disponible más reciente. En la cuarta columna se indica el número de mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto, luego de efectuarse ajustes para notificaciones incompletas o incorrectas. Estos datos indican que aproximadamente 741.000 mujeres en los seis países fueron hospitalizadas como resultado de complicaciones de abortos inducidos o espontáneos, durante el período de un año, y las

mujeres brasileñas ascendieron a más de la mitad de este total estimado.

En las cuatro últimas columnas del Cuadro 1 se indica que cuando se aplicaron los cuatro métodos para estimar la incidencia de abortos espontáneos a los datos de hospitalización corregidos, obtuvimos un rango de estimaciones del número de mujeres hospitalizadas para el tratamiento de complicaciones de abortos inducidos. Si se suman los cálculos ajustados correspondientes a los seis países, entre casi 500.000 (suposición 2) y 630.000 (suposición 4) mujeres en Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y la República Dominicana, son hospitalizadas cada año por complicaciones de abortos inducidos. Como estos dos países representan aproximadamente el 70% de la población de América Latina, es probable que el número de mujeres hospitalizadas por abortos inducidos en toda la región ascienda a entre 700.000 y 900.000.

Análisis de subgrupos

En el Cuadro 2 se indica que la proporción global de mujeres que han sido sometidas a abortos inducidos y que probablemente fueron hospitalizadas es aproximadamente igual entre las mujeres pobres urbanas y rurales -aproximadamente el 32-33%, o alrededor de un tercio de todas las mujeres que han obtenido un aborto. Sin embargo, como se esperaba, las mujeres no pobres de las zonas urbanas tienen mucho menos probabilidades de ser hospitalizadas (7%) y las mujeres no pobres de las regiones rurales también tienen menos probabilidades de ser hospitalizadas (14%).

Hubo una variación significativa entre todos los países, en todas las categorías. En cada subgrupo, la proporción de las mujeres con más probabilidades de ser hospitalizadas depende de tres factores, la proporción de las que asisten a cada tipo de fuente y la probabilidad de que las mujeres sean hospitalizadas por una complicación.

Cuadro 2. Porcentaje de mujeres que tienen un aborto inducido que se espera que necesitan hospitalización, según el lugar de residencia y condición económica; porcentaje ponderado de pacientes de aborto que se esperan que son hospitalizadas; y el multiplicador correspondiente; de acuerdo con el país, encuesta de opinión sobre la práctica de aborto del AGI, 1992

| País | Urbana | | Rural | | Total ponderado | Multi-plicador |
|--------------|-------------|------------|-------------|-------------|-----------------|----------------|
| | Pobre | No Pobre | Pobre | No pobre | | |
| Total | 32.0 | 7.4 | 33.1 | 14.1 | na | na |
| Brasil | 38.2 | 10.3 | 30.2 | 12.7 | 28.5 | 3.5 |
| Colombia | 24.5 | 4.6 | 27.4 | 9.3 | 18.1 | 5.5 |
| Chile | 37.5 | 3.8 | 45.0 | 9.0 | 23.8 | 4.2 |
| México | 25.3 | 10.1 | 31.1 | 21.0 | 26.1 | 3.8 |
| Perú | 23.1 | 3.3 | 27.1 | 20.0 | 20.3 | 4.9 |
| Rep. Dom. | 31.1 | 7.7 | 27.5 | 14.4 | 26.2 | 3.8 |

La tasa de hospitalización de Brasil correspondiente a las mujeres no pobres de las zonas urbanas (10%), por ejemplo, es sustancialmente más elevada que las de Colombia (5%), Chile (4%) o Perú (3%). La diferencia crucial es que la tasa de complicación corresponde a las mujeres no pobres que tuvieron un aborto por un médico fue más elevada en Brasil (11%) que en los otros países (4-6%). Si bien los médicos son los que practican abortos en su mayoría para las mujeres no pobres de las zonas urbanas de los seis países, en Brasil aproximadamente el 19% de dichas mujeres habían obtenido un aborto de una persona no adiestrada o trataron de inducir el aborto ellas mismas, una proporción más elevada que la que se registra en cualquiera de los países (5-15%). Se encuentra que hay una mayor probabilidad de complicaciones que requieren hospitalización entre las mujeres no pobres de zonas urbanas de México y de la República Dominicana; este es el resultado de tasas relativamente elevadas de complicaciones cuando un médico realiza el aborto (9% y 11%, respectivamente).

Como no disponíamos de datos confiables sobre la distribución de la población de acuerdo con los niveles de ingresos, ponderamos nuestros

cálculos con respecto a la condición de la pobreza utilizando a la educación como un sustituto, bajo la suposición de que las mujeres pobres son más propensas a tener bajos niveles de educación que aquellas no pobres (que por lo general representan niveles de escolaridad más elevados). En colaboración con los investigadores de cada

país, se determinó el número de años de escolaridad para determinar las categorías de pobres y no pobres; en algunos casos, estos niveles variaron de acuerdo con el lugar de residencia urbana o rural (véase anexo metodológico).

La proporción ponderada de todos los abortos inducidos que resultan en hospitalización (indicada en la penúltima columna del Cuadro 2) varía de mínimo del 18% en Colombia y del 20% en Perú a un máximo de 29% registrado en Brasil. Los valores correspondientes a Chile, México y la República Dominicana son muy similares, de alrededor del 24-26%. El nivel de hospitalización ligeramente más elevado registrado en Brasil, probablemente es provocado por la gran proporción de mujeres pobres de las zonas urbanas que posiblemente son asistidas por practicantes no especializadas, o por el hecho de que ellas mismas se inducen el aborto tomando medicamentos tales como el misoprostol; ambas medidas resultan en tasas más elevadas de complicaciones. Los niveles de hospitalización reflejan dos factores importantes y diferentes: la seguridad con la cual se realizan abortos en el país en general (incluido el efecto de la mezcla de tipos de proveedores) y el acceso que tienen las mujeres a los hospitales.

Cuadro 3. Cuatro cálculos de la tasa anual de aborto por cada 1.000 mujeres de 15-49 años del número anual de abortos inducidos, según país

| País y año | Tasa de aborto | | | | Número de abortos inducidos | | | |
|------------------|----------------|------|------|------|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Brasil (1991) | 22.8 | 26.9 | 38.1 | 53.3 | 866.003 | 1.020.931 | 1.443.339 | 2.020.674 |
| Colombia (1989) | 20.2 | 35.1 | 33.7 | 47.2 | 173.037 | 300.305 | 288.395 | 403.753 |
| Chile (1990) | 27.3 | 39.3 | 45.4 | 63.6 | 95.786 | 138.242 | 159.644 | 223.501 |
| México (1990) | 14.0 | 13.0 | 23.3 | 32.6 | 319.859 | 296.654 | 533.098 | 746.337 |
| Perú (1989) | 31.1 | 57.0 | 51.8 | 72.6 | 162.697 | 298.098 | 271.162 | 379.627 |
| Rep. Dom. (1992) | 26.2 | 30.9 | 43.7 | 61.2 | 49.493 | 58.349 | 82.489 | 115.484 |

Nota: el cálculo 1 utiliza un multiplicador de tres y la suposición del 25% de abortos relacionados a hospitalizaciones corresponden a abortos espontáneos; el cálculo 2 utiliza un multiplicador específico por país y la suposición biológica con respecto a la proporción de abortos que son espontáneos; el cálculo 3 utiliza un multiplicador de cinco y la suposición el 25% y el cálculo 4 usa un multiplicador del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), "América Latina: Proyecciones de Población, Años Calendarios, 1950-2000", Boletín Demográfico, No. 48, julio 1991; para Brasil, datos del censo de 1991 del Instituto Brasileiro de Geografía e Estatística, Anuário Estatístico do Brasil 1992, Cuadro 16,2 pág. 206.

En cada país, el multiplicador necesario para determinar el número total de abortos inducidos está basado en la proporción media ponderada de todos los abortos que probablemente resultarían en hospitalizaciones; estos multiplicadores varían de 3,5 (en Brasil) a 5,5 (en Colombia) y están dentro del marco general de multiplicadores comunes, aplicados en esta región del mundo (3-7). Las proporciones correspondientes a Colombia y Perú son muy similares (5,5 y 4,9 respectivamente), aunque son más elevadas que el promedio. Los multiplicadores basados en las encuestas correspondientes a la República Dominicana, México y Chile son muy similares (3,8-4,2), lo cual indica que los profesionales entrevistados en esos países indicaron una información muy similar. El multiplicador estimado para Brasil es más bajo de lo que se esperaba, la impresión de que las mujeres de las zonas urbanas tiene amplio acceso a los servicios de abortos suministrados en clínicas y que una elevada proporción de la población vive en los centros urbanos. El hecho de que estos cálculos están basados en muestras pequeñas también significa que tienen desviaciones relativamente elevadas y no pueden ser tomadas como valores precisos. Sin embargo, la uniformidad general de estos

cálculos basados en la encuesta justifican el uso de multiplicadores en el rango de 4-6.

En general, de acuerdo con los investigadores participantes, las opiniones de los entrevistados con respecto a la proporción de las mujeres que probablemente experimentarían complicaciones y la hospitalización reflejan una tendencia a concentrarse en los casos más severos, de manera que los cálculos pueden estar basados en situaciones peores a la normal. Este tipo de exageración también se encuentra en los cálculos expresados por los entrevistados, con respecto a la duración del tiempo que las mujeres hospitalizadas podrían permanecer en el hospital²⁸. El resultado de este sesgo es que los multiplicadores basados en la encuesta son probablemente demasiado bajos.

Estimaciones para cada país

Ahora podemos calcular un rango de estimaciones del número de abortos inducidos en cada país, mediante la aplicación de los cuatro multiplicadores -los basados en la nueva encuesta (del Cuadro 2) y los tres multiplicadores hipotéticos (tres, cinco y siete)- al número de hospitalizaciones correspondientes a abortos inducidos. Se puede combinar

estos cuatro multiplicadores con los cuatro ajustes basados en las suposiciones con respecto a la proporción de abortos espontáneos (Cuadro 1) para producir 16 cálculos del nivel de aborto inducido. (Como hacemos estimaciones de una actividad no documentada y clandestina, es razonable considerar un amplio margen de estimaciones dentro de las cuales coincide el verdadero nivel, en vez de tratar de calcular una estimación individual exacta).

Revisamos la serie completa de estimaciones correspondientes al Brasil (no indicado) y encontramos que la variación en el multiplicador es generalmente más importante para determinar el nivel estimado de aborto que la variación de la suposición relativa a los abortos espontáneos²⁹. De los 16 posibles cálculos, seleccionamos cuatro, basados (con una excepción) en el cálculo de 25% para los abortos espontáneos, porque consideramos que era una suposición más plausible que el de 33% o el de 15%. Más aún, en la mayoría de los seis países, el enfoque biológico produce proporciones de abortos espontáneos que son muy similares a aquellos calculados por medio del cálculo de 25%.

En el Cuadro 3 se presentan los cuatro cálculos seleccionados de la tasa de aborto por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 49 años, y el número absoluto de abortos inducidos que corresponden a cada una de esas cuatro tasas: °El cálculo 1 está basado en un multiplicador de tres y en una suposición de que el 25% de las hospitalizaciones son debidos a abortos espontáneos.

°El cálculo 2 está basado en un multiplicador de la encuesta correspondiente a cada país específico y en la suposición biológica realizada para estimar la proporción de abortos espontáneos.

°El cálculo 3 se basa en un multiplicador de cinco y en la suposición del 25%.

°El cálculo 4 está basado en un multiplicador de siete y la suposición del 25%.

Salvo algunas excepciones³⁰ estos cálculos aumentan consistentemente de abajo hacia arriba, y como es de esperar, abarcan un rango relativamente amplio que debería incluir el nivel "verdadero" de aborto en cada país. Si bien las tasas y los números basados en un multiplicador de tres (cálculo 1) establecen un límite mas bajo para el rango, es probable que el multiplicador para cualquiera de estos países no fuera tan bajo durante finales de los años 80 y los años 90 debido a que este multiplicador probablemente refleja condiciones anteriores de la práctica del aborto. Sin embargo, este nivel puede caracterizar algunos subgrupos de la población, tales como las mujeres de zonas rurales, que pueden experimentar una dificultad mayor que el promedio en obtener un aborto seguro.

Además, es probable que el cálculo 2 sea subestimado, tomando en cuenta el sesgo potencial en las respuestas de los médicos a la encuesta del AGI de 1992. El cálculo 3, el cual está basado en la suposición media relativa a los abortos espontáneos y al multiplicador medio (cinco), puede estar más cerca de la realidad en la mayoría de los seis países, por lo menos durante el período de los años 80 y a principios de los 90.

Los cálculos basados en el multiplicador de siete (cálculo 4) parecen ser demasiado elevados para los niveles nacionales (excepto en el caso de México, donde el cálculo 4 produce una tasa anual de 32,6 abortos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 49 años). Sin embargo, las tasas tan elevadas (o aún mayores) pueden ser vistas en algunas regiones de ciertos países de América Latina, por ejemplo, algunas regiones metropolitanas en las cuales los servicios de aborto se obtienen fácilmente y lo realizan practicantes médicos adiestrados.

Creemos que el cálculo 3 representa el nivel nacional más probable de aborto correspondiente a estos seis países. El multiplicador de cinco es apoyado por los multiplicadores basados en la encuesta: si bien estos factores varían entre 3,5 y 5,5 (con un punto medio de aproximadamente 4,5), se considera que tienen un sesgo conservador, por lo tanto, sería más realista suponer un multiplicador moderadamente más elevado (cinco). Las tasas producidas por el cálculo 3 están comprendidas dentro de un rango general que no parecería excepcional en estos países, donde el aborto es ilegal aunque ampliamente disponible. Sin embargo, la situación en Colombia y Perú puede ser algo diferente de la sugerida por los datos producidos por el cálculo 3. En el caso de Colombia, el mejor cálculo puede estar entre el 3 y 4, debido a que aún el multiplicador conservador basado en la encuesta fue superior a cinco; por otro lado, los mejores cálculos del Perú probablemente se radican entre los cálculos 2 y el 3, debido a que el acceso a los hospitales es un factor más importante en Perú que en ninguno de los otros cinco países.

Si consideramos que el cálculo 3 es el nivel de aborto más representativo, en ese caso México cuenta con la tasa anual de aborto más baja de todos estos países (23,3 abortos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 49 años) y Perú la más elevada (51,8 abortos por cada 1.000 mujeres). Si bien la tasa de México es la más baja, de ninguna manera es insignificante; por ejemplo, la tasa anual comparable correspondiente a los Estados Unidos es de 27,3 por cada 1.000 mujeres entre 15 y 44 años³¹. La tasa anual más elevada del Perú no llama la atención tomando en cuenta la reciente disminución rápida de la fecundidad ocurrida en ese país y la prevalencia aún muy elevada de métodos anticonceptivos ineficaces. Las tasas correspondientes a los otros cuatro países están a un nivel moderadamente alto, de aproximadamente 34-45 abortos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 49 años.

Una forma útil para interpretar las tasas de aborto es considerar que ellas indican el porcentaje de mujeres en edad reproductiva que tienen un aborto en un año. (Esto resulta un poco exagerado, debido a que algunas mujeres tienen más de un aborto en un año determinado). Al multiplicar esta tasa promedio anual por 35 (para cubrir los cinco años de edad reproductiva de la mujer entre los 15 y 49 años) podemos luego convertirlo en un cálculo de la tasa global de aborto (el número promedio de abortos que una mujer tendrá durante su vida si persisten los niveles actuales). Los datos del cálculo 3 indican que el promedio de una mujer será de entre 0,8 abortos (en México) a casi 2,0 abortos (en Perú) durante su vida. (En comparación, en los Estados Unidos la tasa global de aborto es de aproximadamente 1,0, y en un país como los Países Bajos, puede ser tan bajo como 0,2)³².

En el Cuadro 3 también se indica, correspondiente a cada país, el número total estimado de abortos bajo las cuatro hipótesis alternativas. Si bien el número para cada país refleja las variaciones en cuanto al tamaño de la población, estos igualmente son útiles, tanto para describir el nivel de aborto en la región de América Latina como para examinar las diferencias relativas entre uno de los países. Por lo tanto, con base en el cálculo 3, encontramos que se realizaron 2,8 millones de abortos en los seis países durante 1990. Tomando en cuenta la población de la región, este cálculo implica que se realizan aproximadamente cuatro millones de abortos anuales en América Latina, una estimación regional que es esencialmente la misma que han realizado otros, usando una metodología diferente, durante mediados de la década de los años 80³³. También es importante señalar que mientras la población del Brasil es casi el doble de la de México, el número de abortos que se realizan es casi tres veces superior (1,4 millones contra 553.000). Por otro lado, el número estimado de abortos correspondientes a Co-

Colombia y Perú es aproximadamente igual, aún cuando la población de Colombia es sustancialmente más numerosa.

Otras medidas del nivel del aborto

En el Cuadro 4 se presentan los cálculos de las cifras de abortos por cada 1.000 habitantes, por cada 1.000 nacimientos vivos y por cada 1.000 embarazos. (Para los fines de este análisis, se

falta completa de anticonceptivos, se necesita realizar aproximadamente 2,5 abortos para evitar un nacimiento³⁴, estos datos sugieren que los abortos inducidos reducen anualmente la tasa de natalidad de estos seis países en aproximadamente 2-6 nacimientos por cada 1.000 habitantes.

El cálculo 3 también indica que en Brasil, por ejemplo, hay 444 abortos cada año por cada 1.000 nacimientos vivos y que el 31% de todos los embarazos -308 de cada 1.000- terminan en un aborto. La relación entre los abortos y los nacimientos vivos varía de un mínimo de 207 por cada 1.000 en México a una relación elevada de 547 por cada 1.000 en Chile; la proporción de embarazos que terminan en abortos varía entre el 17% en México al 35% en Chile. Sobre la base de estas dos medidas, Chile parece presentar el nivel más elevado de aborto seguido por Brasil y luego

Perú; la República Dominicana y Colombia los siguen a cierta distancia, en tanto que México parece ser el que presenta el nivel más bajo de aborto.

Cuadro 4. Dos cálculos del número de abortos por cada 1.000 habitantes, 1.000 nacimientos vivos y 1.000 embarazos, según país

| País y año | Por 1.000 habitantes | | Por 1.000 nacimientos | | Por 1.000 embarazos* | |
|--------------|----------------------|---------|-----------------------|---------|----------------------|---------|
| | Cál. 1° | Cál. 3° | Cál. 1° | Cál. 3° | Cál. 1° | Cál. 3° |
| | Brasil (1991) | 5.9 | 9.8 | 266.5 | 444.1 | 210.4 |
| Colombia () | 5.3 | 8.9 | 211.0 | 351.7 | 174.3 | 260.2 |
| Chile (1990) | 7.3 | 12.1 | 327.9 | 546.5 | 246.9 | 353.4 |
| México (19) | 3.6 | 6.1 | 124.0 | 206.7 | 110.3 | 171.3 |
| Perú (1989) | 7.7 | 12.8 | 256.5 | 427.6 | 204.2 | 299.5 |
| Rep. Dom. | 6.6 | 11.0 | 232.4 | 387.3 | 188.6 | 279.2 |

*La suma de nacimientos vivos y abortos inducidos. °Utiliza un multiplicador de tres y supone que el 25% de las pacientes hospitalizadas por un aborto sufrieron un aborto espontáneo.
 °°Utiliza un multiplicador de cinco y supone que el 25% de las pacientes hospitalizadas por un aborto sufrieron un aborto espontáneo. Fuentes: Población-CELADE, 1991 (véase Cuadro 3); nacimientos-CELADE, 1991 (véase Cuadro 3), excepto para Brasil, Chile y Perú, para los cuales se utilizaron las estimaciones oficiales del gobierno.

define los embarazos como el total de nacimientos vivos y de abortos inducidos). Aquí presentamos sólo dos estimaciones, el cálculo mínimo (cálculo 1, basado en un multiplicador de tres) y el cálculo más pausable (cálculo 3, basado en un multiplicador de cinco). Si bien el cálculo 3 es la medida preferida a nivel nacional, también presentamos el cálculo 1 como una indicación de los niveles para aquellos subgrupos (o zonas geográficas dentro de cada país) que tienen menos acceso que el promedio de la población a los servicios adecuados de aborto.

Con respecto al cálculo 3, la tasa de aborto varía entre una tasa mínima de 6,1 por cada 1.000 habitantes en México a la más elevada de 12,8 por cada 1.000 en Perú. Debido a que dada una

Análisis de la conducta reproductiva

Mediante el uso del cálculo 3 del número de abortos por cada 1.000 embarazos, en el Cuadro 5 indicamos la distribución porcentual de todos los embarazos de acuerdo con si eran no deseados (por ejemplo, que terminaron en un aborto o en un nacimiento no deseado) o deseados (que finalizaron en un nacimiento deseado). En todos los países excepto Chile, pudimos derivar datos acerca de la planeación

Act. 20 2006. F174

Cuadro 5. Distribución porcentual de embarazos, no deseados y deseados*, de acuerdo con el país

| País y año | No deseados | | | Deseados | Total |
|-------------------------------------|-------------|-------------------|-------------|----------|-------|
| | Todos | Abortos inducidos | Nacimientos | | |
| Brasil (1991) | 53.8 | 30.8 | 23.1 | 46.2 | 100.0 |
| Colombia (1989) | 49.9 | 26.0 | 23.9 | 50.1 | 100.0 |
| Chile (1990) ^o | 56.5 | 35.3 | 21.1 | 43.5 | 100.0 |
| México (1990) | 39.9 | 17.1 | 22.8 | 60.1 | 100.0 |
| Perú (1989) | 59.7 | 30.0 | 29.8 | 40.3 | 100.0 |
| Rep. Dom (1992) | 47.9 | 27.9 | 20.0 | 52.1 | 100.0 |
| Estados Unidos (1988) ^{oo} | 57.3 | 28.9 | 28.4 | 42.8 | 100.0 |

* Los embarazos son definidos como la suma de los nacimientos vivos y los abortos inducidos
 La proporción de la TCF que se estimó como no deseada, a mediados de los años 80, se presumió para fines de la década de los 80 y primeros años de los 90, período para el cual los cálculos del número de abortos se encontraban disponibles. Los nacimientos no deseados son aquellos que exceden el número de hijos que la entrevistada indicó como ideal.
^o Con respecto a Chile, la proporción promedio de TCF que no es deseada se supone que es la misma que existe en los cinco países con encuestas EDS. ^{oo} Los datos correspondientes a los Estados Unidos están basados en una definición de la planeación de los embarazos en la cual tanto los embarazos fuera de tiempo como los no deseados son considerados como no planeados. Por lo tanto, el 57,3% de los embarazos de los Estados Unidos son no deseados o no planeados. Fuentes: Proporción de nacimientos no deseados: C.F. Westoff, Reproductive Preferences: A Comparative View, Institute for Resource Development, Encuestas demográficas y de Salud, comparative Studies No. 3, Columbia, Md., 1991, Cuadro 5.1, pág. 15; número de nacimientos: CELADE, 1991 (véase Cuadro 3), excepto para Brasil, Chile y Perú, para los cuales se utilizaron los cálculos oficiales del gobierno; número de abortos: Cuadro 4, última columna; datos de E.E.U.U.: J.D. Forrest y S. Singh, "The Sexual and Reproductive Behavior of American Women, 1982-1988", Family Planning Perspectives, 22: 206-214, Cuadro 10.

los otros cinco países y aplicamos esta proporción a los datos de Chile sobre abortos y nacimientos.

Los datos indican que un porcentaje tan alto como el 60% de los embarazos en el Perú son no deseados, en forma similar, el 54-57% en Brasil y Chile, y un poco menos, 48-50%, en la República Dominicana y Colombia. La proporción más baja de embarazos no deseados se registra en México (40%). Entre la mitad y los dos tercios de los embarazos no deseados en estos países son terminados mediante el aborto; la única excepción es México, donde los abortos alcanzan algo menos de la mitad de todos los embarazos no deseados. En general,

de los nacimientos con base en los datos de las EDS. Los nacimientos ocurridos durante los dos años previos a las encuestas fueron clasificados como no deseados, si el número de nacimientos excedía la cantidad de hijos que la entrevistada indicó que desearía tener. Si bien la proporción lograda de hijos no deseados correspondía a mediados de la década de los años 80, aplicamos esta proporción a los niveles de reproducción vigentes en los últimos años de la década de los 80 y los primeros de los años 90 (para equiparar el período para el cual se recabaron datos sobre abortos), con base en la suposición de que la proporción básica de nacimientos no deseados no cambiaría mucho dentro de unos pocos años. Como consecuencia, los resultados que se indican en el Cuadro 5 deberían tomarse sólo como estimaciones sobre la situación general y no como valores exactos. Además, como no tenemos conocimiento sobre la planeación de los nacimientos entre las chilenas, hicimos un promedio de la proporción de nacimientos no deseados correspondiente a

general, aproximadamente del 20% al 24% de todos los embarazos conducen a nacimientos no deseados (30% en Perú). Como resultado de ello, solamente alrededor del 40-52% de todos los embarazos resultan en nacimientos deseados excepto en México, donde esta proporción es del 60%. Muchos de estos datos son sorprendentemente similares a los niveles que se observan en los Estados Unidos, a pesar de las diferencias del desarrollo socioeconómico de estos países. (Es importante señalar, sin embargo, que los datos sobre abortos en América Latina son cálculos basados en una serie de suposiciones, en tanto que los datos correspondientes a los Estados Unidos se derivan de datos recogidos sobre abortos que son representativos a nivel nacional).

Análisis

Si bien el contexto dentro del cual muchas mujeres de América Latina recurren al aborto inducido puede ser descrito aquí solamente en

forma general, es sin embargo, importante analizar algunos de los principales factores que contribuyen a los elevados niveles de aborto inducido. Las encuestas EDS llevadas a cabo a finales de la década de los 80 y a principios de los 90, son una fuente particularmente rica de información, en tanto que una encuesta más pequeña realizada en Chile en 1989 revela datos importantes con relación a ese país³⁵.

Como se indica en el Cuadro 6, muchos factores que contribuyen a los embarazos no planeados se encuentran los seis países examinados. Por ejemplo, si bien actualmente la tasa global de fecundidad (TGF) de cada país ha disminuido a 4,0 nacimientos o menos por mujer, aproximadamente la tercera parte de los nacimientos recientes ocurrieron a mujeres que habían indicado que ya tenían el número de hijos deseados. La fecundidad no deseada más elevada se encuentra en el Perú (43% de la fecundidad global), el país con la tasa de aborto más elevada.

Más aún, del 48% al 62% de las mujeres en cinco de los países analizados indicaron que su embarazo actual no había sido planeado.

Además, algunos países indican elevados niveles de no uso de anticonceptivos o de uso de métodos menos eficaces. La necesidad insatisfecha varía entre el 19% de todas las mujeres entre 15 y 44 años en la República Dominicana al 34% en el Perú³⁶. En la República Dominicana, donde la necesidad insatisfecha es la más baja, el 25% de todas las mujeres están esterizadas, en tanto que en el Perú, donde la necesidad insatisfecha es más elevada, solamente el 5% están esterilizadas y el 18% se encuentra utilizando otros métodos de anticonceptivos (la mayoría métodos tradicionales -y relativamente ineficaces- tales como la abstinencia periódica y el retiro, junto con un pequeño número de mujeres que utilizan métodos de barrera).

En el Cuadro 6 también se sugiere que la píldora quizás no es un método muy popular en América Latina. Si bien el 28% al 50% de todas las mujeres de Brasil, Colombia, México y la República Dominicana han utilizado la píldora alguna vez, solamente del 6% al 17% acualmente lo están tomando. Al realizar un análisis especial de los datos recopilados por las EDS de los cinco países, se indica que del 31% al 48% de las usuarias de la píldora que han suspendido el uso durante los últimos cinco años indicaron que lo hicieron debido a problemas relacionados con la salud o efectos secundarios.

Los datos de las EDS ofrecen cierta información relacionada con la probabilidad del riesgo de embarazos no planeados entre las mujeres que no se encuentran en unión: entre el 9% (en México) y el 19% (en Colombia) de las mujeres que actualmente no se encuentran en unión, ya habían estado en una unión o han sido sexualmente activas. Las proporciones de mujeres que no se encontraban más en unión pero que lo habían hecho anteriormente variaba del 5-7% en Brasil, Chile, México y Perú, al 11% en Colombia y al 15% en la República Dominicana. Otras (particularmente aquellas de entre 15 y 19 años) nunca habían estado casadas pero habían tenido relaciones sexuales; esta tasa fue particularmente elevada (13%) en Chile.

Si bien no todas estas mujeres son propensas a encontrarse sexualmente activas en la actualidad, la variación relativa entre los diferentes países con respecto al tamaño implica que los países difieren de acuerdo con el número de mujeres no casadas expuestas a embarazos no planeados y, consecuentemente, potencialmente expuestas a la necesidad de un aborto. Las encuestas también indicaron que la gran mayoría de las mujeres no casadas que dijeron que eran sexualmente activas no estaban utilizando ningún método anticonceptivo.

Los datos indicados en el Cuadro 6 señalan en forma convincente las condiciones bajo las cuales las mujeres en estos seis países podían recurrir al aborto inducido en los niveles indicados por este estudio. Su deseo de limitar los partos es muy elevado; los embarazos de más de la mitad de las mujeres actualmente embarazadas no son planeados; entre la cuarta

parece ser problemático para muchas mujeres de la región y se debería explorar más por qué ocurre esto?. Finalmente, la necesidad insatisfecha de anticoncepción entre las mujeres que actualmente no se encuentran en unión pero que son sexualmente activas (especialmente las adolescentes solteras) es un problema que no ha sido suficientemente

abordado por los encargados de las decisiones políticas en América Latina y por los prestadores de servicios de planificación familiar³⁷.

Si bien, ningún país tiene elevados niveles de todos estos factores influyentes, a cierto nivel todos comparten la mayoría de ellos. Es difícil decir cuál de ellos es el más importante, aunque los factores que mantienen una relación fuerte y constante en todos los países, parecen ser los elevados niveles de necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar, los altos niveles de motivación para lograr una familia pequeña y los

elevados niveles de discontinuación de uso de anticonceptivos.

Conclusión

Nuestro artículo amplía el alcance metodológico y geográfico de trabajos previos de investigación, se basa en estimaciones de abortos inducidos correspondientes a cada país con base en estadísticas actualizadas sobre casos de abortos donde las pacientes fueron

Cuadro 5. Distribución porcentual de embarazos, no deseados y deseados*, de acuerdo con el país

| País y año | No deseados | | | Deseados | Total |
|-------------------------------------|-------------|-------------------|-------------|----------|-------|
| | Todos | Abortos inducidos | Nacimientos | | |
| Brasil (1991) | 53.8 | 30.8 | 23.1 | 46.2 | 100.0 |
| Colombia (1989) | 49.9 | 26.0 | 23.9 | 50.1 | 100.0 |
| Chile (1990) ^o | 56.5 | 35.3 | 21.1 | 43.5 | 100.0 |
| México (1990) | 39.9 | 17.1 | 22.8 | 60.1 | 100.0 |
| Perú (1989) | 59.7 | 30.0 | 29.8 | 40.3 | 100.0 |
| Rep. Dom. (1992) | 47.9 | 27.9 | 20.0 | 52.1 | 100.0 |
| Estados Unidos (1988) ^{oo} | 57.3 | 28.9 | 28.4 | 42.8 | 100.0 |

*Los embarazos son definidos como la suma de los nacimientos vivos y los abortos inducidos
 La proporción de la TGF que se estimó como no deseada, a mediados de los años 80, se presumió para fines de la década de los 80 y primeros años de los 90, período para el cual los cálculos del número de abortos se encontraban disponibles. Los nacimientos no deseados son aquellos que exceden el número de hijos que la entrevistada indicó como ideal.
^oCon respecto a Chile, la proporción promedio de TGF que no es deseada se supone que es la misma que existe en los cinco países con encuestas EDS. ^{oo}Los datos correspondientes a los Estados Unidos están basados en una definición de la planeación de los embarazos en la cual tanto los embarazos fuera de tiempo como los no deseados son considerados como no planeados. Por lo tanto, el 57,3% de los embarazos de los Estados Unidos son no deseados o no planeados. Fuentes: Proporción de nacimientos no deseados: C.F. Westoff, *Reproductive Preferences: A Comparative View*, Institute for Resource Development, Encuestas demográficas y de Salud, comparative Studies No. 3, Columbia, Md., 1991, Cuadro 5.1, pág. 15; número de nacimientos: CELADE, 1991 (véase Cuadro 3), excepto para Brasil, Chile y Perú, para los cuales se utilizaron los cálculos oficiales del gobierno; número de abortos: Cuadro 4, última columna; datos de E.E.U.U.: J.D. Forrest y S. Singh, "The Sexual and Reproductive Behavior of American Women, 1982-1988", *Family Planning Perspectives*, 22: 206-214, Cuadro 10.

parte y los dos quintos de su fecundidad global no es deseada; y es elevada su necesidad insatisfecha de servicios anticonceptivos. Además, aún las mujeres que practican la anticoncepción tienen pocas opciones de elegir distintos métodos. En la República Dominicana, es muy elevada la práctica de la esterilización, aunque éste no es un método ideal para un país donde muchas mujeres viven en uniones consensuales, las cuales tienen elevadas probabilidades de disolver. El uso de la píldora

hospitalizadas, y se corrige más cuidadosamente el número de hospitalizaciones que fueron causadas por abortos inducidos correspondientes a dos importantes fuentes de distorsión (datos incompletos y erróneos). Así mismo, refinamos y ampliamos las suposiciones detrás de la determinación de la proporción de mujeres propensas a haber sido hospitalizadas por abortos espontáneos, y ofrecemos un amplio margen de cálculos posibles de los niveles de aborto en estos seis países. Más aún, nos ha sido posible crear un multiplicador diferente para cada país de la base de información recogida sobre las circunstancias particulares en las cuales se realiza el aborto inducido en cada uno de los seis países. Además, presentamos cálculos actualizados sobre los niveles de aborto en Brasil, Colombia y Perú, y cálculos totalmente nuevos para Chile, México, y la República Dominicana.

Los resultados indican que los niveles de aborto continúan siendo elevados en todos los países, a pesar del aumento constante de los niveles de la prevalencia de anticonceptivos. Los números totales de mujeres que han sido tratadas por complicaciones relacionadas con el aborto inducido en los hospitales, solamente en estos seis países (aproximadamente 550.000 mujeres anualmente) señalan que existe un problema de salud (y un problema de recursos de salud) de gran envergadura. En varios países, las complicaciones de aborto son la segunda causa más importante de hospitalización (después del parto) y en el resto de los países este factor se encuentra entre las cinco causas principales. Además, en estos seis países objeto de estudio se realizan aproximadamente 2,8 millones de abortos inducidos anualmente. Si se utiliza esta cifra en forma comparativa en la región total de América Latina, se puede estimar que anualmente se realizan aproximadamente cuatro millones de abortos inducidos en la región. Estos datos sugieren que el aborto continúa

desempeñando un papel significativo en el control de la fecundidad en América Latina.

A pesar de la variación entre los niveles en los seis países, una conclusión general es que el aborto inducido es un medio importante de control de fecundidad. En términos absolutos, los niveles observados en la mayoría de estos países no son tan elevados como los registrados en Cuba o en varios países de Europa Oriental. Sin embargo, se reconoce que las tasas de aborto inducido en Europa Oriental son entre las más elevadas del mundo. Por ejemplo, se cree que a mediados de la década de los años 70, la tasa global de aborto era un poco superior al 2,0 en Bulgaria, Rumania y Yugoslavia, y de 5-7 en la ex-Unión Soviética³⁸. Estas tasas continuaron en los mismos niveles aún hasta mediados de la década de los años 80³⁹.

Los resultados de este estudio sugieren que existe la necesidad de realizar un trabajo de investigación más profundo sobre las razones por las cuales las mujeres de América Latina no practican la anticoncepción, fallan en el uso de anticonceptivos o dejan de utilizar su método seleccionado, porque estos problemas conducen a un elevado número de embarazos no deseados, muchos de los cuales son terminados en abortos clandestinos no seguros. Hasta que se aborden estos problemas es probable que los niveles de aborto en toda América Latina continuarán siendo elevados, aún cuando el procedimiento permanezca siendo oficialmente ilegal y las tasas de prevalencia de anticoncepción continúen aumentando.

Anexo metodológico

Estimaciones de abortos espontáneos

°Cálculo indirecto basado en la distribución biológica de abortos espontáneos. Los cálculos anteriores de la proporción de hospitalizaciones por abortos que fueron espontáneos⁴⁰, se basaron en los resultados de embarazos

registrados entre las mujeres que participaron en una organización de mantenimiento de salud en California⁴¹. Utilizamos una distribución basada en mujeres de los países desarrollados no solamente porque no existía este tipo de estudio de los países en desarrollo, sino porque las probabilidades de aborto espontáneo son generalmente reconocidas como un fenómeno biológicamente determinado (por ejemplo, es relativamente invariable bajo un amplio rango de condiciones de salud y ambientales).

Con base en la distribución de pérdidas de embarazos recogidas del estudio realizado en California, estimamos que el equivalente del 2,48% de todos los nacimientos vivos se perdieron entre las 17 y 27 semanas de gestación. Las pérdidas a las 28 semanas o posteriormente son clasificadas como mortinatos y por eso se excluyeron de nuestros cálculos de ajuste. Como no teníamos información acerca de la probabilidad de hospitalización, supusimos que todas las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo a las 17-27 semanas serían hospitalizadas.

Uno de nuestros cálculos en este artículo se basa en la misma metodología que utilizamos anteriormente, a la cual hicimos algunas modificaciones. En primer lugar, disminuimos el periodo máximo de gestación en el cual el resultado de un embarazo podría ser considerado un aborto espontáneo de 27 a 22 semanas, porque las hospitalizaciones por aborto examinadas para este proyecto fueron específicas con respecto a los códigos 630-639 del CIE-9, los cuales solamente incluyen embarazos de hasta 22 semanas, mientras que las muertes de fetos a las 23 semanas o después se codifican por separado (código 656,4).

En segundo lugar, redujimos el mínimo de gestación de 17 a 13 semanas. La mayoría de los profesionales en salud que participaron en esta encuesta sobre la práctica del aborto consideraron que una alta proporción de mujeres

que experimentaban abortos espontáneos serían hospitalizadas en todas las semanas de gestación. Pero tales estimaciones son poco probables, porque si se las aplican a la población y los números de nacimientos reales, el número de hospitalizaciones por complicaciones de aborto espontáneo sería mucho mayor que el número total de mujeres que son realmente hospitalizadas por causas relacionadas a todo tipo de abortos. Creemos que resulta razonablemente un mínimo de gestación de 13 semanas.

Además, como no contábamos con la información sobre el acceso de mujeres al hospital, supusimos en los cálculos anteriores que todas las mujeres que sufrían de aborto espontáneo a las 17-27 semanas serían hospitalizadas. En el estudio actual, equiparamos la proporción de mujeres que son hospitalizadas por abortos espontáneos con la proporción de aquellas que son hospitalizadas para dar a luz. En datos recogidos recientemente por las EDS, se indica que la proporción de mujeres que dieron a luz durante los cinco últimos años, cuyo parto fue atendido por personal médico adiestrado fue del 54,5% en el Perú, 73,6% en México, 80,6% en Colombia, 84,7% en Brasil y 92,4% en República Dominicana. En el caso de Chile presumimos que tomando en cuenta que la mayoría de los partos se realizan con atención médica moderna, es razonable considerar que el nivel de hospitalización correspondiente a los abortos espontáneos sería del 97%.

Enfoque directo con base en los datos de la FLASOG.

La metodología utilizada por la OMS incluye toda la información médica y reproductiva disponible para clasificar a las pacientes hospitalizadas por aborto en cuatro categorías: abortos inducidos comprobados con base en pruebas físicas o a declaraciones de las

pacientes; abortos probablemente inducidos con base en aquellas que no correspondían a la categoría anterior pero que sufrían de una sepsis y/o se encontraban utilizando anti-conceptivos en el momento de la concepción o declararon que el embarazo no era deseado; abortos prosiblemente inducidos con base en aquellos casos que no corresponden a las categorías anteriores pero que o sufrían una sepsis o utilizaban anticonceptivos o indicaron que el embarazo era no deseado; y todos los otros casos con base en aquellos cuyas condiciones no correspondían a ninguno de los grupos anteriores (por ejemplo, potenciales pacientes de aborto espontáneo).

Nosotros consideramos las primeras tres categorías, la cuales se extienden desde "ciertamente" a "posiblemente" inducidos, para representar los abortos inducidos. Se considera que la cuarta categoría representa los abortos espontáneos; la proporción del total de pacientes (8.589) entrevistadas para el estudio de la FLASOG que están comprendidas dentro de esta categoría alcanzan a un promedio del 32,7% para los cuatro países (y 33,4% para Colombia).

Cálculo de un multiplicador

Calculamos la proporción global de mujeres que tenían un aborto y que tenían posibilidades de ser hospitalizadas por complicaciones, usando datos cuantitativos recogidos con base en las preguntas formuladas durante la encuesta sobre la práctica de aborto. Se les formuló a los entrevistados preguntas por separado sobre mujeres pobres de zonas urbanas, no pobres de zonas urbanas, pobres de zonas rurales y no pobres de zonas rurales, porque generalmente se reconoce que las condiciones bajo las cuales las mujeres obtienen abortos varía significativamente de acuerdo con sus ingresos y posibilidades de pago y con su acceso físico a este servicio. (Se esperaba que los

entrevistados basaran sus respuestas en percepciones generales de nivel socioeconómico de estos grupos, debido a que las definiciones cuantitativas de pobre y no pobre no existen en la mayoría de estos países). Debido a que muchos de los entrevistados tenían un menor conocimiento sobre las zonas rurales que sobre las zonas urbanas, se les instruyó que no contestaran las preguntas sobre las mujeres de las zonas rurales, si así correspondiera. Muchos de los entrevistados consideraron que las mujeres no pobres de las zonas rurales era un grupo muy pequeño y no dieron estimaciones con respecto a este agrupo, expresando que su conducta con respecto a la asistencia médica sería similar a la de las mujeres no pobres de las zonas urbanas.

Para cada uno de los cuatro subgrupos de población, se preguntó a los entrevistados sobre la proporción de mujeres que procuraban un aborto inducido de cada una de las tres categorías principales de fuentes de aborto (médicos, enfermeras o parteras adiestradas, y practicantes no adiestradas o la propia paciente); también se les solicitó que indicaran, para cada uno de las tres fuentes, la probabilidad de que una complicación médica podría resultar y, para las fuentes en general, la probabilidad de que una mujer fuera hospitalizada si sufría una complicación médica.

La información obtenida con estas preguntas luego fue utilizada para calcular un multiplicador para cada país. En primer lugar, las proporciones de mujeres propensas a haber obtenido un aborto de cada uno de los tres tipos de fuentes se multiplicó por la proporción correspondiente en el subgrupo de esa población que tenían probabilidades de haber sufrido una complicación. De esta manera, con respecto a las mujeres pobres de las zonas urbanas, por ejemplo, la proporción de esas mujeres que recibían un aborto de un médico se multiplicó por la probabilidad de que un aborto realizado

por un médico resultaría en una complicación.

Luego, las tres proporciones de mujeres sufriendo una complicación debido al aborto para cada fuente fueron sumadas para lograr una proporción total de la probabilidad de sufrir una complicación, para cada subgrupo de la población. luego calculamos la proporción de mujeres en cada subgrupo que experimentaron complicaciones de aborto y que eran propensas a ser hospitalizadas, multiplicando la proporción de cada subgrupo que había tenido complicaciones por la proporción que probablemente será hospitalizada en cada subgrupo, con base en las opiniones de los entrevistados.

Ponderación de acuerdo con el nivel de educación

Las mujeres con un bajo nivel de educación o sin escolaridad fueron consideradas como mujeres pobres, y aquellas con un nivel moderado o alto de educación fueron consideradas no pobres. Para la distribución de la población según el nivel de educación y lugar de residencia, utilizamos los datos de las EDS correspondientes a todos los países, excepto Chile. También decidimos basar la distribución de las mujeres en las que habían tenido un hijo durante los últimos cinco años, porque este grupo de mujeres era el más propenso a haber tenido un aborto. Las mujeres fueron distribuidas de acuerdo con cuatro grupos que sumaba el 100%-residentes en zonas rurales. en el caso de Chile, dos encuestas realizadas en 1989 (por ser separado en las zonas urbanas y

Cuadro 1 del Anexo. Distribución porcentual de mujeres, según el lugar de residencia y nivel de educación, por país

| País | Residencia urbana | | Residencia rural | | Total |
|-----------|-------------------|----------------|-------------------|-----------------------------|-------|
| | Menos educación* | Más educación° | Menos educación** | Más educación ^{oo} | |
| Brasil | 45.7 | 24.0 | 27.5 | 2.8 | 100.0 |
| Colombia | 34.3 | 31.2 | 29.4 | 5.2 | 100.0 |
| Chile | 43.0 | 39.0 | 13.5 | 4.5 | 100.0 |
| México | 57.9 | 7.8 | 33.9 | 0.4 | 100.0 |
| Perú | 35.6 | 20.6 | 41.9 | 1.7 | 100.0 |
| Rep. Dom. | 46.5 | 13.3 | 38.5 | 1.7 | 100.0 |

*Brasil: <=7 años; Colombia: <=5 años; Chile: media incompleta o menos (<8 años, aproximadamente); México y Perú: <=10 años; República Dominicana: <=9 años. **Brasil: >=8 años; Colombia: >=6 años; Chile: media completa o superior (>8 años, aproximadamente); México y Perú: >=11 años; República Dominicana: <=9 años; México y Perú: <=10 años. ^{oo}Brasil y Colombia: >=6 años; Chile: media completa o superior; República Dominicana: >=10 años; México y Perú >=11 años. Fuentes: Para Brasil, Colombia, México, Perú y República Dominicana-datos de las EDS (véase referencia 3); y para Chile, datos de la APROFA (véase referencia 4).

rurales) fueron ponderadas en forma adecuada para reflejar la diferencia urbana-rural en el total de la población; con base en estos datos, pudimos calcular la distribución de la población de mujeres en edad reproductiva en cuatro grupos equivalentes a los antes denominados. La distribución porcentual de mujeres de acuerdo con el nivel de educación en cada país se indica en el Cuadro 1 del Anexo.

Finalmente, combinamos estos datos con los cálculos de las proporciones de pacientes hospitalizadas para los cuatro subgrupos de población. Con relación a cada país, la suma de los productos de los pares de los valores correspondientes a los cuatro subgrupos fue la proporción ponderada promedio de todas las mujeres que habían tenido un aborto con probabilidades de ser hospitalizadas para el tratamiento de complicaciones.

Referencias

¹Susheela Sing es directora asociada de investigación y Deidre Wulf es coordinadora de proyectos del Alan Guttmacher Institute, Nueva York. Las autoras agradecen la colaboración de los investigadores por su invaluable contribución al estudio en que se basó este artículo: Brasil-Sarah H. Costa y Mario Monteiro; Colombia-Elena Prada; Chile-Mónica Weisner; México-Leopoldo

Núñez Fernández y Silvia Llera; Perú-Delicia Ferrando; y República Dominicana-Denise Paiewonsky. Las autoras, asimismo agradecen a Carlos Indocochea y Carlos Siqueira por su invaluable asistencia durante los viajes realizados en 1992. También se reconoce y agradece la asistencia de Ethel Brooks en los trabajos de investigación y administración. Las autoras reconocen la asistencia del personal de las oficinas gubernamentales en cada uno de los países al poner a disposición los datos necesarios, y a las 197 personas entrevistadas en la encuesta de opinión sobre la práctica de aborto que se realizó en los seis países. El financiamiento de este proyecto fue suministrado por la John D. y Catherine T. MacArthur Foundation, con apoyo adicional de la Jessie Smith Noyes Foundation y de la Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz del Estado de Río de Janeiro, Brasil.

²S. Sing y D. Wulf, "Cálculo de los Niveles de Aborto en el Brasil, Colombia y el Perú, a Base de Datos Hospitalarios y de Encuestas de Fecundidad", *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1991, págs. 14-19 & 23.

³Los investigadores colaboradores en cada uno de los seis países estudiados obtuvieron estadísticas oficiales de hospitalización, consultaron con las autoras sobre el uso de estas estadísticas, realizaron entrevistas personales con profesionales informados sobre la práctica del aborto y analizaron tanto la metodología del estudio como la interpretación de sus resultados.

⁴The Alan Guttmacher Institute (AGI), *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*, N. Y. 1994.

⁵J. M. Arruada et al., *Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-infantil e Planejamento Familiar, Brasil 1986*, Sociedad Civil Bem-Estar Familiar no Brasil e Institute for Resource Development (IRD)/Westinghouse, Río de Janeiro, Brasil 1986; Asociação Pro-Bienestar de Familia Colombia (Profamilia) e IRD/Macro Internacional, Inc., Colombia: *Encuesta de Prevalencia y Demografía y Salud*, 1990, Bogotá, y Colombia, Md. 1991; Instituto de Estudios de Población y Desarrollo, Oficina Nacional de Planificación, e IRD/ Macro Internacional, Inc., República Dominicana: *Encuesta Demográfica y de Salud*, 1991, Santo Domingo, y Colombia, Md., 192; Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud e IRD/ Macro Systems, Inc., México: *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud*, 1987, México, D.F., y Colombia, Md., 1989; e Instituto Nacional de Estadística e Informática, Asociación de Benéfica PRISMA, y Macro Internacional, Inc., Perú: *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*, 1991/1992, Lima, y Colombia, Md., 1992.

⁶Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA), *Encuesta de Fecundidad, 1989: Región Metropolitana*, Informe Preliminar, monografía inédita,

enero de 1990; y tabulaciones inéditas de una encuesta similar llevada a cabo en áreas rurales.

⁷Los códigos se definen de la siguiente manera: Código 634, aborto espontáneo; Código 635, aborto legal inducido; Código 636, aborto inducido ilegalmente; Código 637, aborto no especificado; Código 638, intento de aborto fracasado; y Código 639, complicaciones por aborto o por un embarazo ectópico o molar.

⁸Los códigos se definen de la siguiente manera: Código 630, embarazo molar o mola hidatidiforme; Código 631, otros productos anormales de concepción; Código 632 pérdida de aborto; muerte temprana del feto (a las 22 semanas o menos de gestación) con retención de feto muerto o de restos de la concepción, que no fueron causados ni por un aborto espontáneo ni inducido; y Código 633, embarazo ectópico, incluido embarazo de trompas.

⁹Se disponía solamente de los números de los procedimientos de curetaje en la República Dominicana, porque no se recabaron datos bajo el código de diagnósticos. En consecuencia, los ajustes descritos en esta sección no fueron realizados para la República Dominicana.

¹⁰F. Pardo y G. Uriza, "Estudio de Morbilidad y Mortalidad por Aborto en 36 Instituciones de Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela", *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 42:287-297, 1991.

Además, Los datos de una encuesta realizada en 1991 a mujeres que habían tenido un aborto en Río de Janeiro, confirmaron que el 6,8% de las pacientes se clasificaron en categorías de "amenaza de aborto" (Código 640), y que el 3,1% se clasificaron como que experimentaban "parto prematuro" (Código 656,4). Estas proporciones se basan en 458 casos de abortos inducidos mediante el uso de misoprostol (S. H. Costa, comunicación personal, 30 abril de 1993).

¹¹S. Sing y D. Wulf, 1991, op. cit. (véase referencia 1).

¹²S. Harlap, P. H. Shiono y S. Ramcharan, "A Life Table of Spontaneous Abortions and the Effects of Age, Parity and Other Variables", en E. B. Hook e I. Porter, eds., *Human Embryonic and Fetal Death*, Academic Press, Nueva York, 1980, Cuadro 1, págs. 148 y 157.

¹³S. Sing y D. Wulf, "The Likelihood of Induced Abortion Among Women Hospitalized for Abortion Complications in Four Latin American Countries", *International Family Planning Perspectives*, 19:134-141, 1993.

¹⁴Esta observación se basa en parte en información obtenida en el taller sobre el aborto en América Latina, realizado por la AGI, en Nueva York, del 26 al 30 de abril de 1993, y en parte con base en los resultados preliminares de una encuesta realizada en 1991, a mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto, en Río de Janeiro (S. H. Costa, comunicación personal, 28 de abril

de 1993). La recasificación de los últimos datos indicó que la proporción de mujeres que probablemente habían obtenido un aborto inducido era del 75% en algunos hospitales, aunque disminuyó al 50% en otros donde se sabía que había problemas en la calidad de la recopilación de datos.

¹⁵F. Coyetaux, A. Leonard y E. Royston, eds., *Methodological Issues in Abortion Research*, Proceedings of a Seminar, The Population Council, Nueva York, 12-13 dic., 1989; T. Barreto et al., "Investigating Induced Abortion in Developing Countries: Methods and Problems", *Studies in Family Planning*, 23:159-170, 1992; y K. G. Foreit y D. Nortman, "A Method for Calculating Rates of Induced Abortion", *Demography*, 29:127-137, 1992.

¹⁶Se ha sostenido que la probabilidad de hospitalización varía en gran forma entre una región y otra, y por lo tanto no se deberá usar estimaciones globales (véase K. G. Foreit y D. Nortman, 1992, referencia 9), aunque este argumento estuvo basado en los resultados para subgrupos particulares de hospitales que cubren un estrato social particular y no representativo. Dependiendo de la población tratada en estos hospitales y en las políticas hospitalarias sobre el tratamiento y complicaciones de aborto, las mujeres harían tenido diferentes tipos de incentivos para procurar el tratamiento de estas instituciones. En forma comparativa, los datos nacionales sobre complicaciones ocurridas en hospitales no se ven afectadas de la misma forma por los incentivos cambiantes y deberían reflejar las condiciones promedio bajo las cuales el aborto se encuentra disponible en el país en general, y por lo tanto se emparejan las diferencias entre las subpoblaciones.

¹⁷J. M. Paxman et al., "La Epidemia Clandestina: la Práctica del Aborto Ilegal en América Latina", *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1993, págs. 9-15; T. Frejka y L. C. Atkin, "The Role of Induced Abortion in the Fertility Transition in Latin America", monografía presentada en el Seminario sobre la Transición de la Fecundidad en América Latina, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, Buenos Aires, 3-6 de abril, 1990; y entrevistas con profesionales enterados en el tema.

¹⁸L. S. Liskin, "Complications of Abortion in Developing Countries", *Population Reports*, Series F, No. 7, 1980, pág. f-114; J. Villarreal, Unidad de Orientación y Asistencia Materna, comunicación personal, 4 de enero de 1993; y entrevistas con profesionales enterados en el tema.

¹⁹S. H. Costa y M. Vessey, "Misoprostol and Illegal Abortion in Rio de Janeiro, Brazil", *Lancet*, 341:1261-1263, 1993.

²⁰R. Armijo y T. Monreal, "The Problem of Induced Abortion in Chile", *Milbank Memorial Fund Quarterly*,

43:263-280, 1965.

²¹T. Monreal, "Determinant Factors Affecting Illegal Abortion Trends in Chile" en H. R. Holtrop et al., eds., *New Developments in Fertility Regulation*, The Pathfinder Fund, Chestnut Hill, Mass., 1976, págs. 123-132.

²²L. S. Liskin, 1980, op. cit. (véase referencia 18).

²³J. A. Pinotti, "Medical Perspective on the Causes and Consequences of Unwanted Pregnancy", monografía presentada en el Christopher Tietze Meeting on Unplanned Pregnancy, Río de Janeiro, 27-31 de octubre de 1988; y J. A. Pinotti y A. Faúndes, "Unwanted Pregnancy: Challenges for Health Policy", *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, Suplemento 3, págs. 97-102, 1989.

²⁴D. Paiewonsky, *El Aborto en la República Dominicana*, Centro de Investigaciones para Acciones Feministas, Santo Domingo, 1988, Anexo 3 y pág. 31.

²⁵H. David, "Methodological Realities in Service-Oriented Research", en F. Coyetaux, A. Leonard y E. Royston, 1989, op. cit. (véase referencia 9), pág. 10.

²⁶S. K. Henshaw, "Induced Abortion: A World Review", *Family Planning Perspective*, 22:76-89, 1990; J. Villarreal, Unidad de Orientación y Asistencia Materna, comunicación personal, abril de 1993; y J. M. Varejao et al., "Aborto: a falsa (e perigosa) ilegalidade", *Marie Claire*, Editora Globo, No. 15, junio de 1992.

²⁷S. Sing y D. Wulf, 1991, op. cit. (véase referencia 2)

²⁸Los datos nacionales correspondientes a los egresos de los hospitales para todas las complicaciones de aborto indican una permanencia media de 1,75 días en Brasil, 2,3 días en Colombia, 2,7 días en Chile, y 1,4 días en la República Dominicana. En contraste, las estimaciones de los entrevistados de la encuesta fueron de 5,2, 7,2, 5,0 y 7,3 días, respectivamente.

²⁹La aplicación de los cuatro multiplicadores diferentes para cada uno de los cuatro cálculos de hospitalización recogidos en el Brasil resultaron en poca variación en la tasa de aborto dentro de cada multiplicador. Por ejemplo, las cuatro tasas con un multiplicador de cinco variaron entre 32,4 abortos por cada 1.000 mujeres (con el 33,4% abortos espontáneos) y 41,3 por cada 1.000 mujeres (con el 15% abortos espontáneos). En forma comparativa, el rango de la tasa de aborto correspondiente entre los multiplicadores fue mucho mayor: las cuatro tasas relacionadas con la suposición del 25% de abortos espontáneos variaron entre 21,9 abortos por cada 1.000 mujeres (con un multiplicador de tres) a 51,1 por 1.000 (con un multiplicador de siete).

³⁰Con respecto a Colombia, hay una pequeña inversión entre el cálculo 2 y el cálculo 3 porque el multiplicador basado en la encuesta (5,5) fue más elevado que el utilizado en el cálculo 3 (5,0). Asimismo, hubo una pequeña inversión entre el cálculo 2 en México, porque el método biológico para estimar el número de abortos

La incidencia del aborto inducido en Colombia¹

*Lucero ZAMUDIO C.²
Norma RUBIANO B.³
Lucy WARTENBERG V.⁴*

INTRODUCCIÓN

Los estudios poblacionales de incidencia del aborto inducido son escasos en la región e inexistentes en el país⁵. Los únicos datos disponibles provienen de los registros de egresos hospitalarios y más frecuentemente de hospitales públicos. La información derivada de tales registros no es muy confiable. Problemas de subregistro, clasificación errónea, inclusión en categorías más amplias, diligenciamiento incompleto y desubicación temporal son comunes y constituyen una limitación considerable para el cálculo de las medidas. Esta limitación exige de los investigadores, complejos esfuerzos de estimación⁶.

Sobre el aborto sin complicaciones clínicas, que no llega a los hospitales o que es atendido privadamente, no se tiene información alguna. Así, aunque en el debate sobre el aborto -que aparece con cierta recurrencia en el país- se esgrimen distintas y a veces contradictorias cifras, en realidad no existen datos nacionales de referencia que lo sustenten.

Con el doble objetivo de ampliar la información nacional para apoyar un debate más calificado

sobre el asunto y diseñar una metodología que haga factible la realización de este tipo de estudios poblacionales sobre temas altamente sensibles, como este del aborto, la Universidad Externado de Colombia, con el apoyo del Programa Especial de Investigación en Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud y la Consejería para la juventud, la Mujer y la Familia, dependencia adscrita a la Presidencia de la República durante el gobierno pasado, realizó una investigación sobre el aborto en Colombia y sus características sociodemográficas y culturales⁷.

Utilizando una estrategia de diligenciamiento secreto y consignación reservada para la recolección de la información y una combinación de distintos métodos y técnicas⁸ el estudio recogió información cuantitativa y cualitativa acerca de la dimensión del aborto inducido en el país, diferencias según estrato, región, educación, edad, generación, paridad y número de embarazos, estado conyugal, étareo y laboral en el momento del aborto, presión del compañero y uso de anticonceptivos. Igualmente aporta información sobre evolución y tendencias y sobre el peso del aborto en la reducción de la descendencia alcanzada por las mujeres en el momento de la encuesta.

La investigación también aporta información sobre condiciones y circunstancias en que se produce el embarazo indeseado y la decisión de abortar, encrucijadas y núcleos de conflicto, rutas de búsqueda del servicio, saberes y prácticas de aborto, redes de información y de apoyo, representaciones, percepciones y valoraciones de las mujeres y puntos de quiebre legal e ideológico frente al asunto del aborto, así como información sobre las condiciones técnico-higiénicas institucionales y relacionales en que se practica el aborto.

La información se recogió por medio del cuestionario de diligenciamiento secreto y consignación reservada a una muestra de 33.275 mujeres de 22 ciudades de más de 100.000 habitantes, 100 historias de vida de mujeres con experiencia de aborto inducido y 180 relatos temáticos sobre el evento el aborto.

Los datos utilizados en esta ponencia provienen de esta investigación y más específicamente del cuestionario diligenciado por las 33.275 mujeres⁹.

Haremos énfasis en los principales resultados sobre incidencia referidos a la dimensión del aborto inducido en el país, a su peso en la reducción de la descendencia alcanzada por las mujeres hasta el momento de diligenciamiento del cuestionario y a la evolución y tendencias del fenómeno en el país.

La información derivada del registro diligenciado por las mujeres nos permite abordar la dimensión cuantitativa del aborto, desde dos grandes perspectivas: en la primera, la unidad básica de observación es la mujer y en la segunda es el aborto. En uno y otro caso se dispone de medidas de momento y de medidas longitudinales.

Teniendo como unidad básica de observación ya no a la mujer, sino al aborto, el análisis

puede abordarse también desde tres ángulos: el primero, como la proporción de abortos en el conjunto de embarazos, es decir, como la proporción de embarazos terminados en abortos. El segundo, como la razón de abortos por mujer. El tercero, como distribución de abortos en varios conjuntos de embarazos o abortos.

El promedio de abortos por mujer, sumado al promedio de hijos por mujer, nos da el promedio total de hijos que la mujer hubiera tenido si no hubiera recurrido al aborto. Este cálculo nos permite un acercamiento al peso del aborto inducido en la disminución de la descendencia alcanzada por las mujeres hasta el momento del diligenciamiento del cuestionario y, junto con la comparación entre las tasas específicas de fecundidad y las tasas específicas de aborto, nos da una idea del peso del aborto en el descenso general de la fecundidad.

Por otra parte, a partir de la reconstrucción de las historias generacionales de reproducción y de aborto es posible establecer la evolución y tendencias del aborto inducido en el país. El comportamiento del aborto por generaciones y por año del aborto y la evolución de las tasas específicas de aborto, son tres indicadores de la evolución y las tendencias del fenómeno.

1. LA DIMENSION DEL ABORTO INDUCIDO EN COLOMBIA

Tanto la proporción de mujeres que declararon haberse practicado uno o más abortos como la proporción de embarazos terminados en aborto y la proporción de abortos por mujer sugieren una importante presencia de la práctica del aborto en el país.

1.1 Las mujeres y el aborto inducido

Tomando como unidad básica de observación a la mujer, la dimensión del aborto se puede, a su vez, expresar desde tres ángulos: el primero, como proporción de mujeres que se han

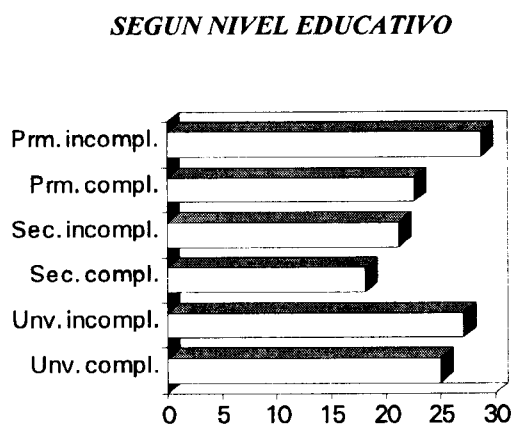
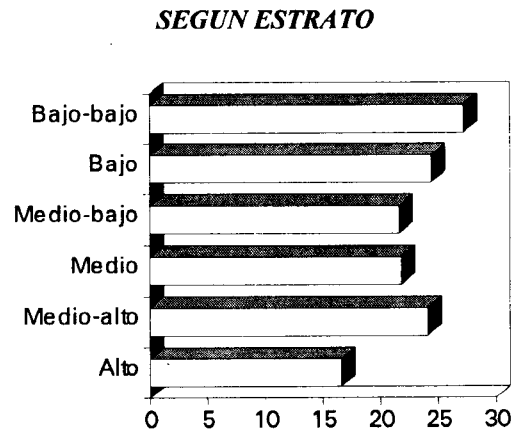
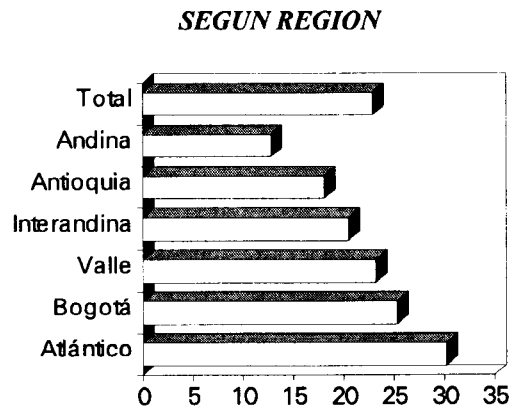
practicado un aborto en el conjunto total de mujeres cubiertas por el estudio, es decir, entre todas las mujeres de 15 a 55 años de edad. Dado que este conjunto de mujeres incluye aquellas que no han iniciado su vida sexual o que nunca han estado embarazadas, esta medida es la menos fina de todas. El segundo, como proporción de mujeres que se han practicado un aborto, en el conjunto de las mujeres estrictamente bajo riesgo, es decir, entre aquellas que alguna vez han estado embarazadas. Esta medida es mucho más precisa que la anterior. Y el tercero, como distribución de las mujeres que se han practicado un aborto entre diferentes conjuntos de mujeres.

1.1.1 Mujeres de 15 a 55 años con experiencia de aborto inducido

El 22.9% de todas las mujeres encuestadas entre 15 y 55 años, declaró haber tenido por lo menos una experiencia de aborto inducido (Gráfico No. 1). Esta proporción equivale a 1.127.485 mujeres entre 15 y 55 años, residentes en ciudades de más de 100.000 habitantes¹⁰ en el país, tomando como base el censo de 1985 o a 1.213.899 mujeres, proyectando esta población a 1993. Como ya se anotó, dado que en el denominador están incluidas mujeres que no han iniciado su vida sexual o que nunca han estado embarazadas, esta medida es la más gruesa de todas.

Mientras se observan diferencias entre regiones¹¹, las diferencias entre estratos no son notables, aunque se observa una mayor proporción en los dos extremos de la pirámide social, diferencia que se profundiza un poco más cuando se observan los datos por educación. El 28.7% de las mujeres con primaria incompleta había tenido por lo menos una experiencia de aborto, proporción que desciende a 18.1% entre las mujeres con secundaria incompleta. Entre las mujeres con educación universitaria la proporción asciende

GRAFICO No. 1
Proporción de mujeres de 15 a 55 años con aborto inducido
Colombia Urbana 1992



Fuente: El aborto en Colombia: condiciones sociodemográficas y culturales

asemejándose, otra vez, a la de las mujeres sin educación.

Según la edad actual de las mujeres se observan

diferencias importantes. Entre el total de mujeres menores de 20 años, solo el 12.0%¹² declaró haber tenido alguna experiencia de aborto inducido. Esta proporción se eleva al 20.6% en el siguiente quinquenio de edad. La mayor proporción se observa entre los 25 y los 29 y entre los 30 y los 34 años, edades en las cuales se alcanzan proporciones del 27.0% y el 28.0%, respectivamente, para descender entre los grupos de 40 a 54 años, en los cuales varía de 22.2% a 19.4%¹³.

La actividad laboral establece también diferencia. Entre las activas hay un tercio más de mujeres con experiencia de aborto, (27.1%) que entre las inactivas (20.0%).

La proporción de mujeres con experiencia de aborto según el número de hijos oscila alrededor del 25.0%, con excepción de la proporción de mujeres con experiencia de aborto entre las mujeres sin hijos, que descende al 17.4%, en razón de que en el denominador están incluidas las mujeres que no han iniciado su vida sexual o que nunca han tenido un embarazo las cuales representan, en este grupo de edad, una proporción mucho más alta que en los grupos de edad posteriores.

1.1.2 Mujeres de 15 a 55 años en riesgo, con experiencia de aborto inducido

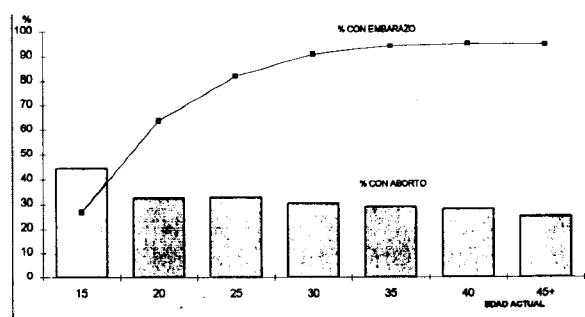
Las mujeres que efectivamente se encuentran en riesgo de tener un aborto son aquellas que han tenido por lo menos un embarazo. En la muestra éstas representan el 75.4% y para ellas se calculó la proporción de mujeres con experiencia de aborto inducido. En tanto se excluyen del denominador las mujeres que no han iniciado su vida sexual o que nunca han tenido un embarazo, estas medidas son más finas que las anteriores y proporcionan el dato más cercano a la realidad.

En esta perspectiva, la proporción de mujeres que alguna vez han tenido la experiencia de un aborto inducido asciende a 30.3%, (Gráfico No. 2). Esta proporción es tanto más significativa en cuanto hace referencia al aborto declarado. Constituye, entonces, la cifra mínima de mujeres con experiencia de aborto en el país.

El riesgo de aborto es alto para todos los grupos de edad, pero especialmente para los grupos más jóvenes. Antes de los 20 años el 26.5% ya ha tenido un embarazo y a los 25 años el 82.0% de las mujeres ya han estado embarazadas¹⁴. Así, las menores de 25 años son un grupo en alto riesgo de aborto. Una joven de menos de 19 años embarazada tiene el doble riesgo de aborto que una mujer mayor de 40 años. Casi la mitad (44.5%) de estas jóvenes menores de 19 años embarazadas ha tenido una experiencia de aborto. Igualmente, entre las mujeres de 20 a 24 años, este riesgo es de 32.4%. Aunque descende a 22.5% entre las de 45 a 50 años, esta proporción sigue siendo alta.

Entre estas mujeres de bajo riesgo, el 30.3% ha tenido uno o más abortos, pero el riesgo de aborto varía según la región, el estrato y la educación, de la misma manera que lo hace el porcentaje de mujeres que abortaron alguna vez.

GRAFICO No. 2
Mujeres de 15 a 55 años con aborto inducido entre quienes han estado embarazadas.



Colombia Urbana 1992
Fuente: El aborto en Colombia: condiciones sociodemográficas y culturales

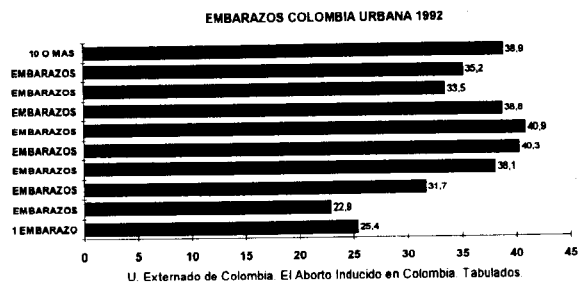
Socialmente, la comparación entre riesgo de embarazo y riesgo de aborto es también muy sugestiva. Mientras el riesgo de embarazo aumenta en la medida en que el estrato es más bajo, en razón de que la prevención es menor en estos estratos, el riesgo de aborto es menor en los mismos, porque un mayor número de embarazos termina en nacimientos. Por eso la distribución por estrato deja ver que son los estratos bajos los que tienen los menores riesgos de aborto, mientras que en los estratos medios y altos el riesgo es mayor. El mayor uso de anticonceptivos en estos últimos, junto con el mayor riesgo de aborto, expresa el menor grado de tolerancia al embarazo indeseado. Cuando se produce una falla en la anticoncepción, los estratos bajos asumen, no sin cierta angustia pero más fácilmente, el nacimiento del hijo, mientras que los medios y los altos, con más seguridad, recurren al aborto.

La misma relación se observa según el nivel de educación. Las mujeres que han alcanzado nivel universitario son las que tienen el riesgo más alto de aborto. Una falla en la anticoncepción es subsanada con un aborto, porque la decisión de estas mujeres de no tener hijos en un momento determinado, así como la decisión sobre el número de los mismos, es muy clara. De hecho, también sus conductas de prevención son más frecuentes.

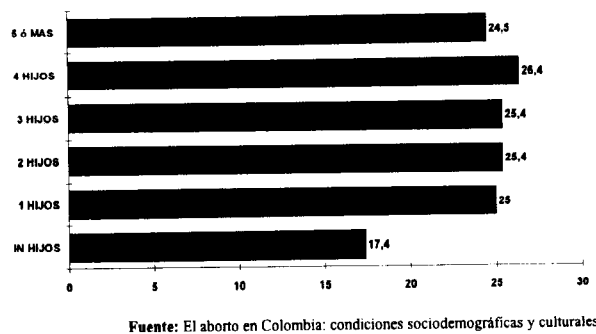
La relación entre el número de embarazos y mujeres que abortan es especialmente llamativa. El más bajo porcentaje de mujeres que han recurrido al aborto se encuentra entre las mujeres con dos embarazos (22.9%), porcentaje que se duplica para las mujeres con cinco y seis embarazos y que se mantiene en niveles superiores al 34.0% para mujeres con mayor número de embarazos (Gráfico No. 3). El descenso que se observa después del sexto embarazo corresponde a mujeres de generaciones mayores, entre las cuales la práctica del aborto de todas maneras es menor y probablemente la mortalidad es mayor¹⁵.

GRAFICO No. 3
Mujeres de 15 a 55 años con aborto inducido.
Colombia Urbana 1992

SEGUN NUMERO DE EMBARAZOS



SEGUN NUMERO DE HIJOS



Así, el porcentaje de mujeres que abortan se encuentra asociado al número elevado de embarazos¹⁶. El coeficiente de regresión entre el número de embarazos y el número de abortos es de 74.9%.

En promedio, por cada embarazo adicional, la proporción de mujeres que abortan se incrementa en 1.5. Parecería que las mujeres con embarazos múltiples utilizaran el aborto como mecanismo extremo para controlar el número de hijos. Por eso las variaciones en la proporción de mujeres que abortan, según el número de hijos, no son significativas, pero sí lo son según el número de embarazos.

Como la variable que más discrimina el riesgo de aborto es el número de embarazos, resulta esclarecedor observar el comportamiento de la proporción de mujeres con experiencia de aborto según el número de embarazos, por región, estrato, educación y trabajo.

En todas las regiones y en todos los estratos, la proporción de mujeres con experiencia de aborto aumenta con el número de embarazos. Hay correspondencia entre la menor proporción de mujeres que recurren al aborto y la mayor fecundidad.

Sin embargo, en regiones de alto control social el comportamiento es distinto. En la región andina, que presenta la más baja proporción de aborto inducido, se observa muy poca variación en la proporción de mujeres que abortan con distinto número de embarazos debido a que el aborto se utiliza sobre todo para controlar el primer embarazo, en particular entre las mujeres solteras, sobre las cuales el control social es muy rígido en la región. Este comportamiento es similar en la región antioqueña, en la cual el control sobre los primeros embarazos es mucho más fuerte. La mitad de las mujeres que han abortado está entre quienes tienen uno o dos embarazos.

En el otro extremo está Bogotá, la ciudad más grande, con mayor proporción de mujeres que han recurrido al aborto, con mayor disponibilidad de servicios de aborto y con una diferencia importante de mujeres con experiencia de aborto, entre los primeros y los últimos embarazos, indicando el fuerte control sobre la descendencia numerosa. Mientras la proporción de mujeres que han abortado es del 26.0% entre aquellas con un solo embarazo, esta proporción asciende a 52.0% entre aquellas con seis embarazos. La mayoría de mujeres que han abortado está entre aquellas con más de cuatro embarazos. La región del Valle tiene un comportamiento similar.

En la zona interandina se presenta un comportamiento muy particular. La descendencia es mayor, hay menor control social sobre embarazos tempranos de mujeres solteras y un mayor apoyo familiar, sobre todo

materno, para la crianza de los primeros hijos. El control más fuerte se hace, entonces, en el tercer embarazo. Entre las mujeres abortantes el 38.0% corresponde a mujeres de tercer o cuarto embarazo.

Socialmente, en los estratos altos la mayor proporción de mujeres con aborto inducido corresponde a aquellas con un primer embarazo y, luego entre mujeres con cuatro embarazos, lo cual sugiere la tendencia a un patrón de dos hijos (segundo y tercer embarazo) y primer hijo más tardío.

Los sectores medios también tienden a adoptar el patrón de dos hijos, así que la mayor proporción de mujeres que abortan está entre aquellas con tres embarazos, mientras que en los sectores bajos se concentra entre aquellas con seis y siete embarazos. En este grupo el 32.4% de mujeres ha tenido una experiencia de aborto inducido.

El nivel educativo replica el comportamiento que se observa por estrato, de manera que las mujeres con escasa educación recurren al aborto para controlar una descendencia numerosa, mientras las mujeres con nivel universitario incompleto controlan por este medio el primer embarazo (42.4%) y las mujeres con nivel universitario completo controlan particularmente (29.7%) el segundo.

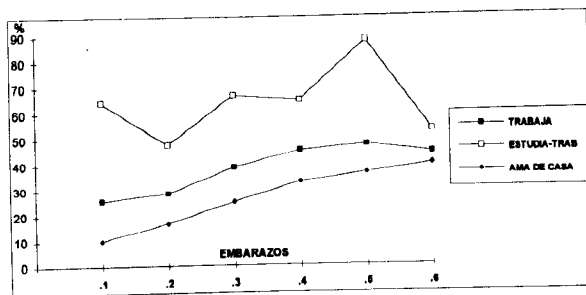
La actividad laboral establece diferencias muy marcadas. Entre las mujeres trabajadoras, la mayor proporción de mujeres que abortan está entre aquellas con cinco embarazos (47.0%), pero el aumento se da a partir del tercer embarazo, de tal forma que la proporción de mujeres con experiencia de aborto aumenta de 25.9% entre quienes tienen un embarazo a 38.8% entre aquellas que tienen tres embarazos (Gráfico No. 4). En cambio las amas de casa, no solo presentan la proporción más baja de mujeres con experiencia de aborto, en todos los

órdenes de embarazo, sino que recurren al aborto más frecuentemente después de haber alcanzado el quinto embarazo. La proporción de mujeres que abortan, con un solo embarazo, es solo del 7.0% entre las amas de casa, mientras que entre las trabajadoras esta proporción es tres veces mayor (20.0%).

GRAFICO No. 4

Mujeres con aborto inducido.

SEGUN NUMERODE EMBARAZOS Y ACTIVIDAD LABORAL



Fuente: El aborto en Colombia: condiciones sociodemográficas y culturales

1.1.3 Repitencia

La mayoría de mujeres con experiencia de aborto (79.2%) declara haber tenido solo un aborto, el 16.2% un segundo y pocas un tercero (3.4%), cuarto o más (1.2%). En números absolutos esto significa 956.668 mujeres con un solo aborto 195.682 con dos, 41.069 con tres y 14.495 con cuatro o más¹⁷. Sin embargo, creemos que en la repitencia hay algún subregistro. Con frecuencia encontramos en las historias de vida que las mujeres se avergüenzan de la repitencia, sobre todo después del segundo aborto.

Las variaciones entre las regiones y entre los estratos, en cuanto a la repitencia se refiere, no son significativas. Pero la mayor proporción de mujeres con varios abortos se encuentra en Bogotá, en los estratos bajos, y entre las mujeres sin ninguna educación o con los mayores niveles de educación.

Nuevamente el número de embarazos determina las mayores diferencias. Entre las mujeres con siete o más embarazos hay cinco veces más mujeres repitentes (51.1%) que entre aquellas con dos embarazos que solo alcanzan el 11.1%.

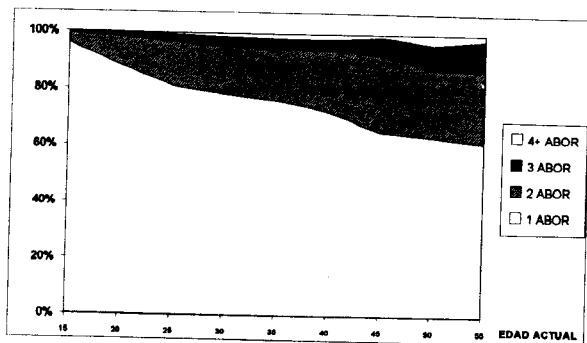
A mayor número de embarazos, no solo se observa un mayor porcentaje de mujeres que abortan sino también de mujeres con varios abortos. Esta relación es tan clara que se hace evidente incluso cuando se observa la proporción de repitentes según el número de hijos. Por ejemplo, entre las mujeres con cinco o más hijos la proporción de mujeres repitentes asciende a 32.6% y la proporción de quienes tienen 3 o más abortos, es la más alta de todas (9.8%). La experiencia de abortos repetidos aumenta rápidamente a medida que aumenta el número de hijos.

Entre las mujeres con más escasa educación o con educación superior están las mayores proporciones de mujeres repitentes (27.0% y 23.1%) mostrando, otra vez, la semejanza de comportamientos en los dos extremos de la pirámide social.

Si se observan los datos por actividad, el porcentaje de repitentes entre las mujeres que trabajan (22.6%) supera en 3.6% el de las desempleadas.

Las mujeres mayores de 40 años presentan porcentajes de repitentes que van de 27.5% para las de 40 a 45 años, a 38.4% entre las de 50 a 55 años. Estas cifras pueden considerarse un indicador de la proporción final de repitencia en la población de mujeres sobrevivientes, en cuanto estos grupos ya han terminado, o están terminando, su ciclo reproductivo (Gráfico No. 5).

GRAFICO 5
Mujeres de 15 a 55 años con aborto inducido.
SEGUN NUMERO DE ABORTOS Y EDAD
Colombia Urbana 1992



Fuente: El aborto en Colombia: condiciones sociodemográficas y culturales

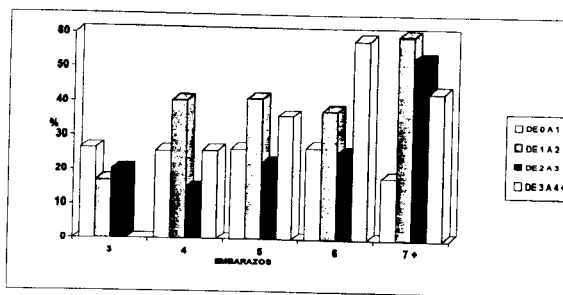
Una cuarta parte (23.9%) de quienes han estado embarazadas se ha hecho solo un primer aborto y de estas, una quinta parte (20.3%) recurrió por segunda vez a esta práctica. De estas, casi una cuarta parte (22.5%) recurrió al aborto por tercera vez. Finalmente, de estas últimas, una tercera parte (33.5%) hizo un cuarto o más abortos.

Aquí, nuevamente, se observa la relación entre el número de embarazos y el riesgo de repitencia. Mientras el riesgo de tener el primer aborto varía muy poco con el número de embarazos, el riesgo de repitencia va aumentando. Por ejemplo, entre las mujeres con cinco embarazos el riesgo de pasar del primer aborto al segundo es de 41.0%, del segundo al tercero es de 22.2% y de éste al cuarto de 35.9%. Para quienes han tenido seis embarazos y un aborto, las posibilidades de pasar al segundo aborto son de 37.5%, de pasar del segundo al tercero de 25.4% y de éste al cuarto de 58.1% (Gráfico No. 6).

La repitencia alcanza los valores máximos entre las mujeres de 30 a 45 años. Se puede suponer que si estas mujeres presentan, de todas maneras, proporciones de aborto menores que las jóvenes y alcanzan estos niveles de

repitencia, las jóvenes menores de 19 años, cuyas proporciones de aborto ya duplican a las de las mayores, al terminar su ciclo reproductivo seguramente tendrán niveles de repitencia superiores a los de sus madres.

GRAFICO No. 6
Mujeres de 15 a 55 años que pasan de un
aborto al siguiente.
SEGUN EMBARAZOS
Colombia Urbana 1992



Fuente: El aborto en Colombia: condiciones sociodemográficas y culturales

1.2 EMBARAZO Y ABORTO INDUCIDO

Los embarazos terminados en abortos, la razón de abortos por mujer y la distribución de los abortos según el número de embarazos, son también indicadores del comportamiento del aborto inducido en el país.

1.2.1 Embarazos terminados en aborto

Una medida de la intensidad del fenómeno es la tasa de abortos por cada cien embarazos. Esta medida es mucho más fina porque no contiene los sesgos que introduce la mayor o menor exposición al riesgo de embarazo que se presenta en las anteriores medidas.

El promedio de embarazos declarado por mujer es de 2.34. El 12.37% de estos embarazos terminó en aborto inducido, es decir 0.29 abortos inducidos por mujer. Como el promedio de hijos nacidos vivos es de 1.9 tendríamos un promedio de 0.15 entre abortos espontáneos y mortinatos por mujer, lo cual equivale al 6.41% de los embarazos.

Según la Encuesta Nacional de Salud de 1989, la proporción de mortinatos es de 1.29 por cada cien embarazos. Si descontamos estos mortinatos del 6.41% de abortos espontáneos y mortinatos observados en nuestro estudio de aborto, tenemos 5.12% de abortos espontáneos, cifra que parece baja con respecto al 10.0% que se acepta generalmente, con base en estudios de laboratorio¹⁸.

1.2.2 Promedio de Abortos por Mujer

El promedio de abortos por cada mujer bajo riesgo, es decir, por cada mujer que ha estado embarazada alguna vez, es de 0.29, mientras que esta proporción asciende a 1.27 entre las mujeres que han abortado alguna vez. El incremento sobre uno es el resultado de la repitencia¹⁹.

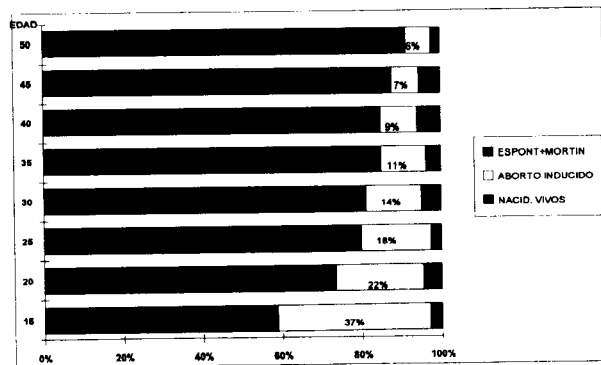
Este promedio de abortos por cada mujer que ha abortado alguna vez es más alto en Bogotá, en los estratos medios altos y entre las mujeres con primaria incompleta. Sin embargo, estas últimas mujeres son también las que tienen el promedio de embarazos más alto (4.3), razón por la cual la proporción de aborto inducido por cada cien embarazos es del 10.3, proporción inferior al promedio nacional²⁰. En cambio las mujeres de los estratos medios altos que han abortado tienen un promedio de embarazos de apenas 2.8 pero alcanzan 17.4 abortos por cada cien embarazos. Nuevamente se hace evidente la estrecha relación entre el número de abortos por mujer y el número de embarazos.

En todas las categorías de mujeres el promedio de embarazos por mujer que aborta (3.11) es superior al promedio de embarazos por mujer en la población total (2.34). Las mujeres que abortaron tienen 33.0% más de embarazos que el promedio general.

Según la edad, la proporción de embarazos terminados en aborto inducido alcanza los

mayores niveles entre las jovencitas de 15 a 19 años (36.6%) y disminuye rápidamente entre las mayores, de tal manera que entre las mujeres de 45 a 50 años esta proporción es del 6.9% (Gráfico No. 7).

GRAFICO No. 7
Embarazos según producto y edad actual.
Colombia Urbana 1992



Fuente: El aborto en Colombia: condiciones sociodemográficas y culturales

El promedio de embarazos por mujer de 15 a 19 años es de 0.34, mientras que este promedio asciende a 1.27 entre las que han abortado. El promedio de abortos por mujer entre las que han abortado en este grupo de edad es de 1.03, muy cerca del promedio de todas las mujeres que han abortado (1.27) y bastante lejos del promedio del grupo de 50 a 54 años (0.32) que ya terminó su ciclo reproductivo y su historia de abortos. Estas cifras nos señalan este grupo como de muy alto riesgo.

1.2.3 Abortos según el orden del embarazo y del aborto

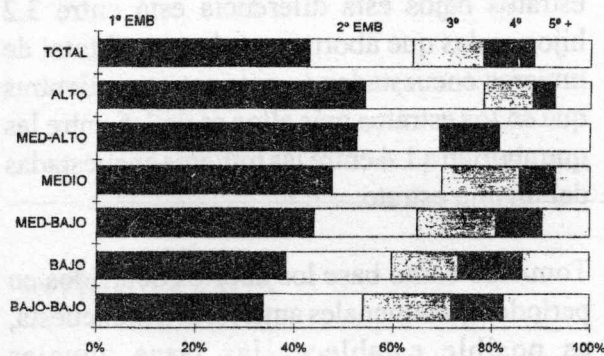
La distribución de los abortos según el orden del embarazo muestra que el 42.5% de los abortos corresponde al primer embarazo.

Sin embargo, en los estratos bajos la mayor proporción de abortos ocurre después del tercer embarazo (46.1%). Así, las mujeres parecen recurrir al aborto como mecanismo extremo para controlar una descendencia que ya

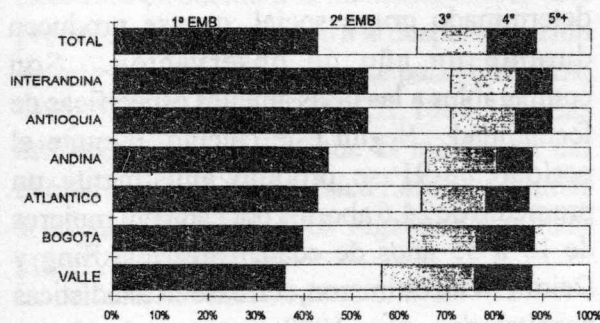
consideran numerosa. En los estratos altos, en cambio, la mayoría corresponde al primer embarazo (54.0%), lo cual evidencia la utilización del recurso del aborto para posponer la iniciación de la vida reproductiva (Gráfico No. 8).

GRAFICO No. 8
Distribución de los abortos.
Colombia Urbana 1992

SEGUN ESTRATO



SEGUN REGIONES



Fuente: El aborto en Colombia: condiciones sociodemográficas y culturales

Regionalmente, en la zona interandina y en la región antioqueña la mayor proporción de abortos corresponde al primer embarazo mientras que en el Valle, la zona Atlántica y Bogotá la mayor proporción corresponde a embarazos posteriores al tercero. En las dos primeras regiones, en los cuales el control social es muy fuerte, el aborto es una práctica preventiva del embarazo por fuera del

matrimonio y de la iniciación de la reproducción, mientras que en las tres últimas es una práctica extrema para controlar un número de hijos ya establecido.

La observación de la proporción constante de abortos por cien embarazos en los distintos ordenes de embarazo sugiere que las mujeres se enfrentan a la decisión de abortar en distintos ordenes de embarazo dependiendo del número de hijos de referencia en su sector social y de las condiciones del momento del embarazo²¹. Del total de abortos, el 62.2% corresponde al primer aborto, 25.3% al segundo aborto, 8.6% al tercero y 3.8% al cuarto o más abortos.

2. EL PESO DEL ABORTO EN LA REDUCCION DE LA FECUNDIDAD

A partir de la información obtenida en la investigación fue posible calcular el peso del aborto en la reducción de la descendencia²².

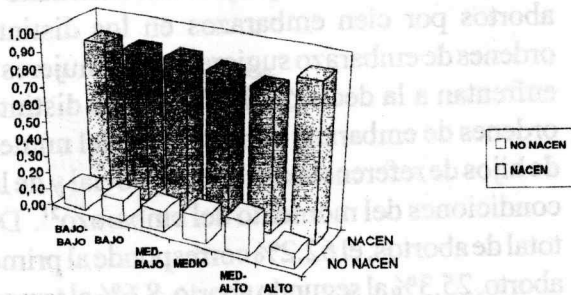
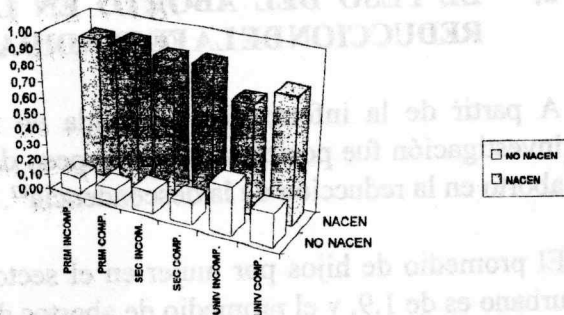
El promedio de hijos por mujer en el sector urbano es de 1.9, y el promedio de abortos de 0.29 de manera que estos abortos redujeron la descendencia alcanzada en el momento del estudio, en 13.3%. Sin esta reducción el promedio de hijos por mujer en el sector urbano sería de 2.2 hijos. Si el cálculo se realiza únicamente para las mujeres que abortaron, se encuentra que el recurso al aborto les permitió reducir, hasta ese momento, su descendencia en 37.7%. En ausencia del aborto, su descendencia habría pasado de 2.1 hijos a 3.3 hijos (Gráfico No. 9).

El recurso al aborto redujo en mayor medida la descendencia en Bogotá (15.4%), la región del Valle (13.7%) y la región Atlántica (13.8%) y en menor medida en la región Antioqueña (10.8%) y en la Andina (7.8%).

GRAFICO No. 9

Aporte del aborto inducido a la reducción de la descendencia.

Colombia Urbana 1992

SEGUN ESTRATO**SEGUN EDUCACION**

Fuente: El aborto en Colombia: condiciones sociodemográficas y culturales

Es notorio el hecho de que a medida que se asciende en el estrato socioeconómico aumenta la utilización del aborto como medida extrema para controlar la natalidad. Mientras entre los sectores bajos el aborto suele explicar un 11.3% de la reducción del promedio de hijos, en los estratos altos llega hasta 19.2%. Otro tanto ocurre con la educación. Las mujeres con primaria incompleta han reducido el 10.7% de su descendencia recurriendo al aborto. Las mujeres con educación universitaria redujeron el 30.5% de su descendencia por este medio. En este grupo, las repitentes con tres o más abortos, redujeron hasta 75.4% de su descendencia. En este grupo de población predomina un patrón de descendencia muy

restringido. En promedio tienen apenas 1.2 hijos. Son las mujeres que inician más tardíamente la unión y, por esta razón, tiene un período mayor de actividad sexual prematrimonial²³ y mayor actividad sexual²⁴. Aunque son las que más planifican²⁵, parecen ser las que menos están dispuestas a aumentar por azar el número de hijos.

Las mujeres que han abortado se caracterizan por tener mayor número de hijos (2.1 hijos) que el conjunto de las mujeres (1.9 hijos). En los estratos bajos esta diferencia está entre 3.2 hijos en las que abortan y 1.6 entre el total de mujeres encuestadas en este estrato, mientras que en los estratos más altos es de 1.6 entre las que abortan a 1.4 entre las mujeres encuestadas del mismo estrato.

Tomando como base los abortos ocurridos en períodos quinquenales anteriores a la encuesta, es posible establecer las tasas anuales específicas de aborto inducido para cada grupo de edad (Cuadro No. 1). Estas tasas indican el número de abortos por cada mil mujeres de un determinado grupo social, que se producen durante un año de observación. Son comparables a las tasas anuales específicas de fecundidad. Según este cálculo, durante el período 88-91 se produjo anualmente un promedio de 24.6 abortos por cada mil mujeres de 15 a 55 años de edad. Susheela Sing y Deirdre Wulfestimaron, con base en estadísticas hospitalarias, para 1989, una tasa de aborto entre 20.2 y 47.2 por 1.000 mujeres de 15 a 49 años de edad²⁶.

El comportamiento de las tasas según edad de la mujer reproduce el comportamiento de los patrones de fecundidad. Las tasas aumentan con la edad para alcanzar el máximo en el grupo de 20 a 24 años (38.8%) y descienden luego lentamente hasta los 40 años (14.9%). En el Gráfico No. 10 se superponen las tasas específicas de aborto a las tasas específicas de

fecundidad a nivel urbano, arrojadas por la Encuesta Nacional de Demografía, Prevalencia y Salud para el período 1987-1990, lo cual permite apreciar la importancia de la contribución del aborto a la reducción de la fecundidad en el mismo período.

CUADRO No. 1

Tasas anuales de aborto por mil mujeres según año del aborto y edad al aborto

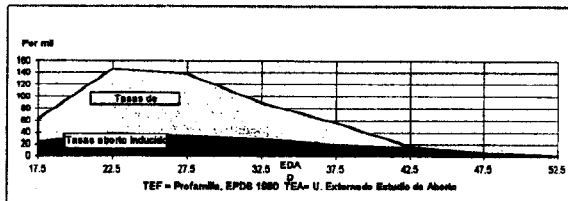
| AÑO DEL ABORTO | EDAD | | | | | | | | TOTAL* |
|-----------------------------------|-------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | |
| 62-66 | 1,94 | 4,25 | 4,10 | - | - | - | - | - | |
| 67-71 | 2,17 | 5,17 | 5,26 | 4,23 | - | - | - | - | |
| 72-76 | 2,59 | 8,27 | 6,59 | 3,77 | 5,11 | - | - | - | |
| 77-81 | 2,42 | 13,33 | 11,14 | 6,10 | 4,75 | 5,98 | - | - | |
| 82-87 | 4,16 | 25,34 | 18,06 | 11,18 | 8,21 | 5,14 | 2,41 | - | 11,3 |
| 88-91 | 23,19 | 38,80 | 34,90 | 28,19 | 19,54 | 14,83 | 4,12 | 0,62 | 24,8 |
| Encuesta de prevalencia 1987-1990 | 82,00 | 147,00 | 138,00 | 90,00 | 56,00 | 13,00 | 3,00 | 1,00 | |

*Solo se calculan tasas anuales totales para los dos últimos períodos que tienen información retrospectiva completa

Fuente: El aborto en Colombia: condiciones sociodemográficas y culturales

GRAFICO No. 10

Tasas anuales específicas de fecundidad (1987-1990) y de aborto inducido (1987-1992) Colombia Urbana 1992



Fuente: El aborto en Colombia: condiciones sociodemográficas y culturales

De la comparación entre las dos curvas se desprende que mientras las tasas específicas de fecundidad descienden rápidamente a partir de los 29 años de edad, las de aborto lo hacen muy lentamente, y para el grupo de 35 a 39 años se obtienen tasas similares a las del grupo de 15 a 19 años.

3. EVOLUCION Y TENDENCIAS DEL ABORTO EN COLOMBIA

El comportamiento del aborto por generaciones y por año del aborto y la evolución de las tasas específicas de aborto son tres indicadores de la evolución del fenómeno en el país.

3.1 El incremento generacional

Dos grupos muy significativos en cuanto a la evolución del comportamiento de las mujeres frente al aborto son los grupos de 15 a 17 años y de 18 a 19 años. Para el primero, la proporción de mujeres con experiencia de aborto se duplica entre las generaciones anteriores a 1953 y las generaciones nacidas entre 1968 y 1972 al pasar de 2.22% a 4.18%.

Para el segundo grupo la proporción se hace cuatro veces mayor al pasar de 2.04% a 8.16% entre las mismas generaciones (Cuadro No. 2).

La práctica del aborto como mecanismo de reducción de la descendencia final parece ser antigua, a juzgar por el porcentaje de mujeres con experiencia de aborto entre las generaciones mayores. Esta proporción se sitúa alrededor del 20.0% para mujeres que hoy tienen más de 45 años y que ya terminaron su ciclo reproductivo. Para las mujeres entre 20 y 44 años el porcentaje se mantiene muy estable y cercano al 27.0%. Quizás cuando terminen su ciclo reproductivo, esta proporción habrá superado esta cifra.

Las diferencias entre las regiones son importantes y ponen de manifiesto procesos regionales distintos. La región con mayor incidencia, casi en todas las edades, es Bogotá y la única que tiene porcentajes superiores al 30.0% en todos sus grupos etáreos después de los 25 años, lo cual sugiere una práctica más antigua y estable entre las mujeres.

CUADRO No. 2

Proporción de mujeres con aborto inducido en cada grupo de edad según generación

| GENERACION | EDAD AL ABORTO | | | | | | PROPORCION ACUMULADA |
|-----------------|----------------|-------|-------|-------|-------|------|----------------------|
| | 15-17 | 18-19 | 20-24 | 25-29 | 30-39 | 40+ | |
| ANTERIOR A 1963 | 2.22 | 2.04 | 6.69 | 5.96 | 11.97 | 2.71 | 31.41 |
| 1953-1962 | 2.48 | 2.83 | 8.95 | 10.12 | 8.55 | | 32.93 |
| 1963-1967 | 3.05 | 5.15 | 13.93 | 8.61 | | | 30.74 |
| 1968-1972 | 4.18 | 8.16 | 9.35 | | | | 21.69 |
| 1973-1977 | 9.2 | 2.2 | | | | | 11.4 |

Se ha cuadruplicado la posibilidad de un aborto entre 15 y 17 años. Y ha triplicado la posibilidad antes de los 20 años

Fuente: El aborto en Colombia: condiciones sociodemográficas y culturales

Luego, con porcentajes algo menores, se ubican las regiones del Atlántico y Valle. Aquí la proporción alta se encuentra en los grupos de 20 a 25 años. Pero entre las mujeres mayores el porcentaje es menor, como expresión de su mayor paridad y de la generalización más reciente de esta práctica.

Finalmente, las regiones andina y antioqueña tienen porcentajes inferiores al 20.0%. Pero mientras en la zona andina se observa una gran estabilidad en esta proporción después de los 30 años, en la región antioqueña es evidente la introducción más reciente de la práctica del aborto entre las mujeres más jóvenes sobre las cuales existía antes un mayor control sexual en la región.

En este caso, las diferencias entre los estratos no son tan marcadas como entre las regiones.

3.2 El incremento según el año del aborto

Según el año del aborto, entre el quinquenio 52-56 y el quinquenio 88-91, la proporción anual promedio de mujeres abortantes se incrementó seis veces, pasando de 1.7% a 12.3% (Cuadro No. 3). A su vez, la proporción de mujeres que han experimentado un primer aborto se incrementó 10 veces, pasando de un promedio anual de 1.6% en el quinquenio 52-56 a 9.65% en el quinquenio 88-91. Igualmente, la proporción de mujeres con segundo aborto, que en el quinquenio 52-56

eran prácticamente inexistentes, en el quinquenio 88-91 ya representan el 2.1%.

CUADRO No. 3

Abortos anuales por cien mujeres en la población promedio del año

| AÑO DEL ABORTO | MUJERES EN RIESGO | ABORTOS POR 1.000 MUJERES | | | | |
|----------------|-------------------|---------------------------|------------------|------|------|------|
| | | TOTAL | ORDEN DEL ABORTO | | | |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52-56 | 342.336 | 1.70 | 1.63 | 0.07 | | |
| 57-61 | 667.263 | 2.23 | 1.72 | 0.43 | 0.1 | 0.00 |
| 62-66 | 1081.810 | 4.30 | 3.23 | 0.74 | 0.26 | 0.10 |
| 67-71 | 1884.817 | 4.30 | 3.26 | 0.76 | 0.18 | 0.08 |
| 72-76 | 2426.383 | 4.50 | 3.84 | 0.58 | 0.06 | 0.00 |
| 77-81 | 3282.223 | 5.00 | 3.95 | 0.66 | 0.16 | 0.03 |
| 82-86 | 4100.259 | 6.82 | 5.48 | 1.07 | 0.22 | 0.06 |
| 87-91 | 4934.002 | 12.3 | 9.65 | 2.01 | 0.50 | 0.14 |

Fuente: El aborto en Colombia: condiciones socio-demográficas y culturales

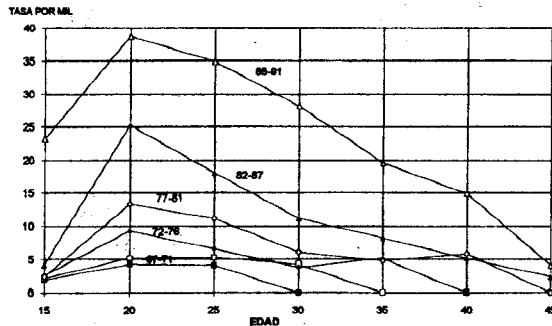
Las tasas totales de aborto de los últimos quinquenios parecen reflejar el incremento del aborto en las generaciones más jóvenes que, sumado al derivado del comportamiento de las generaciones mayores, da unas tasas anuales bastante elevadas. Si la prevención gana eficacia, estas tasas tenderán a reducirse.

3.3 La evolución de las tasas específicas del aborto

La serie de las tasas específicas para distintos períodos quinquenales anteriores a la encuesta da una idea del crecimiento del fenómeno en las últimas décadas. Aunque es posible que algunas mujeres hayan reportado más frecuentemente los abortos recientes que aquellos ocurridos varios años atrás, las tasas específicas aumentan año tras año y lo hacen para todos los grupos de edad. El grupo de 20 a 24 años, por ejemplo, en el período 88-91 presenta tasas de aborto inducido ocho veces superiores a las del mismo grupo en 1967-1971 (Gráfico No. 11).²⁷

GRAFICO No. 11

Proporción de mujeres con aborto inducido en cada grupo de edad según generación

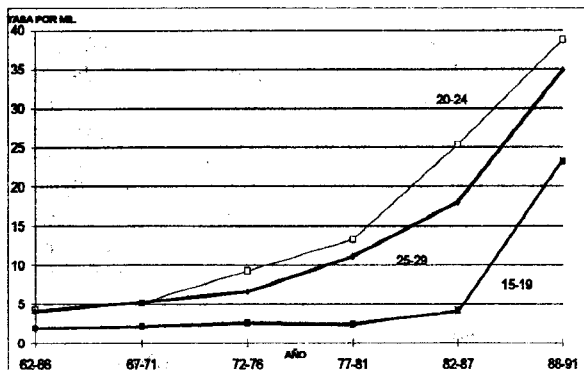


Fuente: El aborto en Colombia: condiciones socio-demográficas y culturales

El incremento en las tasas de aborto antes de los 25 años de edad se ilustra claramente en el Gráfico No. 12. El grupo de 20 a 24 años, que venía presentando las tasas más altas desde 1972-1976 acelera su crecimiento a partir de 1977. El grupo de 15 a 19 años, que tenía tasas inferiores al 5.0%, se multiplica por cinco en los últimos cinco años. Las cifras sugieren un incremento rápido de la práctica del aborto, sobre todo entre las mujeres más jóvenes. Esta elevación de las tasas específicas en estos años parece avalar la idea de que el aborto puede considerarse como una variable interviniente en el proceso de transición demográfica.

GRAFICO No. 12

Abortos por 1000 mujeres según edad al aborto y año del aborto. Colombia Urbana 1992



Fuente: El aborto en Colombia: condiciones socio-demográficas y culturales

A manera de conclusiones

-Una proporción importante de mujeres colombianas ha tenido la experiencia de un aborto. Una cuarta parte de todas las mujeres entre 15 y 55 años (22.9%) y una tercera parte de las mujeres del mismo grupo de edad que han estado embarazadas alguna vez (30.3%) declara que ha tenido por lo menos una experiencia de aborto inducido.

Aunque en la representación social el aborto aparece como un recurso de mujeres solteras frente a su primer embarazo, los datos muestran que en el 54.5% de todos los abortos las mujeres estaban casadas o tenían una unión libre estable en el momento del aborto.

Por edad, el grupo de más alto riesgo de aborto es el grupo de 15 a 19 años. Aunque sólo la cuarta parte de las mujeres de este grupo (26.5%) ha estado embarazada, casi la mitad (44.5%) se ha practicado un aborto. En la población total las mujeres de este grupo de edad representan el 12.6%.

Los grupos de 45 a 49 años y de 50 a 55 años, que están terminando o ya terminaron su ciclo reproductivo, presentan proporciones de mujeres que abortaron del 22.2% y del 19.4%. Entre 1988 y 1991 se produjo en el país, anualmente, un promedio de 26.5 abortos por cada 1.000 mujeres de 15 a 55 años.

-El aborto inducido se ha incrementado en el país. Generacionalmente, este incremento es claro. Entre las mujeres de 15 a 17 años la experiencia de aborto se duplica entre las generaciones anteriores a 1953 y las nacidas entre 1968 y 1972 al pasar de 2.22% a 4.28%. Para el siguiente grupo (18 y 19 años) la proporción se cuadruplica al pasar de 2.04% a 8.16%.

La observación por año del evento, confirma el incremento del aborto. Entre el quinquenio 52-56 y el quinquenio 88-91 la proporción anual

promedio de mujeres que abortaron se incrementó seis veces, la proporción de mujeres con un aborto se incrementó 10 veces y las mujeres con dos abortos, que eran prácticamente inexistentes en el primer quinquenio, representan el 2.1% en el segundo quinquenio.

Las tasas específicas de aborto para distintos períodos quinquenales anteriores a la encuesta, también confirman el incremento del aborto. Por ejemplo, el grupo de 20 a 24 años presenta en el período 88-91 tasas de aborto inducido ocho veces superiores a las del mismo grupo de edad en el período 67-76 y acelera su crecimiento a partir de 1977. Algo similar ocurre en el grupo de 15 a 19 años.

-La información sobre anticonceptivos y el acceso a ellos no garantizan por sí solos, la práctica anticonceptiva. El comportamiento de las mujeres frente a la anticoncepción es receloso y errático.

La ausencia de anticoncepción en el momento del embarazo explica el 78.4% de los abortos, mientras que fallas en su uso o eficacia explican el 21.6 % restante.

-Algunas mujeres son presionadas abiertamente para que aborten. En una tercera parte de los abortos, las mujeres, especialmente en su primer aborto (33.4%), fueron presionadas por su compañero para que se practicaran el aborto.

Por otra parte, *cuando las mujeres deciden abortar lo hacen de cualquier manera, aún poniendo en peligro la vida.* En los sectores bajos se recurre a métodos extremos como producirse caídas y golpes y utilizar sondas y otras técnicas peligrosas.

Algunas mujeres toman la decisión de abortar y la ejecutan sin consultar ni informar al compañero. En algo más de la cuarta parte de

sus abortos (22.1%) las mujeres no permitieron que su compañero se enterara del embarazo y del aborto.

En el país se configura claramente una situación de inequidad y discriminación social en relación con el aborto. En las grandes ciudades existe una gama muy amplia de servicios y técnicas, incluyendo las más modernas como la succión. Incluso la RU/486, ya circula entre las mujeres de sectores más altos. Pero, en el conjunto, aparece claro que la condición de ilegalidad del aborto en el país configura una situación de profunda discriminación social. Son las mujeres más pobres y las muy jóvenes las que enfrentan los más altos riesgos de enfermedad y muerte a causa del aborto.

Referencias

- 1 Ponencia Presentada al Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia. Santafé de Bogotá, D.C. 15 al 18 de noviembre de 1994.
- 2 Socióloga. Maestría en estudios de población. Investigadora del Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social de la Universidad Externado de Colombia. Profesora asociada del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad Nacional de Colombia.
- 3 Socióloga. doctorado en demografía. Investigadora del Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social de la Universidad Externado de Colombia. Profesora asociada del Departamento de Sociología de la Universidad Nacional de Colombia.
- 4 Antropóloga. Maestría en ciencias sociales. Investigadora del Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social de la Universidad Externado de Colombia.
- 5 Aunque no pudimos acceder a los informes, sabemos que en México y en Chile se hicieron estudios poblacionales sobre incidencia del aborto.
- 6 Tres importantes trabajos sobre Colombia son: PARDO, F. y URIZA, G. (1991). Estudio de morbilidad y mortalidad por aborto en 36 instituciones de Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela. Revista Colombiana de Gineco-obstetricia, volumen 42, No. 4. PRADA, E. (1994). Aborto complicado: la punta del Iceberg de la práctica clandestina. Ponencia presentada al mismo Encuentro, con base en un trabajo más amplio sobre Colombia realizado para el Alan Guttmacher Institute. Santafé de Bogotá, D.C. y PABON, A. (1993). Aborto inducido y espontáneo, Instituto Nacional de Salud. Santafé de Bogotá, D.C.
- 7 ZAMUDIO, L., RUBIANO, N. y WARTENBERG L. (1994). El aborto en Colombia: condiciones

- sociodemográficas y culturales. Universidad Externado de Colombia, Programa Especial de Investigación en Reproducción Humana-OMS y Programa Presidencia para la Juventud, la Mujer y la Familia.
- 8 Una ponencia más específica sobre la metodología utilizada en este trabajo será presentada en el mismo Encuentro. ZAMUDIO, L. y RUBIANO, N. (1994). Representatividad, confiabilidad y significación. Problemas metodológicos de la investigación sobre aborto inducido. Universidad Externado de Colombia. Santafé de Bogotá, D.C.
 - 9 ZAMUDIO, L., RUBIANO, N. y WARTENBERG, L. (1994). Op. cit. Capítulo 1.
 - 10 En el sector urbano del país se concentra el 73% de la población.
 - 11 Ver mapa de regiones. Las zonas de mayor control social y normatividad más rígida con respecto a la sexualidad son las zonas andina y antioqueña.
 - 12 En estos grupos más jóvenes la proporción está afectada por la mayor o menor precocidad con que las mujeres entran a la vida sexual activa en las diferentes regiones y estratos socioeconómicos.
 - 13 Según los resultados publicados en la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol. XXXI, No. 1 de la Encuesta de actitudes sobre el aborto y su legislación en 1979, entre 594 mujeres que ingresan a hospitales de Bogotá por aborto incompleto, la edad promedio era de 26.8 años. el 74.6% tenía entre 20 y 34 años y el 12% tenía 19 años o menos. Santafé de Bogotá, D.C. 1979.
 - 14 La población de mujeres jóvenes de 15 a 19 años en América Latina, pasó de 7.9 millones en 1950 a 20.7 millones en 1985, y se estima que será de 25.7 millones en el año 2000. Las condiciones de la salud en las Américas. Salud de la mujer. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1990. En Colombia la proporción pasó de 9.5 a 12.1 en el mismo período.
 - 15 Los datos corresponden a sobrevivientes, sin ajuste por mortalidad.
 - 16 La relación entre el número de embarazos y la práctica del aborto sugiere la necesidad de discriminar la información sobre reproducción y anticoncepción según el número y orden del embarazo, lo cual no es usual en las estadísticas normalmente disponibles.
 - 17 Tomando como base la población urbana según el Censo de 1993.
 - 18 Es probable que en los datos del registro de aborto inducido tengamos un subregistro de mortinatos y/o de abortos espontáneos. La encuesta no estaba destinada a indagar con detalle sobre abortos espontáneos. Estos pueden detectarse muy eficazmente en situación de laboratorio, pero difícilmente en una encuesta secreta. Las mujeres no sólo pueden olvidar fácilmente embarazos que a las pocas semanas terminaron en una pérdida, sino que muchas mujeres pueden no reconocer un aborto espontáneo, sobre todo si éste no presenta ningún tipo de complicación médica.
Ver PABON, Aurelio (1993). Aborto inducido y espontáneo. Instituto Nacional de Salud. Santafé de Bogotá, D.C.- Abril.
 - 19 Según el estudio realizado por Oriéntame, con el apoyo del Programa Especial de Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud -OMS, el promedio de abortos por mujer que ha abortado es de 1.4. Embarazo, Embarazo indeseado y aborto. Oriéntame. Programa Especial de Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud -OMS. Santafé de Bogotá, D.C., 1992.
Un estimativo para América Latina y el Caribe de la FIFP, a mediados de los años 70 da 65 abortos por cada 1.000 embarazos, es decir más o menos la mitad de lo estimado en este trabajo.
El mismo estudio realizado por la Federación Internacional de Planificación Familiar a mediados de los 70 estimó 30 abortos por cada 1.000 embarazos. Nuestra cifra equivaldría a menos de la mitad de esta estimación.
 - 20 SING, S. con base en estadísticas hospitalarias y utilizando diversas estimaciones del porcentaje de mujeres con aborto inducido que se hospitalizan y del porcentaje de mujeres hospitalizadas con aborto espontáneo calcula para Colombia en 1989, una proporción entre 17.4 y 26.0 abortos inducidos por cada 100 embarazos (considerados como la suma de nacimientos vivos y abortos inducidos, excluyendo espontáneos y mortinatos).
SING, S. y WULF, D. (1994). Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar. Número especial de 1994 p. 3-13.
 - 21 En cada sector social el sentido del número de hijos es distinto y el umbral de este número de hijos se estructura atendiendo a situaciones y representaciones diferentes. ZAMUDIO, L., RUBIANO, N. y WARTENBERG, L. Op. cit. Cap. III.
 - 22 Silvina Ramos señala que aunque se conoce poco sobre el aborto en la Argentina, es de suponer que ha desempeñado un papel importante en el descenso temprano de la fecundidad en ese país. Ramos y Viladrick A. Aborto Hospitalizado. Entrada y Salida de Emergencia. Documento CEDES 88- Serie Salud y Sociedad. CEDES Buenos Aires-1993.
 - 23 Profamilia EPDS 1990 p.p 82-84 y 86
 - 24 Op. Cit. p. 87
 - 25 Op. Cit. p. 63
 - 26 SING, S. y WULF, D. Op. cit.
 - 27 Un estudio realizado en Bogotá, a mediados de los años 60's por Gasloni Saim dió como resultado una tasa de 22.25 abortos por mil mujeres. Gasloni Saim Santiago. Investigación sobre el aborto en América Latina. Estudios de Población. ACEP Vol. 1 N° 8, Bogotá 1976.

Bibliografía

- ASCOFAME. (1969). "Estudio de aborto hospitalario. Santafé de Bogotá, Colombia, Julio, 1968-1969.
- FREJKA, Tomas, ATKIN, Lucille y TORO, O. (1989). "Programa de Investigación del aborto inducido en condiciones riesgosas y sus consecuencias adversas en América Latina y el Caribe", The Population Council. Documento de Trabajo No.23, México, 1989.
- FREJKA, Tomas. y ATKIN, Lucille. (1990). "The role of

Induced abortion in the fertility transition in Latin América", monografía presentada en el seminario sobre la transición de la Fecundidad en América Latina, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, Buenos Aires, 3-6 de abril, 1990; y Entrevistas con profesionales en el tema.

FREJKA, Tomas y ATKIN, Lucille. TORO, Olga Lucía. (1989) "Programa de investigación para la prevención del aborto inducido en condiciones riesgosas y sus consecuencias adversas en América Latina y el Caribe. The Population Council, México, septiembre.

GASLON DE SAINS, Santiago. (1976). "Investigation sobre aborto en América Latina". Estudios de Población, ACEP., Vol I, No.8. Págs. 439-449.

GOMEZ, P. I y PULIDO, J.C. (1988) "Mortalidad Materna en el Hospital Materno Infantil, 1985-1986". Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, Santafé de Bogotá, febrero.

INSTITUTO ALAN GUTTMACHER. (1994). Aborto clandestino: una realidad latinoamericana. Nueva York. INTERNATIONAL FERTILITY RESEARCH PROGRAM-IFRP. (1980). El aborto en América Latina. Research Triangle Park, USA.. Cenpafal 0048L.

LOPEZ ESCOBAR., G., RIAÑO GAMBOA, Germán y LENIS, Nicholls N. (1978). "Aborto". Corporation Centro Regional de Población. Santafé de Bogotá, D.C.

LISKIN, L.S. (1980). "Complication of abortion in developpeng Countries". Population Reports, 7 Ser. E.

PABON RODRIGUEZ, Aurelio. (1993). "Indicadores de Salud y sus Tendencias": Instituto Nacional de Salud, Santafé de Bogotá, D.C., febrero.

PABON RODRIGUEZ, Aurelio. (1993) "Aborto Inducido y Espontáneo": Instituto Nacional de Salud. Santafé de Bogotá, abril.

PARDO, F. y URIZA G. (1991) "Estudio de Morbilidad y Motalidad por aborto en 36 instituciones de Bolivia, Colombia, Perú y venezuela", Revista Colombiana de Obstetricia y ginecología, 42: pags. 287, 297.

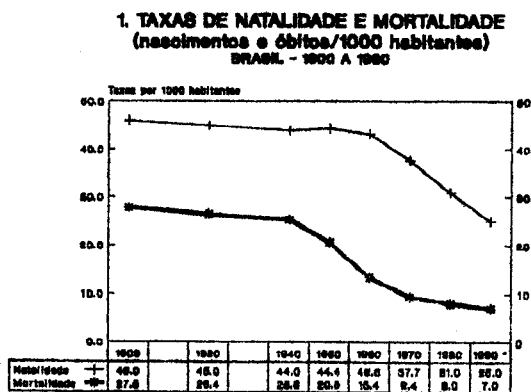
PAXMAN, J. et al. (1993) "La Epidemia Clandestina: La Práctica del aborto ilegal en América Latina", perspectivas Internacionales en Planificacion familiar, número espe

INTERRUPÇÕES DA GRAVIDEZ NO BRASIL

Mário F. G. Monteiro *

1. Introdução

O Brasil experimenta um processo acelerado de transição demográfica, que se iniciou em meados deste século, quando os dois principais determinantes desta transição, a redução da mortalidade e da natalidade, evidenciaram-se mais nitidamente. Pode-se observar, pelos dados apresentados no Gráfico 1, que a diminuição da taxa de mortalidade se acelera após 1940, enquanto a natalidade só começa a declinar mais intensamente a partir da década de 60, havendo neste período um crescimento rápido da população.



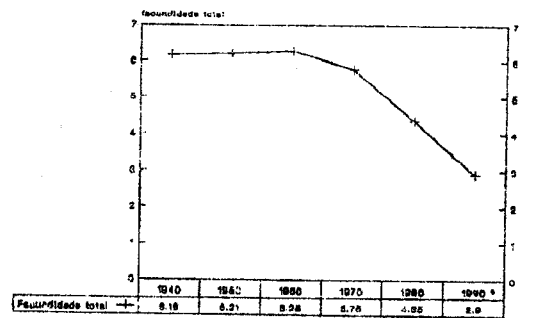
Fonte: IBGE - Séries Retrospectivas e Anuário Estatístico do Brasil
* estimativa

A diferença entre a mortalidade e a natalidade resultou num crescimento vegetativo que

chegou a ser próximo a 3% ao ano na década de 1960, e diminuiu para 1,8% em 1990, quando a taxa de natalidade baixou para 25 nascidos vivos por mil habitantes.

Esta queda da natalidade é consequência de uma redução em mais de 50% da fecundidade, que de 1960 a 1990 passou de 6,28 para menos de 3 filhos por mulher.

2. FECUNDIDADE TOTAL (filhos/mulher) BRASIL - 1960 A 1990



Fonte: IBGE Anuário Estatístico do Brasil 1992

* estimativa

A redução da fecundidade, no entanto, foi obtida, em parte, por conta de alguns procedimentos que podem acarretar problemas sérios para a saúde e o bem-estar da população feminina: cerca de 16% das mulheres de 15 a 49 anos já tinham sido submetidas à cirurgia de

esterilização em 1986, às vezes sem o conhecimento da mulher, e apenas 22% das mulheres neste grupo de idade era usuária de algum método anticoncepcivo (IBGE, 1991).

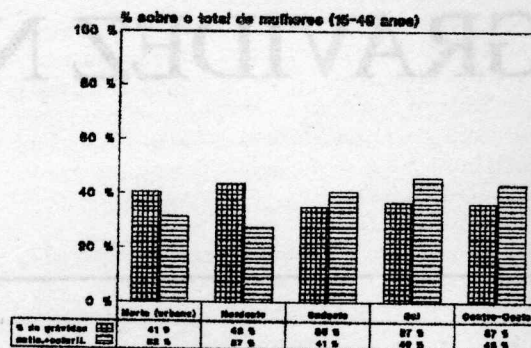
Estes 38% de mulheres em idade reprodutiva (16% esterilizadas e 22% de usuárias de métodos anticoncepcivos) estavam teoricamente fora do grupo de risco de engravidar.

Mas apesar da elevada proporção de mulheres esterilizadas, e das práticas anticoncepcionais, ainda ocorrem muitas gravidezes não desejadas, como demonstram estimativas do Instituto Alan Guttmacher de que metade das gestações no Brasil são indesejadas (The Allan Guttmacher Institute, 1994). Além disso as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, associadas com baixa renda e nível educacional deficiente, acarretam riscos adicionais à gravidez, ao parto e ao puerpério. A atenção à saúde nestas fases deveria ser consequência natural de um dos principais direitos das mulheres: o direito a uma vida reprodutiva saudável, que garantisse também a saúde de seus filhos. No entanto, estudos demográficos e epidemiológicos têm demonstrado que os riscos de complicações da gravidez, parto e puerpério, e as possibilidades de evitar e tratar estas complicações não se distribuem igualmente entre a população. De uma maneira geral os mais pobres e a população com menor nível de educação suportam maiores riscos, e têm acesso mais difícil aos serviços de saúde (IBGE/PNUD, 1994).

Todas as mulheres deveriam ter condições de decidir em que momento iniciar sua vida reprodutiva e ter o número de filhos que desejam, para que um estado de bem-estar da população feminina torne-se realidade,

Pode-se ver no gráfico 3 a associação, bastante previsível, entre a proporção de mulheres que estão fora do grupo de risco de engravidar

3. Anticoncepção e esterilização (1988) e proporção de mulheres que ficaram grávidas entre 1984 e 1988



Fonte: IBGE, PNAD 1988 e PNSN 1989

(percentagem de mulheres de 15 a 49 anos esterilizadas mais a percentagem de mulheres, deste grupo etário, que adotava algum tipo de medida anticoncepcional) e a proporção de mulheres que ficaram grávidas: nas regiões Norte e Nordeste, as menos desenvolvidas do Brasil, a proporção de mulheres que ficaram grávidas era maior.

O objetivo deste trabalho é utilizar informações obtidas na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), realizada pelo IBGE em 1989, e gerar gráficos e mapas que permitam examinar as diferenças regionais e descrever a associação de interrupções da gravidez com o nível de renda.

2. Material e métodos

Para avaliar as diferenças regionais e descrever a associação de interrupções da gravidez com o nível de renda utilizaremos a percentagem de mulheres que referiram pelo menos uma interrupção da gravidez entre o total de mulheres que declararam terem ficado grávidas nos 5 anos anteriores à Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN - 1989). Essa pesquisa abrangeu 9 âmbitos: Norte Urbano, Nordeste Urbano e Rural, Sudeste Urbano e Rural, Sul Urbano e Rural e Centro-Oeste Urbano e Rural.

Os resultados serão apresentados em gráficos e, utilizando-se o programa ATLAS-GIS (Geographic Information System) serão gerados mapas que apontem as diferenças regionais.

A PNSN mostrou que aproximadamente 15% das mulheres que ficaram grávidas entre 1984 e 1989 declararam ter tido pelo menos uma gravidez interrompida (algumas chegaram a ter 5 ou mais). Esta proporção corresponde apenas às mulheres que declararam ter sofrido interrupções da gravidez, e há evidências de que por medo, constrangimento ou esquecimento, o número de gravidezes interrompidas seja maior que o declarado.

O Instituto Alan Guttmacher, de Nova Iorque, divulgou recentemente uma estimativa de 1,4 milhões de abortamentos anuais no Brasil (31% do total de gestações), que resultaram em cerca de 288 mil internações decorrentes de complicações do abortamento induzido (The Allan Guttmacher Institute, 1994). Apesar da limitação dos dados da PNSN, que não atingem o nível estimado de interrupções da gravidez, acreditamos que é válido um esforço para utilizá-los no sentido de levantar hipóteses sobre a distribuição regional das interrupções da gravidez e das diferenças associadas com a pobreza. Neste sentido resta apenas reforçar a idéia de que, apesar de não serem dados totalmente confiáveis, podem ser utilizados para ajudar a conhecermos um pouco mais a situação sobre a saúde reprodutiva das mulheres brasileiras.

3. Resultados

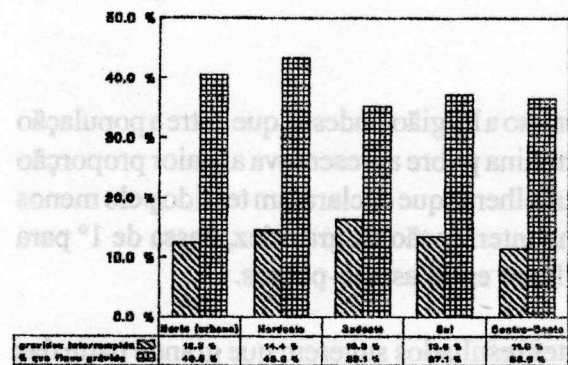
Os dados da PNSN-1989 mostram que a prática do abortamento começa cedo: 11 % das mulheres que ficaram grávidas antes dos vinte anos, já tinham sofrido pelo menos uma interrupção da gravidez, e para muitas o motivo provável é que, embora já tivessem iniciado sua vida sexual, não desejavam engravidar naquele momento.

Além disso, a PNSN revelou que 25% das mulheres com mais de 40 anos, que engravidaram nos últimos 5 anos (algumas portanto engravidaram antes de ter 40 anos) tiveram pelo menos uma interrupção da gravidez, podendo-se interpretar este resultado como indicativo de que existe um grande contingente de mulheres que engravidaram após ter tido o número de filhos que desejavam (IBGE, 1994).

3.1 Diferenças regionais

O gráfico 4 não mostra uma associação direta entre a proporção de mulheres que ficaram grávidas e a percentagem que referiu pelo menos uma interrupção da gravidez, ao contrário, mostra que nas regiões mais contrastantes, a de maior fecundidade (Região Nordeste) e a de menor fecundidade (Região Sudeste), as interrupções da gravidez foram em maiores proporções. Além disso, mesmo na Região Sul, onde quase a metade das mulheres (46%) tinham feito cirurgia de esterilização ou tinham declarado serem usuárias de métodos anticonceptivos, a percentagem de interrupções da gravidez não foi muito diferente.

4. % de mulheres de 15 a 49 anos que ficaram grávidas (entre 1984 e 1989) e % que referiu interrupções da gravidez



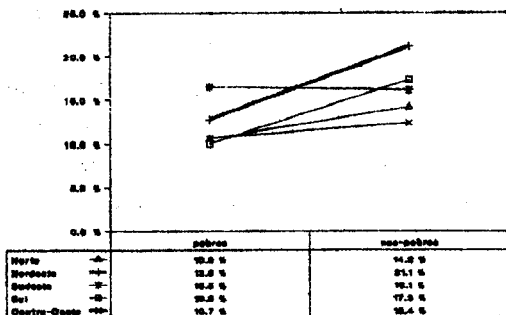
Fonte: IBGE, PNSN 1989

3.2 Diferenças entre pobres e não pobres

Para desagregar as informações sobre interrupções da gravidez, utilizaremos como limite, para estabelecer a linha de pobreza, o rendimento mensal per capita até um salário mínimo (atualmente um salário mínimo corresponde a aproximadamente 70 dólares).

O gráfico 5 mostra um padrão definido, indicando que a proporção de mulheres que tiveram a gravidez interrompida foi maior entre a população não-pobre (com rendimento mensal per capita maior que 1 salário mínimo), em todas as regiões, menos na Região Sudeste, onde esta proporção foi praticamente a mesma nos dois grupos de renda.

5. % mulheres que referiram pelo menos uma interrupção da gravidez entre as que ficaram grávidas (pobres e não-pobres)



Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNNS) 1998

Por isso a Região Sudeste, que entre a população feminina pobre apresentava a maior proporção de mulheres que declararam ter tido pelo menos uma interrupção da gravidez, passa de 1º para 3º lugar entre as não-pobres.

Estes resultados sugerem que grande parte das interrupções da gravidez não são consequências de abortos espontâneos, porque este risco não é menor entre a população pobre. Ao contrário, os dados sugerem que a população pobre recorre

menos frequentemente ao aborto induzido porque esta prática representa um custo para a mulher. Na Região Sudeste, a mais industrializada e a que tem maior oferta de serviços de saúde, parece que a população pobre tem menos dificuldades para realizar um aborto.

3.3 Mapas

Os três mapas a seguir permitem referenciar geograficamente as informações sobre interrupções da gravidez, que estão nos gráficos 4 e 5.

O primeiro mapa, com dados do gráfico 4, mostra que é na região mais desenvolvida (a Região Sudeste) que as mulheres referem interrupções da gravidez em maior porcentagem, mas um segundo grupo junta as regiões com maior e menor parcela da população feminina exposta à gravidez: a Região Nordeste tem a menor porcentagem de mulheres esterilizadas ou que adotam medidas anticoncepcionais, e na Região Sul temos a maior porcentagem deste grupo de mulheres que procuram evitar a gravidez.

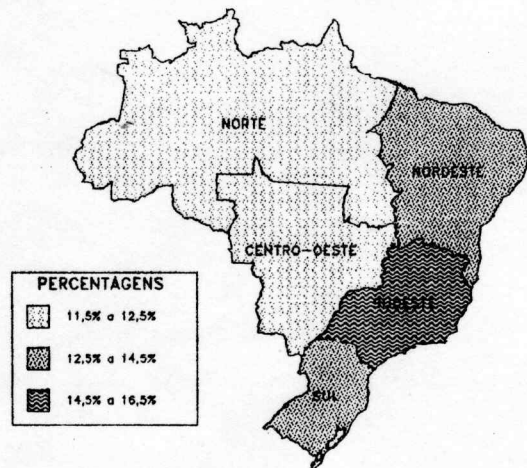
Cabe aqui referir a conclusão do recente estudo sobre aborto na América Latina: entre 40% e 60% de todas as gravidezes, nos seis países estudados, são indesejados, e terminam em um nascimento indesejado ou em um aborto induzido (The Allan Guttmacher Institute, 1994).

Os outros dois mapas usam dados do gráfico 5. Um mostra que a porcentagem de mulheres pobres que declararam interrupções da gravidez é maior na Região Sudeste, talvez porque é nesta região que a oferta de serviços de saúde é maior.

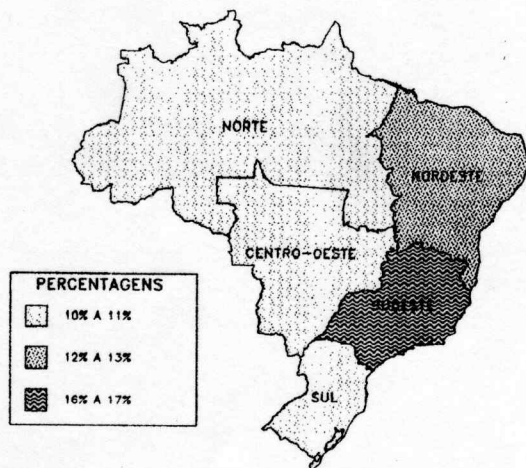
O último mapa mostra que entre a população acima da linha de pobreza, a maior porcentagem

de interrupções da gravidez acontece na Região Nordeste, ficando as Regiões mais desenvolvidas do Sudeste e Sul num nível mais baixo.

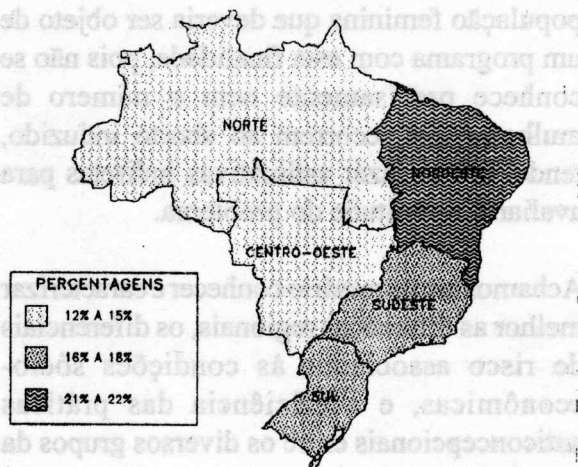
% DE MULHERES DE 15 A 49 ANOS QUE DECLARARAM INTERRUPTÕES DA GRAVIDEZ, ENTRE AS QUE FICARAM GRAVIDAS (ver grafico 4)



% DE MULHERES POBRES QUE DECLARARAM INTERRUPTÕES DA GRAVIDEZ, ENTRE AS QUE FICARAM GRAVIDAS (ver grafico 5)



% DE MULHERES NAO-POBRES QUE DECLARARAM INTERRUPTÕES DA GRAVIDEZ, ENTRE AS QUE FICARAM GRAVIDAS (ver grafico 5)



4. Conclusões e sugestões

As interrupções da gravidez no Brasil constituem um problema sério de Saúde Pública, que provavelmente poderia ser evitado com um programa eficiente de anticoncepção, que ajudasse às mulheres a terem o número desejado de filhos.

Até mesmo nas Regiões onde é maior a proporção de mulheres que adotam medidas para evitar a gravidez (através de esterilização ou de métodos anticoncepcionais), é elevada a proporção de mulheres que ficaram grávidas e referiram ter tido pelo menos uma interrupção da gravidez, indicando claramente que o aborto induzido é frequentemente utilizado para evitar nascimentos indesejados.

Uma informação interessante, obtida com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, realizada em 1989, é que na Região Nordeste, onde o acesso aos serviços de saúde é mais difícil, as mulheres pobres referiram em menor percentagem terem tido interrupções da gravidez. Pode-se pensar que neste grupo de mulheres é grande o número de gravidezes e nascimentos indesejados, e portanto deveriam ser ajudadas a adotar medidas que evitassem

WR 2000 11-01-01-27V

estas gravidezes. No entanto ainda se tem pouca informação para caracterizar melhor a população feminina que deveria ser objeto de um programa com esta finalidade, pois não se conhece precisamente nem o número de mulheres que recorrem ao aborto induzido, tendo-se que fazer estimativas indiretas para avaliar a magnitude do problema.

Achamos ser necessário conhecer e caracterizar melhor as diferenças regionais, os diferenciais de risco associados às condições sócio-econômicas, e a eficiência das práticas anticoncepcionais entre os diversos grupos da população.

Após esta tentativa de utilizar dados de uma pesquisa realizada em nível nacional, fica ainda um sentimento de insegurança quanto aos seus resultados, mas seguramente o caminho para melhorar a saúde reprodutiva de nossa população feminina é o de realizar estudos e pesquisas que desvendem características regionais e relações sócio-econômicas com os riscos de ocorrer uma gravidez indesejada, para evitar uma de suas principais consequências: o aborto induzido, clandestino, realizado frequentemente com grandes riscos à saúde da mulher.

* Médico de Saúde Pública, Professor Adjunto do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) e Analista Especializado para a área de população e saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

5. Bibliografia

1. IBGE, 1991 - Anticoncepção: 1986. Rio de Janeiro, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/ Diretoria de Pesquisas/Departamento de Emprego e Rendimento.
2. IBGE, 1994 - Tabulações especiais da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN 1989). Rio de Janeiro, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Diretoria de Pesquisas/Departamento de Indicadores Sociais.
3. IBGE/PNUD, 1994 - Indicadores Sociais: uma análise da década de 1980 (Parte de saúde). Rio de Janeiro, Fundação

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Diretoria de Pesquisas/Departamento de Indicadores Sociais.

4. The Alan Guttmacher Institute, 1994 - Aborto clandestino: uma realidade latino-americana. Nova Iorque, The Alan Guttmacher Institute.

El aborto en el Perú: estudio epidemiológico hospitalario en las ciudades de Iquitos, Piura y Puno

*Jesús L. Chirinos C., PhD
Luis Sobrevilla A., PhD
Elsa Alcántara de S., MScP*

INTRODUCCION

Existen varios estudios en América Latina en el área del aborto, aunque algunos de dudosa calidad; sin embargo, los datos de mayor exactitud en cuanto a la incidencia del aborto proceden de Cuba debido a la despenalización de este procedimiento en este país (FREJKA, 1990:278)¹, (HOLLERBACH, 1984:13)². Las estimaciones sugieren que la incidencia del aborto inducido en América Latina es similar a la encontrada en otros lugares del mundo (TIETZE, 1983:49)³.

El Perú tiene un crecimiento poblacional marcado y una crisis socioeconómica que aumentaría el aborto inducido como una alternativa para prevenir nacimientos no deseados. Casi dos tercios de las mujeres peruanas no desean tener más hijos, siendo el número real de hijos de 3.5 y el ideal 2.5 (ENDES, 1992)⁴. El aborto en el Perú no está legalizado y sólo es permitido por razones de salud (aborto terapéutico). Debido a las medidas restrictivas, se mantiene una confidencialidad entre los que practican los abortos y las

pacientes, por lo que es imposible determinar con certeza la incidencia del aborto en nuestro medio.

Las complicaciones del aborto inducido ilegal determinan del 4 al 70% de las muertes maternas en los hospitales de los países en desarrollo y un número desconocido de muertes fuera de ellos (POP.REP., 1981:F-9)⁵, en asociación a múltiples factores (BARRON, 1983:321)⁶ (ROYSTON, 1989)⁷. Muchas veces estas defunciones no son registradas como tal, porque no se declaran o se declara mal la causa del fallecimiento (ROCHAT, 1980:484)⁸.

El aborto es uno de los principales factores que contribuye a las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna en el país (INPRMI, 1980:13)⁹, (LOPEZ ET AL, 1978)¹⁰ (ANONIMO, 1989:2)¹¹. El aborto es frecuente entre las mujeres de todas las clases sociales, particularmente entre las mujeres que no usan métodos anticonceptivos eficaces. Por lo tanto, las consecuencias adversas del aborto son un problema de salud pública (COEYTAUX, 1992:2)¹².

Estudios sobre mortalidad materna, demostraron que la infección, el sangrado y el aborto fueron las principales causas de muerte, y confirmaron los hallazgos de otros estudios similares (CERVANTES, 1988:38)¹³ (INPROMI, 1980:55)¹⁴ (WB/UNFPA/WHO, 1987:21)¹⁵ (MARADIEGUE, 1986:43)¹⁶ (MASCARO, 1985:35)¹⁷. Las causas directas de las defunciones correspondieron al 85%; hemorragias en el 23%, aborto en el 22%, sepsis en el 18%, hipertensión en el 17% y otras 5%; las causas indirectas sólo el 15% (CERVANTES, 1988:62)¹⁸, por lo tanto, se señala al aborto como la segunda causa directa de la mortalidad materna, estimada en 16.5/10 mil en todo el país.

Los *objetivos* fueron: 1) Proveer información sobre los niveles del aborto en los hospitales de las ciudades de Piura (costa), Puno (sierra) e Iquitos (selva) del Perú. 2) Identificar los factores asociados del aborto inducido. 3) Identificar las consecuencias adversas clínicas de los abortos en la salud de las mujeres.

POBLACION, MATERIAL Y METODOS

El diseño del estudio fue de tipo transversal modificado, que pretende obtener factores asociados al aborto, sin intentar probar hipótesis.

La población total estimada (en millones), en el Perú en 1988, fue de 21.8, con un total de mujeres de 10.8. La proporción total de mujeres en edad reproductiva fue de 24% (SOBREVILLA, 1990:27)¹⁹, con el 70% en el área urbana y el 30% en el rural. La población en las tres ciudades fue: Piura 310.9 (en miles), Puno 96.2 e Iquitos 258.7 con MEF de 74.6, 23.1 y 62.1 respectivamente (CONAPO, 1989)²⁰.

Se obtuvo información de las estadísticas hospitalarias, de la historia clínica, y mediante la encuesta hospitalaria a todas las mujeres

(total 332) que ingresaron por motivo de aborto a los hospitales del Ministerio de Salud (MINSA) y del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) entre noviembre de 1990 a enero 1991, en las ciudades con las más altas razones de mortalidad materna (RMM) como Piura (costa), Puno (sierra, a 3850 metros sobre el nivel del mar (msnm)), e Iquitos que es la segunda en la selva (correspondiendo a Iquitos 121 mujeres, Piura 123 y Puno 88). En San Martín, que es la primera en la selva, no se realizó el estudio debido a los problemas sociales existentes (Tabla 1).

Mediante las tablas de SCHLESSELMAN²¹ se consideró un alfa igual a 0.05 y una beta de 0.1 para obtener riesgos relativos de 0.3 a 2.0, tomando en cuenta las diferentes proporciones de expuestos.

Los datos primarios se procesaron mediante frecuencias simples y estadísticas descriptivas. En el análisis por tipo de aborto (tablas 2xk) se definió como inducido ilegal y espontáneo, utilizando la siguiente clasificación (BELSEY, 1989:51)²² (BAILEY, 1988:145)²³:

Aborto inducido ilegal definido

Cuando la mujer refiere haberse realizado maniobras para provocarse el aborto y/o presenta huellas de lesión en el cuello uterino.

Aborto inducido ilegal probable

Cuando a la mujer se le encontró en el examen clínico taquicardia (frecuencia cardíaca > = 100 pulsaciones por minuto, temperatura mayor de 37.8, aborto séptico, que el médico haya clasificado el aborto como infectado, se le haya realizado una histerectomía o transfusión.

Aborto espontáneo

Cuando la mujer no presentó ninguna de las condiciones anteriores.

Finalmente se realizó un análisis de regresión logística por tipo de aborto utilizando un modelo reducido en EGRET, tanto para las variables de la ficha clínica como de la encuesta.

RESULTADOS

DE LA FICHA DE IDENTIFICACION DE LOS HOSPITALES

Los siete hospitales que participaron en el estudio fueron medianos porque tienen entre 100 y 300 camas, excepto el hospital del IPSS de Iquitos que tenía 60 camas.

El número de camas asignadas al servicio de ginecología y obstetricia es el más bajo en Piura (17%) y el más alto en Iquitos (27%).

Se encontraron las siguientes diferencias y similitudes:

- a) El total de las hospitalizaciones en gineco-obstetricia es más de la mitad de todos los egresos de los hospitales de Iquitos y Piura. En Puno, en cambio, corresponden a la tercera parte.
- b) Los egresados de ginecología son menores que los de obstetricia (del 4 al 18%); los egresos de ginecología en su mayoría son por aborto en casi todos los hospitales.
- c) Los hospitales del MINSA tienen un mayor número de personal que los hospitales del IPSS, según el volumen de usuarias y de aseguradas.
- d) La razón de aborto por mil nv más alta corresponde a Piura (192) y la más baja a Puno (129).
- e) En los hospitales del MINSA se registraron razones más altas que en el IPSS. El principal procedimiento sigue siendo el legrado uterino.

En la Tabla 2 tenemos la información de los nacidos vivos, nacidos muertos y abortos en un año, desde junio de 1989 a junio de 1990.

f) La RMM para Piura fue de 230/100 mil nv, para Puno de 356 con una disminución de 350 puntos, y para Iquitos de 257 con 100 puntos menos. La muerte proporcional por aborto fue de 42, 33 y 46% respectivamente (Julio 1989 - Junio 1990).

RESULTADOS DE LA FICHA CLINICA

La población en estudio se distribuyó en cada lugar 123 (37%) para Piura, 88 (26.5%) para Puno y 121 (36.5%) para Iquitos. El mayor porcentaje de casos estudiados pertenecen a los hospitales del MINSA.

El promedio de edad de las mujeres fue de 28.25 años (15-45 años); el promedio de embarazos fue de 4.17 (01-18) y el de partos de 2.75 (0-14), con un intervalo intergenésico promedio de 3.3 años (0-16), sin diferencia por lugar (Tabla 3).

La Tabla 4 muestra las variables que se consideraron como nominales y ordinales y que presentaron diferencias por lugar. La gran mayoría de las mujeres tenían 20 años o más (92.5%), siendo adolescentes el 7.5%; el 82.2% de las mujeres tuvieron 6 o menos embarazos; y el 78.6% con 4 o menos partos. Casi el 17% manifestó enfermedad previa y el 10% antecedentes de procedimientos abortivos; el 56.6% tenía un intervalo intergenésico entre 2 a 5 años, con cerca del 27% \leq a 1 año y el 16% $>$ 5 años; en el examen ginecológico se presentó sangrado vaginal en el 98% y dolor pélvico en el 87%; el 80% tuvo aborto incompleto, séptico en el 6%; el 11% estuvo infectado; se presentó fiebre en el 8.8%; el principal tratamiento fue el legrado uterino en el 98.5%, utilizando la ketamina en el 85%; y la condición alta fue

mejorada en casi el 100%. Todas estas variables sin diferencia significativa por lugar.

En las complicaciones intraoperatorias se encontró un caso con hemorragia (0.3%); en las complicaciones port-operatorias médicas infección en 8 (2.4%), anemia en 3 (0.9%), endometritis en 1 (0.3%) y pelviperitonitis en 1 (0.3%); y en las complicaciones post-operatorias quirúrgicas 1 (0.3%) con infección.

RESULTADOS DE LA FICHA CLINICA POR EL TIPO DE ABORTO

En el estudio *univariado* se obtuvo: aborto inducido ilegal en el 8.4%, inducido probable en el 24.4% y aborto espontáneo en el 67.2%.

En el análisis *bivariado*, las variables correlacionadas con la definición de los casos no se incluyeron, así como las variables que no tuvieron diferencia estadística excepto edad de la mujer, edad de la menarquia, paridad, número de hijos vivos, edad gestacional y uso de antibióticos por ser variables de importancia para el análisis y el ajuste de las variables.

En lo que se refiere a la edad es importante acotar que los mayores porcentajes de aborto inducido definido y probable se encuentra en el grupo de 30 o más años y el de 19 o menos (35.4% y 32% respectivamente).

Hubo diferencias significativas por lugar teniendo Iquitos el mayor número de abortos inducidos definidos y Puno la mayor cantidad de probables; las mujeres con 2 o más abortos tienen el mayor porcentaje de abortos inducidos definidos; las pacientes con más de dos días de hospitalización tuvieron el mayor número de abortos inducidos definidos y probables.

En la Tabla 5 se observa el cruce de aborto definido ilegal, probable y espontáneo (generadas con la ficha clínica) con "decisión

de abortar" de la encuesta (59 casos), y se encontraron 4 casos de aborto definido por la ficha clínica que no mencionaron la decisión de abortar y que fueron incluidos. Esto proporciona 63 casos de aborto ilegal definido (19%), que fueron tomados en cuenta para el análisis ya que la decisión de abortar no tuvo diferencia significativa por lugar ($p=0.6265$).

En la Tabla 6 se muestran los resultados considerando la definición de aborto inducido ilegal y espontáneo por la encuesta.

ANALISIS MULTIVARIADO DE LAS VARIABLES DE LA FICHA CLINICA

Utilizando el paquete EGRET, se consideraron los abortos inducidos ilegales definidos por la encuesta (63 casos) y se evaluaron los "Odds Ratio crudos" (ORc) de las variables más importantes del estudio, hallando como factores asociados a la frecuencia cardíaca alta (1.05, 1.02-1.07-débil), el presentar fiebre (3.02, 1.29-7.07) y los abortos infectados (4.61, 2.19-9.72).

Al agregar por extensión las demás variables, se obtuvo el modelo reducido más adecuado presentando como factores asociados al número de abortos (1.78, 1.10-2.87), la frecuencia cardíaca (1.04, 1.01-1.07-débil) y el aborto infectado (3.07, 1.09-8.67).

Con las fracciones etiológicas, se evitaría el 44% de los abortos inducidos al eliminar los abortos repetidos en la población expuesta y el 67% de las hospitalizaciones si se eliminaran los abortos infectados entre los expuestos. Se evitaría el 17% de los casos si se eliminaran los abortos repetidos y el 18% de las hospitalizaciones si se disminuyeran los abortos infectados en la población general.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Se categorizaron las variables continuas principales para su análisis en tablas de 2x2, y se construyeron el nivel de hacinamiento (NIVHAC), el índice de condiciones de vivienda (INCOVI) y el índice de condiciones socio-económicas (INCSEC) (Bronfman, 1988:353)²⁴.

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

El promedio de cohabitantes fue de 5.42 + o - 2.7 (1-17) y el de infantes en la vivienda de 1.34 + o - 1.1 (0.5), sin diferencia por lugar. El número de cohabitantes es mayor de 5 personas en el 62%; el de infantes en la vivienda fue más de 1 en el 41.3%; el de habitaciones fue de 2 o menos en el 48.5%; el tipo de agua fue bueno en el 69.9%; el tipo de servicios higiénicos fue bueno en el 49.1%; el nivel de hacinamiento fue malo en el 10.5%; y el INCOVI fue malo en el 17.2%.

CARACTERISTICAS DE LAS MUJERES

a) Casi el 50% llegó a la ciudad con una edad promedio de 17.2 + o - 8.1 años (1-40), sin diferencia por lugar. La edad en que llegó a la ciudad fue de 13 años o más en el 77.4%.

b) el mayor porcentaje de mujeres que nacieron en el mismo lugar se encuentra en Iquitos (59.5%) y el menor en Puno (25%). Las características del lugar donde vivió hasta los 12 años el mayor porcentaje fue para campo en Puno (41.5%), para pueblo en Iquitos (41.6%) y para ciudad en Piura (55.1%).

c) la edad de la mujer fue mayor de 19 años en el 93.1%. El mayor porcentaje de mujeres adolescentes que abortaron se encontró en Iquitos (9.1%) y Piura (8.9%) y de adultas mayores de 30 años en Puno (42.5%) y Piura (42.3%).

d) Se aprecia que la edad promedio a la primera unión es mayor en Piura (19.3 años) y menor en Iquitos (17.7 a.). Casi el 70% de las mujeres tuvieron su primera unión en la adolescencia, siendo mayor en Iquitos (81.9%) y menor en Piura (57.5%).

e) El nivel educativo de la mujer, indica que el 57.1% están entre regular y malo, éste último en el 12.9%; igual tendencia se da con el de los cónyuges.

f) Del total de las mujeres encuestadas, casi la mitad trabajan en la última semana; sin embargo, en Puno se obtuvo el porcentaje más alto de mujeres que trabajaban (82.8%) y en Piura el menor porcentaje (32.5%). El comercio es la principal actividad en las tres ciudades (10.6%-29.9%). El 21.1% refirió haber tenido una ocupación en el último año. El 66.6% de los cónyuges son empleados-profesionales o se dedican al comercio.

g) La mayoría de entrevistadas declararon estar casadas o ser convivientes (91.9%) y sólo el 5.7% están solteras. El 8.8% refirió haber estado casada más de una vez.

h) En cuanto al ingreso familiar promedio, casi el 60% perciben menos de 106 dólares, con el 81.8% en Puno, y en Iquitos el 57% está por encima de los 106 dólares. El INCSEC es regular a bueno en el 82.9% en Iquitos, 82.3% en Puno y 74.5% en Piura.

FECUNDIDAD Y ANTICONCEPCION

La media de embarazos fue de 4.14+ o -2.6 (1-18); la de nacidos vivos de 2.67+ o -2.4 (0.13); la de hijos actualmente vivos de 2.41+ o -2.17 (0-12); la de natimueertos de 0.07+ o - 0.28 (0-2); la de abortos de 1.4+ o -0.7 (1-4); la del tiempo de espera de otro hijo de 26.3+ o -21.08 meses (1-120), sin diferencia por lugar en todos ellos.

En la historia sobre la fecundidad se registraron todos los embarazos tenidos por las mujeres, de los cuales el 65% resultaron nacidos vivos, el 2% nacidos muertos y el 33% abortos. Sin embargo, el deseo de tener 2 o menos hijos de 44.6% con el mayor porcentaje para Puno, mientras que los mayores porcentajes para más de 2 hijos deseados estuvieron en Iquitos y Piura, con un mayor promedio en Piura (3.35). El 10% de los nacidos vivos fallecieron y el 28.9% ha tenido dos o más abortos.

Otro dato interesante se refiere a que el 55.6% de mujeres declararon "no querer otro hijo más" con el porcentaje más alto (67%) para Puno, y el 52.7% de las mujeres esperaría más de un año para tener hijo con el mayor porcentaje en Piura (64.4%); sin embargo, el uso de anticonceptivos es muy bajo. El 64.2% no ha usado ningún método anticonceptivo antes del embarazo con el mayor porcentaje en Iquitos (73.5%) y el menor en Piura (52%); de las que usaron: el 11% utilizó un anticonceptivo eficaz y el 12% un método tradicional; el 37.1% cambiaría de método, el 38% a DIU y el 22.5% a esterilización. Los mayores proveedores de los anticonceptivos fueron las farmacias, hospitales y centros de salud (64.6%), quedando un porcentaje alto fuera de los servicios de salud.

CARACTERISTICAS DE LOS ABORTOS

La mitad de abortos se realizan antes de las 9 semanas, con los mayores porcentajes en Puno (59.5%) e Iquitos (54.2%). En Piura el 59% fue después de las 9 semanas.

Con el fin de conocer la responsabilidad que la pareja asume para decidir si tendrá o no el aborto, se hicieron las preguntas ¿antes de tener el aborto conversó sobre esa posibilidad con su pareja, con algún familiar o amigo? y ¿quién lo decidió?, y se encontró que sí tomaron la

decisión en el 17.8% (n=59). La mitad contestaron que ambos lo decidieron, y en el 33% ella y en el 21% su cónyuge.

El motivo del aborto fue negado por el 82.2% (n=273) de las mujeres, dando a entender que se trataba de un aborto espontáneo. El resto, dieron los siguientes motivos: económico el 52.5%, inestabilidad conyugal 28.8%, muchos hijos 11.9%, falla del anticonceptivo 6.8%.

Para indagar aún más sobre las causas del aborto a las mujeres que dijeron que no tenían motivo para abortar se les preguntó: ¿entonces, por qué ocurrió? El 32.6% señalaron por accidente (caídas, resbalones, etc.) el 11% por cóleras o maltrato de su cónyuge y el 56.4% negaron algún motivo o mencionaron antojos, creencias u otros.

En el 85.2% el aborto se inició en su propio hogar con el mayor porcentaje en Iquitos (90.8%) y el más bajo en Puno (79.5%); el 11.8% en la casa de curiosa u otro, con los mayores porcentajes en Puno y Piura (2.3 y 7.3%); y el 3% en hospital o clínica.

El 94% de las mujeres acudieron al hospital por hemorragias a causa del aborto actual con el mayor porcentaje en Piura (70.7%) y el más bajo en Iquitos (2.5%); e infección en el 5.1% con los mayores porcentajes en Puno e Iquitos (6.9 y 5.8%). El mayor promedio de días de hospitalización ocurrió en Iquitos (2.57) y el menor en Piura (1.32). Sólo el 22.6% de ellas fueron atendidas en forma regular o mala.

CARACTERISTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El 23.1% de las mujeres están aseguradas por sí mismas o por el cónyuge con los mayores porcentajes en Piura e Iquitos (30.1 y 25.2%). El 31.7% no tiene un servicio de salud cercano al hogar con los mayores porcentajes en Puno

e Iquitos (42 y 37.5%); y el 33.3% no acude a los servicios de salud con los mayores porcentajes en Iquitos y Puno (48 y 36%).

OPINIONES Y ACTITUDES SOBRE EL ABORTO

Para conocer las opiniones de las mujeres en relación al aborto, se les formuló una serie de preguntas indirectas, casi todas en tercera persona (Tabla 7).

a) En las razones para abortar menos de la mitad de las mujeres dieron respuestas positivas a los items; sólo si pelagra la vida de la mujer la respuesta es afirmativa, es decir, si practicarían el aborto, en el 50.9% con los mayores porcentajes en Piura y Puno (37.9 y 36.1%).

b) En cuanto al conocimiento de casos de aborto, para saber de qué modo está extendida en la comunidad la práctica del mismo, se encontró que entre el 40.4% y el 60.2% de MEF conocen de alguna forma de aborto en su sociedad.

c) En las consecuencias del aborto, casi todas las mujeres tienen clara conciencia que esta práctica daña la salud de la mujer (92.7%) (sin diferencia significativa por lugar) y que puede causar la muerte (88.8%) con mayores porcentajes en Iquitos y Piura (38.8 y 37.7%), así mismo, que genera un sentimiento muy fuerte de culpabilidad (73.2%), con porcentajes para Piura e Iquitos del 43.3 y 34%. Casi la mitad opinaron que el aborto produce rechazo social con los mayores porcentajes en Piura e Iquitos (39.1 y 32.5%), y es motivo para la separación de la pareja en el 48.3% con el más alto porcentaje en Piura y Puno (36.9 y 33.1%). Sólo el 38.1% cree que produce esterilidad con porcentajes altos en Piura e Iquitos (42.8 y 34.9%).

d) También resultó importante saber sobre los

casos de mortalidad materna conocidos en su ambiente social. Algo más de la mitad de las mujeres (53%) señalaron conocer casos de muerte por parto con el más alto porcentaje en Piura (45.7%), y una cifra muy cercana de mortalidad por aborto (44.1), en cambio, por uso de anticonceptivo, sólo informaron en el 6.4% con el mayor porcentaje en Piura (71.4%).

e) Finalmente en las tres ciudades, la mayoría (79.9%) estuvieron de acuerdo en señalar al aborto como el hecho más peligroso para la vida y la salud de la mujer con el mayor porcentaje en Iquitos y Piura (85.6 y 83.6%). En cambio, el dar a luz a otro hijo o usar anticonceptivos es riesgoso para la mujer sólo en el 15.3 y 4.3% con los mayores porcentajes en Puno (27.7 y 6%).

ANALISIS DE ABORTOS INDUCIDOS ILEGALES DEFINIDOS Y ESPONTANEOS CON LAS VARIABLES DE LA ENCUESTA (Tabla 8)

En las *características de la vivienda* se tuvo diferencia significativa en el número de cohabitantes ya que se presentaron mayor porcentaje de abortos inducidos en los casos que tienen mas de 5 personas en la vivienda.

En las *características de la mujer*, presentó diferencia significativa el estado conyugal con porcentajes mayores en las solteras y las separadas/divorciadas para los abortos definidos.

En las *características de fecundidad y anticoncepción*, las diferencias significativas se presentaron en el número de abortos con el mayor porcentaje para 2 o más abortos en los abortos definidos y para el tiempo de espera de otro hijo de 2 o más años.

En las *características del aborto*, presentaron diferencia significativa el tipo de

complicaciones con los mayores porcentajes para la infección y la hemorragia en los casos de aborto inducido ilegal.

En cuanto a las opiniones de la mujer sobre el aborto, se encuentra diferencia significativa dentro de las razones para abortar cuando la mujer es violada, es soltera, deficiencia en el niño, embarazo no deseado, muchos hijos, falla del método anticonceptivo e inmadurez en la mujer ($p < .05$), correspondiendo los mayores porcentajes de respuesta afirmativa para los casos de aborto inducido ilegal.

En la opinión de que el aborto produce muerte se observa que las mujeres con aborto espontáneo, casi la mayoría (91.4%), da una respuesta afirmativa.

ANALISIS MULTIVARIADO

Se hizo un análisis bivariado en EGRET, tomando como variable dependiente aborto inducido/espontáneo y se evaluaron los ORc de las variables de la encuesta de mayor importancia biológica y estadística encontrándose que la infección como complicación, costo del aborto, si la mujer es soltera o separada/divorciada y el número de días de hospitalización tienen ORc significativos.

Luego se realizó un análisis de regresión logística, utilizando el método por extensión, utilizando el INCSEC (con similares resultados al del ingreso familiar). Se encontró, en el modelo reducido más adecuado que tener un aborto en Piura, 2 o mas abortos y más de dos días de hospitalización son factores asociados con ORaj y significativos. El estado conyugal separada/divorciada presenta un OR alto con un intervalo amplio, lo que se relaciona a un tamaño de muestra pequeño para esta variable (Tabla 9).

En la población expuesta, se evitaría el 90% de los abortos inducidos si se elimina el estado conyugal inestable; el 81% de los abortos hospitalizados si se eliminan los abortos infectados, el 65% de los abortos si se interviene en Piura, el 41% de los abortos si se elimina la posibilidad de abortos repetidos.

En la población general, se evitaría el 41% de los casos si se eliminan los abortos en Piura, el 18% de las hospitalizaciones si se eliminan los casos de abortos infectados, el 17% si se eliminan los abortos repetidos (en este caso 2 o más), y el 15% si se elimina el estado conyugal inestable.

DISCUSION

A finales de los 70's, el MinSa llevó a cabo una investigación cuyas conclusiones fueron que la razón del aborto inducido fue 137/1000 nacidos vivos, aunque probablemente era subestimada. La región Altiplánica (Puno) tanto como la selva (San Martín) tenían las más altas razones; la mortalidad por aborto fue del 21% de todas las muertes maternas en 1977. Este es el último estudio nacional realizado en el Perú (INPROMI, 1980:56)²⁵.

En lo que se refiere a las *características de los hospitales*, en este estudio la mayoría de los hospitales fueron medianos. El número de camas asignadas al servicio de ginecología y obstetricia y sus egresos indican una alta proporción de partos en Piura e Iquitos, y los egresos de ginecología y obstetricia representan más de la mitad de todos los egresos. En Puno, en cambio, son la tercera parte, debido a la resistencia de la población femenina para utilizar los servicios de salud, sobre todo si no se respetan los patrones culturales de atención del parto en ese lugar.

De la información sobre el *personal de salud* se

tiene que los hospitales del MinSa disponen de mayor número de personal (médico, obstétricas, enfermeras y auxiliares) que los hospitales del IPSS. Además, el número está de acuerdo al volumen de usuarias al existir una proporción reducida de mujeres aseguradas.

Sobre la *atención del aborto*, se observa que las razones de abortos por mil nacidos vivos (rango de 129 a 192) son mucho mayores que lo señalado por el MinSa.

CERVANTES (1988:104)²⁶, concluía que la razón de mortalidad materna fue alta en San Martín, Ucayali y Loreto (selva), Puno, Huancavelica y Pasco (región andina), y Ancash, Piura y Tumbes (costa). Encontró que la mortalidad materna relacionada al aborto, el 72% fue por abortos inducidos y el 54% de ellos con una edad gestacional por encima de las 8 semanas. Las muertes ocurrieron dentro de los primeros días de hospitalización.

En este estudio se encontró en lo que respecta a la *mortalidad materna*, que la RMM más alta corresponde a Puno, es decir, la tendencia inicial se mantiene aún cuando la tasa ha disminuído en relación lo encontrado por CERVANTES (1988:54)²⁷. En Piura, se mantiene, mientras que en Iquitos ha bajado en 100 puntos. Estos resultados deben considerarse con precaución porque las cifras absolutas son bajas. La muerte por aborto con respecto al total de muertes maternas en los tres lugares (rango de 33% a 46%) es un indicador del peso del aborto como causa principal de la mortalidad materna.

En lo que se refiere a los *resultados de la ficha clínica*, la mayoría de las mujeres tenían una edad mayor de 19 años, con un alto promedio de embarazos, paridad, sólo dos hijos vivos y más de un aborto. Estos datos son compatibles con lo que se señala respecto a que las razones de aborto se elevan con la edad y la paridad; en general, el aborto aumentó dramáticamente

después que la mujer había llegado a un cierto nivel de paridad y este nivel pareció reflejar el tamaño deseado de la familia (GASLONDE, 1975:12)²⁸.

En América Latina, tanto en el presente como en el pasado, el aborto inducido es llevado a cabo usando técnicas deficientes, bajo condiciones antihigiénicas, a menudo dentro de un ambiente de hostilidad y de desaprobación (FREJKA, 1990:13)²⁹. Tales condiciones están asociadas con complicaciones médicas serias, las que a menudo requieren cuidado de emergencia y en muchos casos llevan a la muerte de la mujer. Sumado a la alta morbimortalidad materna, estos abortos inducidos están, además, asociados con una variedad de secuelas (POP.REP., 1981:F-10)³⁰ (CHIRINOS, 1989:6)³¹.

Mediante la encuesta casi se duplicó el número de abortos inducidos ilegales que lo que se obtuvo por la ficha clínica. Los hallazgos más frecuentes fueron dolor pélvico y sangrado vaginal y los signos indirectos de aborto inducido se presentaron en mayor cantidad en Iquitos y Puno; la mayoría fueron abortos incompletos y el aborto séptico fue más frecuente en Iquitos y Puno; algo más del 10% de los abortos estuvo infectado y en menor porcentaje con fiebre, en Piura principalmente, lo cual se relaciona con los abortos inducidos (BAILEY, 1988:146)³².

Las complicaciones más frecuentes fueron infección (incluyendo endometritis y pelviperitonitis), anemia y hemorragia; esto es más frecuente en adolescentes, edad gestacional mayor de 12 semanas, y antecedente de procedimientos abortivos, factores que son considerados de riesgo para el desarrollo de complicaciones (POP.REP., 1981:F-6)³³.

Es probable que con la forma de clasificar el aborto en este estudio, la incidencia de los

abortos, inclusive, como lo refieren otros estudios, está subestimada, ya que se utiliza la ficha clínica, que no es exacta (BAILEY, 1988:155)³⁴, y además, se sabe que muchas mujeres niegan el haberse provocado un aborto (BELSEY, 1989:49)³⁵.

La evidencia sugiere que la incidencia de abortos inducidos se ha incrementado marcadamente en Latinoamérica, a pesar del incremento del uso de anticonceptivos en la región, ya que muchas mujeres tratan de evitar nacimientos no deseados y tener familias pequeñas, sobre todo en áreas urbanas (TIETZE, 1983:49)³⁶. Es importante investigar los factores de decisión personal y familiares, el conocimiento de la anticoncepción, técnicas abortivas, disponibilidad y calidad de los servicios para abortar y las consecuencias adversas (FREJKA, 1990:1)³⁷.

En todos los países sobre los que se dispone de información sobre la incidencia del aborto, según el tamaño de la comunidad, se constata que dicha incidencia es más alta en las áreas urbanas que en las rurales y mucho más alta en las ciudades más grandes (TIETZE, 1983:73)³⁸. Varios estudios, en países de Latinoamérica, Africa y Asia, han demostrado mayores porcentajes de aborto y sus complicaciones en áreas urbanas que en las rurales, y la incidencia de aborto en las áreas rurales es 1 de cada 5 embarazos (POP.REP., 1981:F-1)³⁹.

De los *resultados de la encuesta*, en cuanto a las *características de las mujeres que abortan*, hay mujeres adolescentes en mayor porcentaje en Iquitos y Piura y una mayor proporción de adultas mayores de 30 años en Puno y Piura y es importante enfatizar que en el grupo de adolescentes y mayores de 30 hay un mayor porcentaje de abortos inducidos que espontáneos, lo cual corresponde a lo señalado en la literatura (TIETZE, 1983:77)⁴⁰ (BAILEY, 1988:146)⁴¹.

Más de las dos terceras partes de las mujeres tuvieron su primera unión en la adolescencia, siendo mayor en Iquitos. Existe una alta asociación como aborto inducido ilegal en las separadas/divorciadas y las solteras, y en un estudio se señala un alto porcentaje de abortos inducidos en adolescentes solteras sin niños (SAONA, 1988:25)⁴².

Con respecto a la *fecundidad y anticoncepción*, resalta que casi el 50% desea haber tenido 2 o menos hijos; casi el 60% no quiere otro hijo mas, quizás por que ya alcanzaron o pasaron el tamaño ideal de la familia; y algo más del 50% esperaría 2 o más años para tener otro hijo, pero esto se contradice con el porcentaje muy bajo que usó un anticonceptivo eficaz antes del último embarazo, hallazgos similares a los de la ENDES-1992. Esto indica que las condiciones de educación sexual, de orientación y de uso de la planificación familiar en nuestro país o que no están al alcance de las mujeres o parejas, así como el acceso a los servicios de salud, o de problemas culturales que requieren evaluación.

Las mujeres que presentaron 2 o más abortos, o desean un espacio intergenésico de 2 o más años, tuvieron el mayor porcentaje de abortos inducidos en forma significativa, lo cual se señala en la literatura (STEINHOF, 1979)⁴³. Esto hace necesario establecer un programa de educación sexual y de orientación en planificación familiar durante el internamiento de la mujer por aborto y por otros motivos, así como disponer en todos los centros de salud de métodos eficaces y de fácil accesibilidad.

En 1963, se estableció el programa de planificación familiar en Chile, y uno de los principales objetivos fue disminuir la morbilidad y la mortalidad causada por el aborto ilegal (GALL, 1972:2)⁴⁴. Las encuestas demostraron una alta prevalencia de aborto que fue confirmada por la alta cantidad de admisiones hospitalarias debido a las

complicaciones abortivas. El éxito de la planificación familiar ha logrado que la prevalencia del aborto disminuya en un 45% desde 1966 (VIEL, 1987:27)⁴⁵.

Al observar las *características de los servicios de salud*, se tiene que algo más de la quinta parte de las mujeres que se estudiaron, está asegurada, principalmente en Piura e Iquitos, lo que podría reflejar una mayor protección social y de salud a la mujer en la costa y la selva, más no en Puno donde la proporción de camas de la seguridad es mucho menor. Casi un tercio no tiene un servicio de salud cercano al hogar principalmente en Iquitos y Puno, lo que refleja las condiciones de salud de las regiones de la selva y la sierra del país.

Es importante señalar que el estar aseguradas protege de las posibles complicaciones del aborto, pero no contra la realización del mismo, de acuerdo los resultados de un estudio hecho en Lima en el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), en el que se refiere que hay un mayor porcentaje de abortos entre las aseguradas que entre las cónyuges de los asegurados (seguro indirecto) (HERRERA, 1988)⁴⁶.

Así mismo, fue interesante averiguar las *opiniones de las mujeres sobre el aborto*; se encontró que un tercio estuvo de acuerdo con que se realice el aborto cuando la mujer fue violada. Sólo en el caso de que peligre la vida de la mujer la respuesta es afirmativa en más de la mitad. Más mujeres conocían de abortos provocados que espontáneos, con mayores porcentajes en Piura e Iquitos. A pesar de estar generalizada entre las mujeres la opinión de que el aborto daña la salud, de que algo más de un tercio cree que produce esterilidad, que puede causar la muerte, y que genera un sentimiento de culpabilidad muy fuerte, dadas las creencias religiosas y culturales, existe un elevado porcentaje de abortos inducidos, lo

cual es necesario profundizar en más estudios de tipo cualitativo.

Se concluye que los abortos ocurren en mayor proporción en mujeres de mayor paridad y con antecedentes de más de un aborto; en mujeres que no usan o tienen poco acceso a los anticonceptivos, y desean un intervalo intergenésico mayor. En el grupo de mujeres adolescentes y mayores de 30 años hay un porcentaje mayor de abortos inducidos que espontáneos; así como, en las que tienen una temprana unión y un estado civil inestable. La mayoría reconoce los riesgos del aborto inducido pero están de acuerdo en que se practique en caso de que el embarazo represente una amenaza contra la vida de la mujer. Las complicaciones más frecuentes son las hemorragias y las infecciones lo que da lugar a una mayor estancia hospitalaria.

REFERENCIAS

- 1* Grant 89082, Task Force for Social Sciences Research on Reproductive Health, WHO. Instituto de Estudios de Población, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Enviado 08/08/94.
1. Frejka, T., Atkin, L., 1990, "El papel del aborto inducido en la transición de la fecundidad en América Latina". *Salud Pública Mex.* 32:276-287.
2. Hollerbach, P. E., et al., 1984, "Fertility determinants in Cuba". *International Planning Perspectives*, 10(1):12-20.
3. Tietze, C. 1983, Incidencia del aborto. En Informe Mundial sobre el aborto, Ministerio de Cultura, Instituto de la Mujer, pp:45-71, Madrid, España.
4. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES-1992), Instituto Nacional de Estadística, Consejo Nacional de Población. Lima, Perú.
5. *Population Reports*, 1981. Complicaciones del aborto en los países en desarrollo. En *Interrupción del Embarazo*, Serie F, No. 7, pp:F1-F56
6. Tietze, C. Induced Abortion. En *Obstetrical Epidemiology*, Barron S., Thomson A., 1983, pp:321-346. Academic Press.
7. Royston, E., Armstrong, S., 1989. Preventing maternal deaths. WHO (Citado en *Prevención de la Mortalidad Materna en las Américas: Perspectivas para los años 90*. OPS/OMS, 1992:18.

8. RoCHAT, R., Kramer, D., Senanayake, P. and Howell, C., 1980, "Induced abortion and health problems in developing countries". *The Lancet*, ii:484.
9. Instituto Nacional de Promoción Materno-Infantil. Ministerio de Salud (Lima-Perú), 1980. El aborto en los establecimientos de salud en el Perú. Dirección General de Salud Materno Infantil y Población, pp 13-57.
10. López, G., Riaño, G., Lewis, N. 1978. "Aborto. Interrogantes, comentarios y resultados parciales de algunas investigaciones colombianas". Monografía de la Corporación Centro Regional de Población, 8:9-63, Bogotá-Colombia.
11. Anónimo, 1989. The Impact of Unsafe Abortion in the Developing World. *Outlook* 7(3):1-7.
12. Coeytaux, F., 1992. El aborto inducido: Una cuestión de Salud Pública para las Américas (presentado Conferencia sobre la Maternidad Segura en América Central, 1992, Guatemala. The Population Council pp:1-20. New York, NY.
13. Cervantes, R., Watanabe T., Denegri J., 1988. Muerte Materna en los Hospitales del Perú-1985. Capítulo II. En Muerte Materna y Muerte Perinatal en los Hospitales del Perú. Ministerio de Salud, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, OPS. pp:35-115. Lima, Perú.
14. INPROMI, Ministerio de Salud (Lima - Perú), 1980. Idem 9.
15. Preventing the tragedy of Maternal Mortality. 1987. International Safe Motherhood Conference, pp: 18-21. World Bank, WHO, UNFPA, Nairobi, Kenya.
16. Maradiegue, E., 1986, "Mortalidad materna en el Hospital Cayetano Heredia". *Acta Médica Peruana*, 13(3):41-46.
17. Mascaró, P., 1985, "Mortalidad maternal en el Hospital Maternidad de Lima". *Ginecol y Obstet (Lima - Perú)*, 29:33-37.
18. Cervantes, R., 1988. Idem 13.
19. Sobrevilla, L., Chu, M. 1990. PERU 2025. El desafío demográfico, 1989. IEPO-UPCH, pp:23-28. LIMA-PERU.
20. Consejo Nacional de Población. PERU: Hechos y cifras demográficas, 1989.
21. Schlesselman, J.J., 1974, "Sample size requirements in cohort and case control studies of diseases". *Am J Epidemiol* 99:381-384.
22. Belsey M., 1989. Differentiating between spontaneous and induced abortions. En *Methodological issues in abortion research*, Ed. Coeytaux, F., Leonard, A., Royston, E., The Population Council, International Projects Assistance Services and WHO, pp: 49-53.
23. Bailey, P., Llano, L., et al., 1988, "Estudios hospitalarios del aborto ilegal en Bolivia", *Bol Of Sanit Panam* 104(2):144-159.
24. Bronfman, M., Guiscagre, M., Castro, V., Castro, R., et al., 1988, "La medición de la desigualdad: una estrategia metodológica; análisis de las características socioeconómicas de las muestras". *Arch Invest Médica*, 19:351-360.
25. INPROMI, 1980. Idem 9.
26. Cervantes B., R., 1988. Idem 13.
27. Cervantes, R., 1988. Idem 13.
28. Gaslonde, S., 1975. Studies on fertility and abortion in Asuncion, Bogota, Buenos Aires, Lima and Panama City. In Pan American Health Organization (PAHO) and Transnational Family Research Institute. *Epidemiology of abortion and practices of fertility regulation in Latin America: Selected reports*. No. 306, pp: 9-25, Washington, USA.
29. Frejka, T., Atkin, L., et al., 1990. A conceptual Framework for the study of induced abortion. *Population Council*, pp:1-29.
30. *Population Reports*, 1981. Idem 5.
31. Chirinos C., J., 1989, "El aborto en el Perú". *Boletín de Reproducción Humana y Planificación Familiar*, Año 2(3):6. Lima-Perú.
32. Bailey, P., et al. 1988. Idem 23.
33. *Population Reports*, 1981. Idem 5.
34. Bailey, P., et al., 1988. Idem 23.
35. Belsey M., 1989. Idem 22.
36. Tietze, C., 1983. Idem 6.
37. Frejka, T., Atkin, L., et al., 1990. Idem 29.
38. Tietze, C., 1983. Residencia, antecedentes étnicos y nivel socioeconómico, En *Informe Mundial sobre el Aborto*, Ministerio de Cultura - Instituto de la Mujer (ed). pp:73-75. Madrid, España.
39. *Populations Reports*, 1981. Idem 5.
40. Tietze, C., 1983. Características Demográficas. En *Informe Mundial sobre el Aborto*, Ministerio de Cultura -Instituto de la Mujer (ed) pp:77-106. Madrid, España.
41. Bailey, P., et al., 1988. Idem 23.
42. Saona, P., 1988. Epidemiología del aborto, Hospital de Apoyo Cayetano Heredia, 1975-1984. Tesis de Especialista en Gineco-Obstetricia, UPCH, pp: 1-30. Lima-Perú.
43. Steinhoff P., Smith R., Palmore J., et al. 1979. Women who obtain repeat abortions: A study based on record linkage. *Family Planning Perspective* 11(1), pp:30-38.
44. Gall, N., 1972 "Births, abortions and the progress of Chile". *American Universities Field Staff Reports*, West Coast South America Series, 19(2):1-10.
45. Viel, B., 1987, "La experiencia chilena de mortalidad infantil y materna, 1940-1985". *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, pp: 24-28.
46. Herrera J., L., Results of a cost-benefit study of family planning services. Instituto Peruano de Seguridad Social-Andean Institute of Population and Development Studies, 1988, Lima-Perú.

TABLA 1. TASA DE MORTALIDAD MATERNA HOSPITALARIA

| <u>REGION</u> | <u>DEPARTAMENTOS</u> | <u>TMM POR 100 MIL</u> |
|---------------|----------------------|------------------------|
| COSTA | PIURA | 251 |
| | TUMBES | 232 |
| | LA LIBERTAD | 229 |
| SIERRA | PUNO | 703 |
| | HUANCAVELICA | 448 |
| | PASCO | 375 |
| SELVA | SAN MARTIN | 903 |
| | LORETO | 350 |
| | UCAYALI | 347 |
| | LIMA | 104 |
| | CALLAO | 139 |
| PAIS | | 165 |

FUENTE: CERVANTES, R. Y OTROS, LIMA 1988 (REF.15)

TABLA 2. NUMERO DE NACIDOS VIVOS, NACIDOS MUERTOS, ABORTOS Y LEGRADOS UTERINOS

| HOSPITALES | NACIDOS VIVOS | NACIDOS MUERTOS | ABORTOS | | LEGRADO UTER. | |
|----------------|---------------|-----------------|-------------|------------|---------------|-----------|
| | | | No. | TASA(a) | No. | TASA(b) |
| PIURA | | | | | | |
| REGIONAL | 3846 | 136 | 772 | 200 | 1002 | 19 |
| IPSS | 1370 | 26 | 229 | 167 | 228 | 11 |
| TOTAL | 5216 | 162 | 1001 | 192 | 1230 | 16 |
| PUNO | | | | | | |
| REGIONAL | 899 | 47 | 116 | 129 | 104 | 9 |
| DE APOYO | 788 | 36 | 101 | 128 | 112 | 11 |
| TOTAL | 1687 | 83 | 217 | 129 | 216 | 10 |
| IQUITOS | | | | | | |
| REGIONAL(c) | 566 | 5 | 89 | 157 | 99 | 12 |
| DE APOYO | 3685 | 150 | 537 | 146 | 565 | 13 |
| IPSS | 802 | 4 | 110 | 137 | 95 | 7 |
| TOTAL | 5053 | 159 | 736 | 146 | 759 | 12 |

(a) Tasa por mil nacimientos anuales

(b) Tasa por cien hospitalizaciones gin.-obst. anuales

(c) Agosto-Diciembre 1990

FUENTE: Encuesta IEPO/OMS, 1990 (Anexo 1)

TABLA 3. VARIABLES CONTINUAS DE LA FICHA CLINICA CON DIFERENCIA POR LUGAR.

| VARIABLE | N | (%) | MEDIA | DS | RANGO | F* | Sign |
|-------------------|-----|--------|--------|--------|----------|-------|-------|
| Ed.menarquia(a) | 324 | (97.6) | 13.61 | 1.515 | (09-18) | 5.03 | 0.007 |
| Iquitos | 118 | (97.5) | 13.52 | 1.40 | (10-18) | | |
| Piura | 120 | (97.6) | 13.38 | 1.496 | (09-16) | | |
| Puno | 86 | (97.7) | 14.03 | 1.619 | (09-17) | | |
| No.natimuertos | 332 | (100) | 0.24 | 0.743 | (00-05) | 35.54 | 0.000 |
| Iquitos | 121 | (100) | 0.04 | 0.200 | (00-01) | | |
| Piura | 123 | (100) | 0.06 | 0.279 | (00-02) | | |
| Puno | 88 | (100) | 0.76 | 1.250 | (00-05) | | |
| No.abortos | 332 | (100) | 1.36 | 0.666 | (01-04) | 6.46 | 0.002 |
| Iquitos | 121 | (100) | 1.42 | 0.704 | (01-04) | | |
| Piura | 123 | (100) | 1.45 | 0.749 | (01-04) | | |
| Puno | 88 | (100) | 1.15 | 0.388 | (01-03) | | |
| No.hijos vivos | 332 | (100) | 2.29 | 2.259 | (00-12) | 9.77 | 0.000 |
| Iquitos | 121 | (100) | 2.63 | 2.446 | (00-12) | | |
| Piura | 123 | (100) | 2.58 | 2.236 | (00-10) | | |
| Puno | 88 | (100) | 1.39 | 1.752 | (00-07) | | |
| No.legra.uter. | 332 | (100) | 1.19 | 0.690 | (00-05) | 8.60 | 0.000 |
| Iquitos | 121 | (100) | 1.32 | 0.608 | (01-04) | | |
| Piura | 123 | (100) | 1.24 | 0.591 | (00-03) | | |
| Puno | 88 | (100) | 0.94 | 0.849 | (00-05) | | |
| Pres.art.sist. | 314 | (94.6) | 104.63 | 14.585 | (60-150) | 25.49 | 0.000 |
| Iquitos | 119 | (98.3) | 101.51 | 13.381 | (70-140) | | |
| Piura | 111 | (90.2) | 111.94 | 14.016 | (70-150) | | |
| Puno | 84 | (95.5) | 99.40 | 13.204 | (60-120) | | |
| Pres.art.diast. | 315 | (94.9) | 65.75 | 12.713 | (20-100) | 6.57 | 0.002 |
| Iquitos | 119 | (98.3) | 63.61 | 9.543 | (40-90) | | |
| Piura | 111 | (90.2) | 69.19 | 10.903 | (40-100) | | |
| Puno | 85 | (96.6) | 64.23 | 17.209 | (20-100) | | |
| Frec.cardiaca | 321 | (96.7) | 80.72 | 11.251 | (60-140) | 19.92 | 0.000 |
| Iquitos | 117 | (96.7) | 76.46 | 10.400 | (60-140) | | |
| Piura | 120 | (97.6) | 85.17 | 12.547 | (60-140) | | |
| Puno | 84 | (95.5) | 80.29 | 7.540 | (60-100) | | |
| Edad gestaciòn(s) | 324 | (97.6) | 11.31 | 4.103 | (04-22) | 10.89 | 0.000 |
| Iquitos | 121 | (100) | 11.16 | 4.340 | (04-22) | | |
| Piura | 116 | (94.3) | 12.52 | 3.689 | (06-22) | | |
| Puno | 87 | (98.9) | 9.89 | 3.837 | (04-20) | | |
| Dias hospital. | 330 | (99.4) | 2.11 | 1.334 | (00-10) | 33.37 | 0.000 |
| Iquitos | 121 | (100) | 2.58 | 1.499 | (00-10) | | |
| Piura | 121 | (98.3) | 1.39 | 1.012 | (00-08) | | |
| Puno | 88 | (100) | 2.46 | 1.039 | (01-08) | | |

DS=desviaciòn estàndar. N=nùmero (%)=porcentaje. a=años, s=semanas. *F de la comparaciòn de medias por lugar (ANOVA).

TABLA 4. DESCRIPCION DE LAS VARIABLES NOMINALES Y ORDINALES DE LA FICHA CLINICA, SIGNIFICATIVAS EN CADA LUGAR.

| VARIABLE | Iquitos | | Piura | | Puno | |
|------------------------|---------|------|-------|------|------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Edad actual <=19 | 11 | 9.1 | 12 | 9.8 | 2 | 2.3 |
| (años) 20-29 | 72 | 59.5 | 60 | 48.8 | 48 | 54.5 |
| >=30 | 38 | 31.4 | 51 | 41.5 | 38 | 43.2 |
| Edad gestación <=12s | 82 | 67.8 | 69 | 59.5 | 69 | 79.3 |
| (semanas) >12s | 39 | 32.2 | 47 | 40.5 | 18 | 20.7 |
| Enfermedad previa 1=si | 25 | 20.7 | 20 | 16.3 | 10 | 11.4 |
| 2=no | 96 | 79.3 | 103 | 83.7 | 78 | 88.6 |
| Proced.abortivos* 1=si | 10 | 10.3 | 9 | 12.0 | 4 | 6.0 |
| 2=no | 87 | 89.7 | 66 | 88.0 | 63 | 94.0 |
| Examen ginecològ.*+ | | | | | | |
| 1. Dolor pèlvico | 113 | 93.4 | 96 | 78.0 | 79 | 89.8 |
| 2. Rebote perito. | 1 | 0.8 | 0 | | 1 | 1.2 |
| 3. Sangrado vagin. | 117 | 96.7 | 120 | 97.6 | 88 | 100.0 |
| 4. Sec. maloliente | 9 | 7.4 | 2 | 1.6 | 6 | 6.8 |
| 5. Lesiòn cèrvix | 5 | 4.1 | 1 | 0.8 | 2 | 2.3 |
| 6. Otros | 2 | 1.7 | 11 | 8.9 | 21 | 23.9 |
| Tipo de aborto+ | | | | | | |
| 1. Completo | 3 | 2.5 | 2 | 1.6 | 8 | 9.1 |
| 2. Incompleto | 103 | 85.1 | 95 | 77.2 | 69 | 78.4 |
| 3. Sèptico | 9 | 7.4 | 4 | 3.3 | 6 | 6.8 |
| 4. Otro | 6 | 5.0 | 22 | 17.9 | 5 | 5.7 |
| Grado de Infecciòn+ | | | | | | |
| 1. s/infecciòn | 112 | 92.6 | 108 | 87.8 | 75 | 85.2 |
| 2. c/infecciòn | 9 | 7.4 | 14 | 11.4 | 12 | 13.6 |
| 3. Pelviperiton. | 0 | | 0 | | 1 | 1.1 |
| 4. Choque sèptico | 0 | | 1 | 0.8 | 0 | |
| Transfusiòn* 1=si | 2 | 1.7 | 3 | 2.5 | 7 | 8.0 |
| 2=no | 118 | 98.3 | 116 | 97.5 | 81 | 92.0 |
| Temperatura* <37.8 | 106 | 92.2 | 92 | 87.6 | 82 | 93.2 |
| >37.8 | 9 | 7.8 | 13 | 12.4 | 6 | 6.8 |

*La diferencia en el número o porcentaje es por "0=ninguno", o no sabe/no contesta.

+Aquí sólo se describen.

TABLA 5. ABORTO DEFINIDO POR FICHA CLINICA COMO INDUCIDO ILEGAL, INDUCIDO ILEGAL PROBABLE Y ESPONTANEO VS. "DECISION DE ABORTAR DE LA ENCUESTA

| <u>Definición clínica</u> | <u>No</u> | | <u>Si</u> | | <u>Total</u> | |
|---------------------------|------------|----------------|-----------|----------------|--------------|--------------|
| | <u>N</u> | <u>%</u> | <u>N</u> | <u>%</u> | <u>N</u> | <u>%</u> |
| Espontáneo | 207 | 92.8 (75.8) | 16 | 7.2 (27.1) | 223 | 67.2 |
| Ilegal definido | 4 | 14.3 (1.5) | 24 | 85.7 (40.7) | 28 | 8.4 |
| Ilegal probable | 62 | 76.5 (22.7) | 19 | 23.4 (32.2) | 81 | 24.4 |
| Total | 273 | 82.2 | 59 | 17.8 | 332 | 100.0 |

Los abortos definidos por la encuesta como ilegales inducidos fueron aquellos que tomaron la decisión de abortar (59) mas los 4 casos catalogados clínicamente como inducidos ilegales definidos.

TABLA 6. ANALISIS DE LAS VARIABLES DE MAYOR IMPORTANCIA DE LA FICHA CLINICA POR ABORTO DEFINIDO POR LA ENCUESTA COMO INDUCIDO ILEGAL Y ESPONTANEO

| | Inducido ilegal | | Espontáneo | | Sig p |
|------------------------|-----------------|------|------------|------|----------|
| | N | % | N | % | |
| LUGAR | | | | | 0.6531 |
| Iquitos | 20 | 16.5 | 101 | 83.5 | |
| Piura | 26 | 21.1 | 97 | 78.9 | |
| Puno | 17 | 19.3 | 71 | 80.7 | |
| EDAD ACTUAL | | | | | 0.2056 |
| <19a | 6 | 24.0 | 19 | 76.0 | |
| 20-29 | 39 | 21.7 | 141 | 78.3 | |
| >=30 | 18 | 14.2 | 109 | 85.8 | |
| PARIDAD | | | | | 0.6071 |
| 0 | 1422.2 | | | | |
| | 4977.8 | | | | |
| 1-4 | 38 | 19.2 | 160 | 80.8 | |
| >=5 | 11 | 15.5 | 60 | 84.5 | |
| HIJOS VIVOS | | | | | 0.3280 |
| 0 | 21 | 23.1 | 70 | 76.9 | |
| 1-4 | 33 | 17.5 | 156 | 82.5 | |
| >=5 | 9 | 17.3 | 43 | 82.7 | |
| NUM.ABORTOS | | | | | 0.0535* |
| 1 | 40 | 16.5 | 203 | 83.5 | |
| >=2 | 23 | 25.8 | 66 | 74.1 | |
| EDAD GESTACION | | | | | 0.3181 |
| <=12s | 60 | 18.5 | 264 | 81.5 | |
| >12s | 44 | 20.0 | 176 | 80.0 | |
| | 16 | 15.4 | 88 | 84.6 | |
| DIAS HOSPIT. | | | | | 0.0194* |
| <=2d. | 37 | 15.7 | 198 | 84.3 | |
| >2d | 26 | 26.8 | 71 | 73.2 | |
| EXAMEN GINEC. + | | | | | 0.0022* |
| <3 | 43 | 15.3 | 238 | 84.7 | |
| >=3 | 20 | 39.2 | 31 | 60.8 | |
| USO ANTIBIOT. | | | | | 0.0448* |
| No | 15 | 13.0 | 100 | 87.0 | |
| Si | 48 | 22.1 | 169 | 77.9 | |

* Estadísticamente significativo.

p Estadístico de contraste X

+ Se tomó el examen ginecológico como puntaje ya que no se utilizó para definir los casos de la encuesta y como una prueba de validez externa.

TABLA 7. OPINIONES DE LAS MUJERES ENCUESTADAS SOBRE EL ABORTO QUE RESULTARON SIGNIFICATIVAS POR LUGAR.

| Razones para abortar | si | | no | | no sabe | | sig |
|----------------------------|-----|------|-----|------|---------|------|--------|
| | N | % | N | % | N | % | |
| Peligra la vida de la muj. | 169 | 50.9 | 134 | 40.4 | 29 | 8.7 | .0002* |
| Iquitos | 44 | 26.0 | 64 | 47.8 | 13 | 44.8 | |
| Piura | 64 | 37.9 | 48 | 35.8 | 11 | 37.9 | |
| Puno | 61 | 36.1 | 22 | 16.4 | 5 | 17.2 | |
| Deficiencias en el niño | 157 | 47.3 | 115 | 34.6 | 60 | 18.1 | .0245 |
| Iquitos | 50 | 31.8 | 39 | 33.9 | 32 | 53.3 | |
| Piura | 60 | 38.2 | 49 | 42.6 | 14 | 23.3 | |
| Puno | 47 | 29.9 | 27 | 23.5 | 14 | 23.3 | |
| Salud de la muj deficient | 103 | 31.0 | 186 | 56.0 | 43 | 13.0 | .0000* |
| Iquitos | 29 | 28.1 | 78 | 41.9 | 14 | 32.5 | |
| Piura | 28 | 27.2 | 85 | 45.7 | 10 | 23.2 | |
| Puno | 46 | 44.7 | 23 | 12.4 | 19 | 44.2 | |
| Irresponsabilidad paterna | 101 | 30.4 | 210 | 63.3 | 21 | 6.3 | .0000* |
| Iquitos | 23 | 22.8 | 92 | 43.8 | 6 | 28.6 | |
| Piura | 40 | 39.6 | 80 | 38.1 | 3 | 14.3 | |
| Puno | 38 | 37.6 | 38 | 18.1 | 12 | 57.1 | |
| Muchos hijos | 98 | 29.5 | 212 | 63.9 | 22 | 6.6 | .0011* |
| Iquitos | 24 | 24.5 | 89 | 42.0 | 8 | 36.4 | |
| Piura | 38 | 38.9 | 81 | 38.2 | 4 | 18.2 | |
| Puno | 36 | 36.7 | 42 | 19.8 | 10 | 45.4 | |
| Inmadurez en la mujer | 53 | 16.1 | 255 | 77.3 | 22 | 6.7 | .0000* |
| Iquitos | 12 | 22.6 | 103 | 40.4 | 4 | 18.2 | |
| Piura | 20 | 37.7 | 101 | 39.6 | 2 | 9.1 | |
| Puno | 21 | 39.6 | 51 | 20.0 | 16 | 72.7 | |
| Falla del método anticonc | 49 | 14.8 | 247 | 74.6 | 35 | 10.6 | .0000* |
| Iquitos | 10 | 20.4 | 103 | 41.7 | 7 | 20.0 | |
| Piura | 15 | 30.6 | 101 | 40.9 | 7 | 20.0 | |
| Puno | 24 | 49.0 | 43 | 17.4 | 21 | 60.0 | |
| La mujer es soltera | 45 | 13.7 | 261 | 79.3 | 23 | 7.0 | .0000* |
| Iquitos | 11 | 24.4 | 102 | 39.1 | 7 | 30.4 | |
| Piura | 12 | 26.7 | 106 | 40.6 | 3 | 13.0 | |
| Puno | 22 | 48.9 | 53 | 20.3 | 13 | 56.5 | |
| Impedimen.morales o relig. | 39 | 11.8 | 234 | 70.7 | 58 | 17.5 | .0000* |
| Iquitos | 2 | 5.1 | 108 | 46.1 | 10 | 17.2 | |
| Piura | 29 | 74.3 | 80 | 34.2 | 14 | 24.1 | |
| Puno | 8 | 20.5 | 46 | 19.6 | 34 | 58.6 | |
| Embarazo no deseado | 38 | 11.5 | 268 | 81.0 | 25 | 7.6 | .0000* |
| Iquitos | 11 | 28.9 | 99 | 36.9 | 11 | 44.0 | |
| Piura | 5 | 13.1 | 115 | 42.9 | 3 | 12.0 | |
| Puno | 22 | 57.9 | 54 | 20.1 | 11 | 44.0 | |

*Estadísticamente significativa por lugar
p Estadístico de contraste X.

TABLA No. 7. OPINIONES DE LAS MUJERES ENCUESTADAS SOBRE EL ABORTO QUE RESULTARON SIGNIFICATIVAS POR LUGAR (continuación).

| Conocimiento de casos de abortos. | | | | | | | |
|--|---------------------------|------|-------|------|---------|------|--------|
| Conoce? | muchas | | pocas | | no sabe | | sig |
| | N | % | N | % | N | % | |
| | Muj. que acuden a abortar | 66 | 19.9 | 86 | 25.9 | 180 | |
| Iquitos | 8 | 12.1 | 31 | 30.0 | 82 | 45.5 | |
| Piura | 44 | 66.7 | 29 | 33.7 | 50 | 27.8 | |
| Puno | 14 | 21.2 | 26 | 30.2 | 48 | 26.7 | |
| Muj. que hacen algo p. abor. | 68 | 20.5 | 114 | 34.3 | 150 | 45.2 | .0000* |
| Iquitos | 10 | 14.7 | 49 | 43.0 | 62 | 41.3 | |
| Piura | 46 | 67.6 | 37 | 32.4 | 40 | 26.7 | |
| Puno | 12 | 17.6 | 28 | 24.6 | 48 | 32.0 | |
| Muj. con pérdida no descada | 33 | 9.9 | 188 | 56.6 | 111 | 33.4 | .0000* |
| Iquitos | 4 | 12.1 | 70 | 37.2 | 47 | 42.3 | |
| Piura | 14 | 42.4 | 85 | 45.2 | 24 | 21.6 | |
| Puno | 15 | 45.4 | 33 | 17.5 | 40 | 36.0 | |
| Consecuencias del aborto. | | | | | | | |
| El aborto produce? | si | | no | | no sabe | | sig |
| | N | % | N | % | N | % | |
| | Esterilidad | 126 | 38.1 | 79 | 23.9 | 126 | |
| Iquitos | 44 | 34.9 | 18 | 22.8 | 58 | 46.0 | |
| Piura | 54 | 42.8 | 39 | 49.4 | 30 | 23.8 | |
| Puno | 28 | 22.2 | 22 | 27.8 | 38 | 30.1 | |
| Muerte | 294 | 88.8 | 21 | 6.3 | 16 | 4.8 | .0014* |
| Iquitos | 114 | 38.8 | 1 | 4.8 | 5 | 31.2 | |
| Piura | 111 | 37.7 | 9 | 42.8 | 3 | 18.7 | |
| Puno | 69 | 23.5 | 11 | 52.4 | 8 | 50.0 | |

* Estadísticamente significativa por lugar.

p Estadístico de contraste X.

TABLA 7. OPINIONES DE LAS MUJERES ENCUESTADAS SOBRE EL ABORTO QUE RESULTARON SIGNIFICATIVAS POR LUGAR (continuación)

Consecuencias del aborto.

| El aborto produce? | si | | no | | no sabe | | sig |
|-------------------------|-----|------|-----|------|---------|------|--------|
| | N | % | N | % | N | % | |
| Sentimiento de culpa | 238 | 73.2 | 50 | 15.4 | 37 | 11.4 | .0000* |
| Iquitos | 81 | 34.0 | 30 | 60.0 | 5 | 13.5 | |
| Piura | 103 | 43.3 | 12 | 24.0 | 7 | 18.9 | |
| Puno | 54 | 22.7 | 8 | 16.0 | 25 | 67.6 | |
| Rechazo social | 166 | 50.6 | 106 | 32.3 | 56 | 17.1 | .0000* |
| Iquitos | 54 | 32.5 | 56 | 52.8 | 8 | 14.3 | |
| Piura | 65 | 39.1 | 28 | 26.4 | 29 | 51.8 | |
| Puno | 47 | 28.3 | 22 | 20.7 | 19 | 33.9 | |
| Separación de la pareja | 157 | 48.3 | 123 | 37.8 | 45 | 13.8 | .0001* |
| Iquitos | 47 | 29.9 | 62 | 50.4 | 9 | 20.0 | |
| Piura | 58 | 36.9 | 36 | 29.3 | 26 | 57.8 | |
| Puno | 52 | 33.1 | 25 | 20.3 | 10 | 22.2 | |

Fatalidad del parto o uso de anticonceptivos

| Conoce muerte por: | si | | no | | no sabe | | sig |
|--------------------|-----|------|-----|------|---------|------|--------|
| | N | % | N | % | N | % | |
| Parto | 175 | 53.0 | 130 | 39.4 | 25 | 7.6 | .0000* |
| Iquitos | 39 | 22.3 | 66 | 50.8 | 14 | 56.0 | |
| Piura | 80 | 45.7 | 39 | 30.0 | 4 | 16.0 | |
| Puno | 56 | 32.0 | 25 | 19.2 | 7 | 28.0 | |
| Anticonceptivos | 21 | 6.4 | 240 | 73.6 | 65 | 19.9 | .0000* |
| Iquitos | 3 | 14.3 | 101 | 42.1 | 15 | 23.1 | |
| Piura | 15 | 71.4 | 100 | 41.7 | 8 | 12.3 | |
| Puno | 3 | 14.3 | 39 | 16.2 | 42 | 64.6 | |

Estadísticamente significativa por lugar.

p Estadístico de contraste X.

TABLA 8. VARIABLES NOMINALES Y ORDINALES DE LA ENCUESTA POR TIPO DE ABORTO.

| VARIABLES | | IND.ILEGAL | | ESPONTANEO | | SIG P |
|------------------|-----------|------------|--------|------------|--------|----------|
| | | N | % | N | % | |
| Lugar | Iquito | 20 | (31.7) | 101 | (37.5) | 0.6510 |
| | Piura | 26 | (41.3) | 97 | (36.0) | |
| | Puno | 17 | (27.0) | 71 | (26.4) | |
| No. cohabitantes | <=4 | 16 | (25.4) | 110 | (40.9) | 0.0225* |
| | >5 | 47 | (74.6) | 159 | (59.1) | |
| Estado cony. | conv.cas. | 51 | (80.9) | 254 | (94.4) | 0.0018* |
| | sep.div. | 4 | (6.3) | 4 | (1.5) | |
| | soltera | 8 | (12.7) | 11 | (4.1) | |
| No. abortos | <=1a | 37 | (58.7) | 199 | (74.0) | 0.0163* |
| | >1 | 26 | (41.3) | 70 | (26.0) | |
| T.esp.otro hijo | <=1a | 7 | (28.0) | 62 | (51.2) | 0.0341* |
| | 2a y + | 18 | (72.0) | 59 | (48.8) | |
| Tipo complic. | ninguna | 27 | (42.8) | 161 | (60.1) | 0.0104* |
| | hemorr. | 22 | (34.9) | 80 | (29.8) | |
| | infec. | 8 | (12.7) | 9 | (3.3) | |
| | dolor u | 6 | (9.5) | 18 | (6.6) | |

otro

*Significativos. p Estadístico de contraste X.

+Aquí sólo se describen.

TABLA 9. CUADRO SUMARIO DE LOS OR CRUDOS Y AJUSTADOS DE LAS VARIABLES DE MAYOR IMPORTANCIA DE LA ENCUESTA EN EL MODELO REDUCIDO+.

| VARIABLES | ORc | IC | ORaj | IC |
|---------------|------|-------------|--------|---------------|
| Lugar | | | | |
| Piura | 1.35 | 0.71- 2.58 | 2.89+ | 1.20- 6.95**& |
| | | | 2.87++ | 1.24- 6.64**& |
| Puno | 1.21 | 0.59- 2.47 | 1.85+ | 0.76- 4.47** |
| | | | 1.58++ | 0.64- 3.89** |
| No. abortos | 1.41 | 0.99- 2.02 | 1.69+ | 1.12- 2.55**& |
| | | | 1.62++ | 1.08- 2.43**& |
| Tipo compl. | | | | |
| Infección | 5.30 | 1.88-14.94* | | |
| Costo abor. | 1.09 | 1.02- 1.18* | | |
| Est. conyugal | 4.98 | 1.21-20.57* | 10.04+ | 1.68-59.98**& |
| Separ/divor | | | 7.37++ | 1.50-36.03**& |
| Soltera | 3.62 | 1.39- 9.45* | 1.18+ | 0.11-12.79** |
| | | | 2.88++ | 0.57-14.59** |
| Dias hospít. | 1.23 | 1.02- 1.49* | 1.43+ | 1.09-1.87**& |
| | | | 1.38++ | 1.08-1.76**& |

ORc=razones de momios crudos. ORaj=razones de momios ajustados por las variables en el modelo reducido.

+ ORaj sin considerar la variable ingreso familiar.

++ ORaj sin considerar la variable índice de condiciones socioeconómicas. IC=intervalos de confianza.

* ORc significativos. significativo débil.

** ORaj que se deben tomar en cuenta en lugar de los crudo. & ORaj significativos.

Aborto Complicado: La punta del iceberg de la práctica clandestina

Elena Prada Salas, Soc. M.A.¹

Introducción

No todos los embarazos que ocurren en una población, terminan en un nacido vivo y no todos los abortos tienen complicaciones que requieran la hospitalización de la mujer.

Determinar clínicamente cuándo un aborto es provocado es tarea difícil, casi que imposible, a menos que la maniobra efectuada para inducirlo haya sido tan agresiva que muestre graves daños en el aparato genital femenino, lesiones en órganos vecinos o haya severas infecciones. Este tipo de complicaciones es cada vez menos frecuente en razón al mejoramiento de las técnicas de inducción y al uso masivo de fármacos. Por lo tanto, la determinación de aborto provocado solo puede ser detectado con certeza, por confesión de la mujer.

En la práctica la aceptación de un aborto inducido, no se da y no se puede dar, debido a la restrictiva legislación colombiana que contempla penas tanto para quien provoca un aborto como para quien permite o solicita, se le provoque. Exige al mismo tiempo, a quien atiende la complicación, la denuncia del caso ante la autoridad competente.

Debido a estas circunstancias las mujeres casi nunca reconocen en el momento de la hospitalización haber sido sometidas a una

maniobra abortiva, ni delatan a quien les ayudó en un momento de necesidad. Por su parte el equipo de salud, se abstiene en la mayoría de los casos de hacer la denuncia por falta de la evidencia clínica exacta, por los trámites burocráticos que ello demanda y quizás también por razones de solidaridad de agregar un problema más a la mujer que, ya de por sí, enfrenta serios quebrantos en su salud física, emocional, social y familiar.

Por ello, no es de extrañar que los registros de egreso hospitalario del país muestren cifras muy bajas de aborto inducido y muy altas de "aborto no especificado". Por ejemplo en el año de 1989, menos del 1% de los egresos hospitalarios (causas 630 a 639) se registra como aborto inducido, tan sólo el 2% de los casos como abortos espontáneos, mientras que alrededor del 84% se registran como "aborto no especificado" (Singh y Wulf, 1994:5).

No obstante, resultados de estudios recientes realizados en países de la región muestran que una alta proporción de los casos hospitalizados se debe más a complicaciones por aborto inducido que por aborto espontáneo. Con base en los datos del estudio de FLASOG² realizado en el año de 1990, se estimó que el 67% de las hospitalizaciones en Colombia se debieron a complicaciones por aborto inducido (Singh y

Wulf, 1993:135). Una proporción aún mayor (75%) se ha estimado en Río de Janeiro, sobre la base de entrevistas en profundidad, en mujeres hospitalizadas por aborto (Da Costa, sin publicar).

Por lo tanto, la información que suministran los registros de egreso hospitalario, están más cerca del total de abortos inducidos que ocurren en la población que de los abortos espontáneos. Aún más, es evidente que las mujeres que planean y desean un embarazo, se cuidan y por lo general toman medidas y precauciones que sean necesarias a la menor señal de problema para evitar "perder el hijo".

El presente trabajo tiene dos propósitos fundamentales. En primer lugar hacer un análisis del volumen de pacientes hospitalizadas por aborto complicado en los años de 1982, 1985 y 1989; y, en segundo lugar, llegar a un cálculo del nivel de aborto inducido por región geográfica para los dos últimos años examinados.

Parte de la información utilizada en este trabajo sirvió de base para una investigación realizada, recientemente, por el Instituto Alan Guttmacher (AGI, 1994) de la ciudad de Nueva York, sobre el aborto clandestino en seis países latinoamericanos; uno de los cuales fue Colombia.

A diferencia del estudio del AGI, en el cual se analizó el país como un todo y se estimó el volumen de abortos inducidos en 1989 (año para el cual se disponía la información más reciente), el presente trabajo examina las tendencias entre 1982 y 1989 por cada una de las regiones geográficas que conforman el país.

Con el análisis de los diferenciales regionales del aborto durante la década de los 80, se espera contribuir tanto en los esfuerzos ya iniciados de búsqueda de un conocimiento mejor informado

acerca del aborto en Colombia, como en ofrecer información más detallada que sirva de base para la planeación y provisión de los recursos de salud. Además, si se quiere mejorar la calidad, cobertura y oportunidad de la prestación de los servicios de salud a la mujer, es necesario conocer si existen diferencias regionales en las complicaciones por aborto y determinar en qué grupos se presentan.

El documento examina en primer lugar, algunas de las características de las mujeres hospitalizadas por aborto y el cambio operado durante la década del 80. Entre las características utilizadas en el análisis se encuentran la edad, la región de residencia, el tipo de hospital y cobertura de la seguridad social. Luego se elabora un cálculo grueso del nivel de aborto inducido en el país por cada una de las regiones, y por último, se presentan algunos indicadores del comportamiento reproductivo que pueden contribuir a la comprensión de las variaciones regionales de los niveles de aborto estimados.

2. Metodología

La información utilizada en este trabajo proviene de tres fuentes principales:

- a) estadísticas oficiales sobre el número de mujeres hospitalizadas cada año por complicaciones del aborto;
- b) datos de la encuesta de Demografía y Salud realizada en el año de 1990; y
- c) estimaciones de población.

De acuerdo con las normas que rigen el sistema de salud de Colombia, todos los organismos públicos y privados adscritos a él deben reportar información sobre hospitalizaciones y demás servicios asistenciales a la División de Informática del Ministerio de Salud. En esta

División se realiza el procesamiento y consolidación de todos los datos utilizando diversos formatos, uno de los cuales es la forma SIS-110 que registra el egreso hospitalario. Sin embargo, no todas las instituciones efectúan el envío de los registros o lo hacen cumplidamente, ni todas las diligencian de manera completa y consistente.

El formato SIS-110 ofrece información sobre edad, tipo de hospital, tipo de procedimiento quirúrgico practicado a la paciente, días de hospitalización, tipo de protección de la seguridad social y diagnóstico de la hospitalización, entre otros aspectos. Esta última información se procesa con base en la clasificación internacional de enfermedades (CIE) 9a. versión.

La CIE-9 contempla códigos específicos para clasificar cada una de las patologías de embarazos que no llegan a término. Así, por ejemplo, bajo los códigos del 630 al 633 deben registrarse los productos anormales de la concepción (mola hidatiforme, aborto retenido, embarazo ectópico); el código 634 cubre los abortos espontáneos; los códigos 635 y 636 registran los abortos inducidos (legales e ilegales); el 637 está asignado para el aborto no especificado y los códigos 638 y 639 son para casos de intento fallido de aborto y complicaciones consecutivas al aborto.

De acuerdo con los registros oficiales, el número de mujeres hospitalizadas por aborto se ha mantenido durante la década del 80 en cifras que oscilan entre 62.000 en 1982 y 66.000³ en 1989 casos anualmente. Estas cifras corresponden aproximadamente a una cuarta parte (22%) del total de abortos inducidos que se estiman ocurren en el país anualmente.

3. Características de las mujeres con complicaciones de aborto

El cuadro 1 presenta las proporciones de mujeres hospitalizadas por abortos complicados en 1982, 1985 y 1989 de acuerdo con la edad de la paciente.

Se observa que la distribución etaria de las mujeres hospitalizadas ha tenido muy poco cambio en los tres años: más del 87% corresponde a mujeres mayores de 20 años y alrededor del 12-13% es de menores de 20.

La distribución de las complicaciones por edad refleja esencialmente el comportamiento de ocurrencia de los nacimientos en el país: tanto uno como otro evento acontecen en mayor proporción entre los 20 y 29 años. Así, por ejemplo, una de cada dos mujeres hospitalizadas por complicaciones debidas al aborto tiene entre 20 y 29 años, el 29% tiene 30 a 39 años y el 6% tiene más de 40 años mientras la distribución de los nacimientos para estos mismos grupos de edad es de 58%, 22% y 3% respectivamente.

Tabla 1. Distribución porcentual de mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto y distribución de nacimientos según edad de la mujer. Colombia, 1982-1989

| Edad | 1982 (N=61.835) | 1985 (N=61.907) | 1989 (N=66.544) | Nacimientos:1989 (756.681) |
|--------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------------------|
| < 15 | 0.2 | 0.2 | 0.3 | - |
| 15-19 | 12.0 | 11.8 | 12.9 | 17.3 |
| 20-24 | 28.0 | 27.9 | 27.5 | 32.8 |
| 25-29 | 25.1 | 25.9 | 25.1 | 14.9 |
| 35-39 | 10.8 | 10.8 | 11.1 | 7.0 |
| 40-44 | 5.4 | 4.6 | 4.7 | 2.4 |
| 45-49 | 1.1 | 1.0 | 0.8 | 0.4 |
| 50 y + | 0.2 | 0.1 | 0.1 | - |

Como en la mayoría de los países latinoamericanos, la población colombiana no se distribuye en forma regular en toda su extensión territorial: el 98% de la población reside en tan sólo un tercio del territorio y el 2% restante ocupa las dos terceras partes que conforman los antiguos territorios nacionales.

Como podría esperarse de la desigual distribución de población, la proporción de casos hospitalizados por región⁴ es un reflejo de ella. En la Tabla 2, se observa que la más alta proporción de casos hospitalizados por aborto complicado se presenta en las mujeres de la región central (alrededor del 30%), donde reside el 25% de las mujeres de 15 a 49 años y la más baja, se encuentra en los antiguos territorios nacionales (entre 2% y 3%), donde vive el 2% de las mujeres en edad fértil. El 18% de las hospitalizaciones corresponde a mujeres de la región atlántica, la cual concentra el 20% de mujeres de 15-49 años.

Tabla 2. Distribución porcentual de mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto según región y año. Colombia 1982-1989

| Región | 1982 (N=62.098) | 1985 (N=62.096) | 1989 (N=66.765) |
|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Atlántica | 21.1 | 20.8 | 18.0 |
| Pacífica | 12.3 | 13.1 | 12.5 |
| Central | 31.2 | 30.3 | 30.2 |
| Oriental | 16.7 | 18.1 | 22.1 |
| Bogotá | 16.3 | 14.9 | 14.5 |
| Antiguos T. Nales. | 1.6 | 2.7 | 2.7 |

Bogotá contribuye con el 12% de los casos hospitalizados y agrupa el 15% de la población femenina en edad reproductiva. Por su parte, la región oriental, que ocupa el segundo lugar en el mayor número de hospitalizaciones por aborto (22%) concentra una proporción mucho menor de mujeres de 15-49 años (17%) que la región Central.

Los datos de la Tabla 2 también indican una ligera disminución de las hospitalizaciones en

mujeres de la costa norte y de la capital de la república y, un notable incremento en las hospitalizaciones de las mujeres de la región oriental (aproximadamente 5 puntos porcentuales). Aún más, la proporción de hospitalizaciones en esta última región para el año 1989 es muy similar a la que presentaba la región atlántica en el año de 1982.

Puesto que el embarazo en mujeres adolescentes representa un alto riesgo obstétrico, además de que muchos de ellos no son planeados (Prada, Singh y Wulf, 1988:41) es importante analizar si existen diferencias regionales en la morbilidad por aborto en este grupo de población.

En la tabla 3, se observa que las proporciones de jóvenes hospitalizadas por complicaciones asociadas a aborto son bastantes similares en 4 de las seis regiones (entre 11% y 13%), y su distribución no ha tenido mayores cambios durante la década del 80. En las regiones atlántica y territorios nacionales se perciben proporciones ligeramente más altas en 1989 (16% y 17% respectivamente) y un ligero aumento entre 1982 y 1989.

Tabla 3. Proporción de adolescentes hospitalizadas por complicaciones de aborto según región y año. Colombia, 1982-1989

| Región | 1982 | 1985 | 1989 |
|-------------------|------|------|------|
| Atlántica | 13.6 | 13.3 | 15.6 |
| Pacífica | 13.7 | 13.5 | 12.6 |
| Central | 11.0 | 10.3 | 12.4 |
| Oriental | 12.5 | 12.4 | 13.3 |
| Bogotá | 10.7 | 11.0 | 11.4 |
| Antiguos T. Nales | 16.7 | 15.7 | 17.4 |

Al igual que en mujeres adultas, la proporción de abortos en adolescentes es más o menos similar a la proporción de nacimientos en este grupo de población. De acuerdo con la encuesta de demografía y salud de 1990 (Profamilia, 1991:48, 33), las proporciones de adolescentes con hijos o que están embarazadas de su primer

hijo son altas en la región atlántica y territorios nacionales (18% y 16% respectivamente) y un poco más bajas en las demás regiones (fluctúa entre 9% y 14%).

4. Características de la atención en las complicaciones de aborto

En Colombia las instituciones para la prestación de los servicios de atención médica se encuentran estratificadas por niveles de atención, es decir, basados en la capacidad de resolución de los problemas de salud según los recursos físicos, tecnológicos y humanos de que disponen cada uno de los servicios.

Así por ejemplo, el nivel 1 se refiere a los organismos de salud de nivel local, que son los menos especializados y pueden en algunos casos tener unas cuantas camas. El nivel 2, son centros de salud y hospitales que tienen más camas y cuentan por lo menos con un gineco-obstetra. El nivel 3, son los hospitales de mayor tamaño y los más especializados en cuanto a tecnología y personal profesional.

En la tabla 4 se observa que los hospitales de nivel 1 y 2, son los que en mayor proporción han atendido, durante los tres años examinados los casos complicados por aborto. Sin embargo, se observa un incremento en la atención en los servicios de nivel 1 (de 22% en 1982 pasa a 27% en 1989) y una estabilización en los del nivel 2, alrededor del 32%.

Las clínicas privadas y los hospitales de mayor especialización en la prestación de los servicios de salud (nivel 3) han venido atendiendo una menor proporción de casos complicados por aborto.

La decreciente participación de las clínicas privadas y de los hospitales de tercer nivel en la atención del aborto complicado puede ser un indicio de que el aborto seguro, aunque

clandestino, está disponible en áreas urbanas pero es más asequible a grupos de mayores recursos y posiblemente la severidad de las complicaciones, que requieren de un servicio de alta tecnología, es cada vez menor.

Tabla 4. Distribución porcentual de mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto según tipo de hospital que atendió la complicación y año. Colombia, 1982-1989

| Tipo de Hospital | 1982 (N=62.098) | 1985 (N=62.096) | 1989 (N=66.765) |
|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Privados | 19.4 | 18.9 | 15.6 |
| Nivel 1 | 21.9 | 23.6 | 27.2 |
| Nivel 2 | 29.5 | 31.9 | 32.4 |
| Nivel 3 | 26.7 | 24.1 | 24.3 |
| Sin información | 2.5 | 1.5 | 0.5 |

Otro de los indicadores de la severidad de las complicaciones del aborto es el tiempo que permanece la mujer en la institución de salud, a causa de ello.

Al examinar la información sobre días de la hospitalización se detectó que un 1% de los casos presentaba problemas de confiabilidad, debido a que el tiempo de permanencia registrado era extremadamente largo -más de 1 año-, lo cual muy probablemente está asociado a errores de digitación o de incorrecto diligenciamiento. Por lo tanto, se decidió trabajar para el presente análisis con los casos menores a 50 días, que representan el 99.6%, 99.7% y 99.9% de las hospitalizaciones en 1982, 1985 y 1989 respectivamente.

Los datos de la tabla 5 muestran que el tiempo promedio de permanencia en el hospital debido a complicaciones de aborto durante la década del 80, es bastante bajo en todas las regiones del país.

Tabla 5. Distribución porcentual de mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto según número de días de la hospitalización y tiempo promedio por región y año. Colombia, 1982-1989

| Año/ días | Total País | Atlántica | Pacífica | Central | Oriental | Bogotá | Antiguos T. Nales |
|--------------|---------------|-----------|----------|---------|----------|--------|----------------------|
| 1982 | | | | | | | |
| 0-1 | 50.0 | 55.5 | 46.4 | 51.4 | 35.2 | 58.7 | 41.7 |
| 2-3 | 34.7 | 32.8 | 38.2 | 33.7 | 43.6 | 26.7 | 38.5 |
| 4 y + | 15.3 | 11.7 | 15.4 | 16.9 | 21.2 | 14.6 | 19.6 |
| Promedio | 2.46 | 2.12 | 2.50 | 2.26 | 2.71 | 2.20 | 2.53 |
| 1985 | | | | | | | |
| 0-1 | 51.2 | 59.5 | 48.1 | 50.4 | 42.6 | 54.3 | 53.2 |
| 2-3 | 34.0 | 29.1 | 37.6 | 34.2 | 39.6 | 30.2 | 33.5 |
| 4 y + | 14.8 | 11.4 | 14.3 | 15.3 | 17.8 | 15.5 | 13.3 |
| Promedio | 2.39 | 2.10 | 2.33 | 2.23 | 2.48 | 2.30 | 2.20 |
| 1989* | | | | | | | |
| 0-1 | 51.6 | 61.6 | 50.1 | 53.6 | 42.0 | 50.1 | 51.2 |
| 2-3 | 34.2 | 27.8 | 32.6 | 33.6 | 40.3 | 34.6 | 36.1 |
| 4 y + | 14.2 | 10.6 | 17.3 | 12.8 | 17.7 | 15.3 | 12.7 |
| Promedio | 2.33 | 1.98 | 2.38 | 2.06 | 2.39 | 2.41 | 2.23 |

* No incluye información del departamento del Valle del Cauca

Así mismo se observa que no ha habido grandes cambios en el período y los pocos que han ocurrido tienden a suavizar las diferencias que existían en 1982. Por ejemplo, el rango de estancia fluctuaba en 1982 entre 2.12 y 2.71 días en promedio mientras que para 1989, la variación fluctúa entre 1.98 y 2.41. En Bogotá, se nota un ligero aumento en el promedio general de permanencia en el hospital, de 2.20 a 2.41, lo cual puede deberse a cambios en las prácticas del manejo hospitalario de la complicación o a cambios en las proporciones de mujeres hospitalizadas que son muy jóvenes o mayores de 40 años y no necesariamente a un deterioro de la severidad de las complicaciones.

La disminución del tiempo de estancia en el hospital también se ha dado en todas las edades pero ha sido especialmente sensible en las menores de 15 años y en las de 45-49 años (Tabla 6).

Tabla 6. Tiempo promedio de la hospitalización debido a complicaciones de aborto según edad de la mujer y año. Colombia, 1982-1989

| Edad | 1982 Promedio | 1985 Promedio | 1989 Promedio |
|--------------|------------------|------------------|------------------|
| Total | 2.33 | 2.27 | 2.12 |
| < 15 | 2.84 | 2.44 | 2.12 |
| 15-19 | 2.23 | 2.17 | 2.17 |
| 20-24 | 2.25 | 2.19 | 2.18 |
| 25-29 | 2.33 | 2.31 | 2.28 |
| 30-34 | 2.41 | 2.32 | 2.26 |
| 35-39 | 2.41 | 2.34 | 2.19 |
| 40-44 | 2.43 | 2.33 | 2.43 |
| 45-49 | 2.63 | 2.48 | 2.20 |

El rango de duración de la hospitalización en las jovencitas pasó de 2.84 a 2.12 días, a pesar de que el número absoluto de mujeres menores de 15 años que llegaron a los hospitales con complicaciones por aborto, se incrementó en 1989 con relación al año de 1982 (de 149 a 216).

Estos resultados no son muy diferentes a los calculados en el estudio de FLASOG para Colombia (Singh y Wulf, 1993), en donde se encontró que el promedio de días de hospitalización de menores de 20 años con complicaciones por aborto inducido fue de 2.09.

En las mujeres mayores de 30 años, también se han dado cambios, aun cuando éstos han sido menores a los de las más jóvenes.

A pesar de que los datos de egresos hospitalarios están basados en su gran mayoría en los reportes de hospitales públicos y el costo de la hospitalización es cubierta por el estado, la información sobre derecho a algún tipo de seguridad social es importante analizarla para conocer el grado de protección que tiene la mujer ante la eventual necesidad de una hospitalización.

Los sistemas de seguridad social proveen servicios de atención médica y otros beneficios a los afiliados, es decir, a las personas vinculadas económicamente tanto al sector público como privado. Las personas dependientes de los afiliados tienen también protección de los diferentes sistemas de seguridad social, pero los servicios a que tienen derecho son limitados.

En la Tabla 7 se examina para el año de 1989, información al respecto. Como se puede observar, muy pocas mujeres que requieren la atención médica hospitalaria por aborto están protegidas por algún sistema de seguridad social, tales como el Seguro Social, las Cajas de Previsión, seguros médicos particulares u otros. El 9% son afiliadas y tan sólo el 5% son beneficiarias. Por edad, la situación es más crítica entre más joven es la paciente. Menos del 4% de las adolescentes tiene derecho a servicios médicos directos como afiliada o indirectos como beneficiaria mientras que en las mayores de 30 años, la proporción entre afiliadas y beneficiarias es de 18%.

Tabla 7. Distribución porcentual de mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto según cobertura de los servicios de seguridad social por edad y región. Colombia, 1989

| Características | Afiliada | Beneficiaria | No Asegurada |
|-------------------|----------|--------------|--------------|
| Total | 8.6 | 4.8 | 86.3 |
| Edad | | | |
| < 20 | 1.3 | 1.8 | 96.7 |
| 20-29 | 7.9 | 5.0 | 86.8 |
| 30+ | 12.6 | 5.7 | 81.5 |
| Región | | | |
| Atlántica | 3.7 | 2.5 | 93.0 |
| Pacífica | 6.6 | 3.1 | 89.7 |
| Central | 13.2 | 8.0 | 78.7 |
| Oriental | 6.7 | 3.0 | 90.2 |
| Bogotá | 9.7 | 5.3 | 85.0 |
| Antiguos T. Nales | 4.2 | 0.7 | 93.6 |

Por regiones, aunque los porcentajes son bajos, hay una proporción mayor de afiliadas en los departamentos de la zona Central (13%) comparada con las mujeres del resto de regiones del país (menos del 10%). Las mujeres de la costa atlántica y los antiguos territorios Nacionales (alrededor del 4%) son las que en menor proporción están cubiertas por algún servicio médico. Estos resultados no son nada nuevo en el panorama nacional, por el contrario confirman la precaria situación de la seguridad social y la gran desprotección de la mujer en materia de salud.

5. Aborto inducido por regiones

Como se decía al comienzo de este trabajo, en países como Colombia donde el aborto no es permitido, es imposible disponer de cifras reales sobre la magnitud de ocurrencia del aborto inducido en el país. Para ello los investigadores deben hacer estimaciones utilizando métodos indirectos.

La información que ofrecen los registros de egreso hospitalario sobre el número de mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto,

pese a todas las imperfecciones, es la única fuente disponible para el cálculo del volumen de abortos a nivel regional.

Siguiendo la misma metodología y supuestos⁵ usados en el estudio reciente sobre el aborto clandestino en América Latina llevado a cabo en seis países de la región por el Instituto Alan Guttmacher (AGI, 1994), se presentan a continuación las estimaciones del número de abortos inducidos en cada una de las regiones geográficas del país.

En razón a las deficiencias de los registros hospitalarios, anotadas previamente, un primer paso en la estimación de los abortos inducidos fue ajustar la información, procedimiento que requirió varias etapas.

El primer ajuste fue por *subregistro*, es decir, para obtener la mejor estimación sobre el total de casos hospitalizados tanto de aborto espontáneo como provocado por aquellos organismos que no reportan al sistema de información del Ministerio de Salud o lo hacen tardíamente o en forma incompleta. Para Colombia se ha estimado el subregistro alrededor del 17%.

En segundo lugar, se ajustó por *clasificación errónea* de los códigos de la CIE. El ajuste a este nivel fue de dos tipos: eliminación de casos que no han debido incluirse como abortos (CIE 630-633) e inclusión de casos omitidos (CIE 640). Para el presente análisis se estimó que un 9.5% de los egresos tenían códigos del 630-633, por lo tanto se disminuyó en esta proporción las cifras de egreso hospitalario y se agregó un 5.5% que se estimó, de acuerdo con el estudio de FLASOG, habían sido clasificados erróneamente con código 640.

La cifra resultante de estos dos ajustes permite obtener el total de abortos sin distinguir la condición de si fue inducido o no. Por lo tanto

el siguiente paso fue *separar los abortos espontáneos de los abortos provocados*. Se consideró que un 25% de los abortos que llegan al hospital son verdaderamente espontáneos, cifra que se considera intermedia entre un estimado biológico (5-10%) y un estimativo alto del 33%, de acuerdo con los resultados del estudio de FLASOG.

El cuarto y último paso fue *estimar el total de abortos inducidos*. Este ajuste se debe al hecho de que no todos los abortos provocados se complican y por lo tanto no requieren hospitalización. Para ello se aplicó una medida indirecta bajo el supuesto que por cada caso hospitalizado hay 5 casos más que no llegan al hospital (Singh y Wulf, 1993).

En la tabla 6 se presenta el número estimado de abortos inducidos en 1985 y 1989 por cada una de las regiones del país. En la columna de la izquierda se presentan las cifras oficiales del número de hospitalizaciones por complicaciones de aborto. La columna dos, muestra el número ajustado por registro errado e incompleto. La tercera muestra el número de casos de aborto inducido hospitalizados después de haber descontado la proporción que se estima fueron probablemente abortos espontáneos.

En la interpretación de la información que se presenta a continuación, deben tenerse en cuenta las limitaciones que impone el utilizar factores de ajuste uniformes para todas las regiones, máxime cuando se sabe que existen variaciones regionales en cuanto al reporte de la información, a la disponibilidad de servicios de aborto y al tratamiento de las complicaciones.

El número total de pacientes hospitalizadas cada año por complicaciones debidas al aborto inducido se estima alrededor de 58.000 y el número total de abortos inducidos se calcula en aproximadamente 300.000, lo cual representa un 8% de incremento en relación con el año de 1985.

Tabla 8. Estimación de los niveles de aborto inducido por región. Colombia, 1985-1989.

| Región | No.de casos hospitalizados (estadísticas oficiales) | No.Ajustado por información errada y subregistro | No.Ajustado para excluir abortos espontáneos | Total Estimado de abortos inducidos años | Tasa por 100 mujeres 15-49 | Tasa por 100 nacidos vivos |
|---------------|---|--|--|--|----------------------------|----------------------------|
| 1985 | | | | | | |
| Atlántica | 12.929 | 14.869 | 11.152 | 55.760 | 3.69 | 36 |
| Pacífica | 8.152 | 9.376 | 7.032 | 35.160 | 2.58 | 30 |
| Central | 18.822 | 21.648 | 16.236 | 81.180 | 3.87 | 46 |
| Oriental | 11.248 | 12.936 | 9.702 | 48.510 | 3.64 | 36 |
| Bogotá | 9.249 | 10.638 | 7.979 | 39.895 | 3.15 | 43 |
| Antiguos T.N. | 1.696 | 1.951 | 1.463 | 7.315 | 5.21 | 61 |
| Total | 62.096 | 71.418 | 53.564 | 267.820 | 3.47 | 39 |
| 1989 | | | | | | |
| Atlántica | 12.006 | 13.856 | 10.392 | 51.960 | 3.04 | 23 |
| Pacífica | 8.329 | 9.604 | 7.203 | 36.015 | 2.43 | 23 |
| Central | 20.103 | 23.183 | 17.387 | 86.935 | 3.83 | 41 |
| Oriental | 14.729 | 16.986 | 12.740 | 63.700 | 4.35 | 41 |
| Bogotá | 9.677 | 11.160 | 8.370 | 41.850 | 2.98 | 33 |
| Antiguos T.N. | 1.831 | 2.112 | 1.584 | 7.920 | 4.84 | 36 |
| Total | 66.675 | 76.901 | 57.676 | 288.380 | 3.40 | 32 |

En Colombia, aunque el número absoluto de abortos inducidos ha aumentado, la tasa por cada 100 mujeres se ha mantenido más o menos igual (3.4 por cada 100) y ha descendido en relación con los nacimientos (de 39 a 32 abortos inducidos por cada 100 nacidos vivos) en todas las regiones del país, con excepción de la región oriental.

La región central presenta el más alto volumen de casos de aborto provocado y es más del doble del nivel observado en Bogotá y la región pacífica. No obstante las tasas por cada 100 mujeres en edad fértil y 100 nacidos vivos no lo son tanto.

Las estimaciones sugieren que se registran cuatro abortos por cada 10 nacidos vivos en tres de las seis regiones (central, oriental y antiguos territorios nacionales). Es más baja en Bogotá (3 abortos por cada 10 nacimientos) y mucho más bajas en las dos costas colombianas (dos abortos por cada 10 nacidos vivos).

Las mujeres de las regiones oriental (4.4%) tienen mayor riesgo de provocarse un aborto. Le siguen las de la región central (3.8%) y en menor proporción las de Bogotá y la costa atlántica (alrededor del 3%).

6. Contexto dentro del cual ocurre el aborto inducido

Muchos son los factores que contribuyen a que una mujer cuando se enfrenta a un embarazo no planeado, tome la decisión de recurrir a un aborto inducido. Algunos de estos factores se presentan en la Tabla 9. Para ello se ha tomado información de la Encuesta de Demografía y Salud realizada en el año de 1990 (Profamilia, 1991). Por ejemplo, la tasa total de fecundidad deseada es sensiblemente menor en todas las regiones a la tasa total de fecundidad observada. No obstante, se observan diferencias regionales de algunos factores explicativos del comportamiento reproductivo como son el uso de métodos, las necesidades de protección anticonceptiva, la actividad sexual y el deseo de más hijos.

Tabla 9. Algunos factores asociados a fecundidad que pueden explicar los niveles de aborto inducido por región. Colombia, 1989-1990

| Factores | Atlántica | Pacífica | Central | Oriental | Bogotá | Antiguos T. Nles. |
|--|-----------|----------|---------|----------|--------|-------------------|
| Abortos por 1.000 MEF ^a | 30.4 | 24.3 | 38.3 | 43.5 | 29.8 | 48.4 |
| Tasa Total de Fecundidad Observada | 3.6 | 2.9 | 2.6 | 2.8 | 2.4 | 3.5 |
| Tasa Total de Fecundidad Deseada | 2.8 | 2.4 | 1.9 | 2.1 | 2.0 | 2.7 |
| % de mujeres sex. activas ^b | 70.8 | 66.0 | 67.9 | 74.3 | 65.4 | 69.3 |
| % de mujeres con necesidad de p.f. | 21.5 | 16.9 | 16.1 | 10.3 | 10.6 | 16.0 |
| % de uso método moderno ^c | 48.5 | 54.8 | 53.1 | 56.9 | 61.8 | 55.5 |
| % de uso método tradicional ^c | 5.0 | 10.9 | 12.4 | 16.6 | 13.0 | 8.9 |
| % que no desea más hijos ^c | 38.7 | 40.0 | 46.7 | 40.4 | 45.9 | 42.2 |

a mujeres en edad fértil (15-49)

b activas sexualmente en las últimas 4 semanas a la entrevista

c sólo para mujeres en unión

La región oriental que tiene una de las más altas tasas de aborto muestra la más alta proporción de uso de métodos de muy baja eficacia anticonceptiva: 17% de las mujeres en unión utilizan métodos como el retiro, el ritmo y la abstinencia periódica y, presenta una mayor actividad sexual que el resto de regiones (74% habían tenido relaciones sexuales en las cuatro semanas anteriores a la encuesta).

La región central, que sigue en cuanto a un nivel alto de aborto, muestra que casi la mitad de las mujeres en unión no desea más hijos, 12% de ellas usan métodos tradicionales y tan sólo el 53% utiliza métodos modernos.

La región atlántica tiene la más alta fecundidad observada, el más bajo porcentaje de uso de métodos modernos de planificación familiar y por consiguiente el más alto porcentaje de necesidad insatisfecha en anticoncepción.

Bogotá con una tasa de aborto similar a la de la región atlántica, muestra la más baja fecundidad, la más baja proporción de necesidad anticonceptiva, la menor discrepancia entre fecundidad real y deseada pero con un alto porcentaje de no deseo de más hijos (46%).

Los indicadores examinados en la Tabla 9 no explican en su totalidad las variaciones regionales de las tasas de aborto. Por carencia de información no se analizan aquí otros indicadores estrechamente relacionados con aborto como son la tasa de falla del uso de métodos anticonceptivos, la proporción de mujeres sexualmente activas independientemente de su condición marital, el tipo de unión y la estabilidad de las uniones.

7. Conclusión

En el presente trabajo se ha hecho un análisis de las tendencias de las hospitalizaciones por complicaciones del aborto durante la década de 1980 y se ha llegado a un cálculo del nivel de aborto inducido por cada una de las regiones que conforman el país.

Los resultados indican que las mujeres están siendo hospitalizadas por complicaciones de aborto en proporción a su paridad y las adolescentes no afrontan proporcionalmente un mayor riesgo de aborto inducido. Los datos también señalan que hay una relativa estabilidad del tiempo promedio de estancia en el hospital,

el cual se ha mantenido a través de los años entre dos y tres días.

La distribución de las complicaciones por región también son un reflejo de la distribución de la población, pero mientras la tendencia es hacia la disminución de casos complicados en casi todas las áreas, en la región oriental se observa un notable incremento de mujeres hospitalizadas.

Las regiones difieren además en relación a la tasa de aborto por cada mil mujeres en edad reproductiva: mientras las regiones oriental y central tienen evidentemente las tasas más altas de aborto inducido (38.3 y 43.5 por 1000 mujeres, respectivamente), la más baja se encuentra en la Pacífica (cerca de 24 por 1000 mujeres por año). Bogotá y la costa atlántica tienen una tasa alrededor de 30 abortos inducidos por mil mujeres por año.

Los resultados confirman una vez más, la baja cobertura de atención de la seguridad social: más del 85% de las mujeres hospitalizadas por complicaciones por aborto carecen de algún tipo de protección médica. Este hecho pone de presente un problema de orden económico para los hospitales públicos que deben manejar unos limitados recursos presupuestales.

El estudio así mismo sugiere la necesidad de mejorar los registros hospitalarios desde el punto de vista de mayor cobertura, prontitud y acertada clasificación de cada patología a fin de disponer de información confiable que sirva de base a planes de salud tanto preventivos como asistenciales.

Finalmente es necesario considerar que mientras el aborto continúe siendo ilegal en Colombia, la verdadera incidencia y magnitud del aborto inducido no se conocerá y las estadísticas oficiales de los egresos hospitalarios solo mostrarán la punta del iceberg de la práctica

clandestina. Y mientras continúen vigentes leyes fuertemente restrictivas, las desigualdades sociales tenderán a ahondarse, si se tiene en cuenta que las mujeres que no pueden acceder a servicios seguros son las que en mayor proporción enfrentan el riesgo de complicaciones, si no de muerte.

Bibliografía

CELADE, 1990 - Boletín Demográfico. Año 23, No.45. Santiago de Chile 1991.

DA COSTA, S.H. Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, comunicación personal, abril de 1993.

PARDO, F. URIZA, G. 1991 - Estudio de morbilidad y mortalidad por aborto en 36 instituciones de Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela. Rev. Col. Gineco-obstetricia, vol.42 No.4.

PRADA E., SINGH, S., WULF, D., 1988 - Adolescentes de hoy, Padres del Mañana: Colombia, The Alan Guttmacher Institute. 80 p. Bogotá: Editorial Presencia.

PROFAMILIA, INSTITUTE FOR RESOURCE DEVELOPMENT/MACRO INTERNATIONAL, INC, 1991 - Encuesta de prevalencia, demografía y salud. 1990, 243 p.

PROFAMILIA, INSTITUTE FOR RESOURCE DEVELOPMENT/MACRO INTERNATIONAL, INC, 1991 - Encuesta de prevalencia, demografía y salud. 1990. Territorios Nacionales, 135

SINGH, S. y WULF, D., 1993 - The likelihood of induced abortion among women hospitalized for abortion complications in four latin american countries. International Family Planning Perspectives, 19(4): 134-141.

SINGH, S. y WULF, D., 1994 - Estimated levels of induced abortion in six latin american countries, 20(1): 4-13

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1994 - Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana (Nueva York: The Alan Guttmacher).

Referencias

¹ Consultora independiente en investigación y evaluación en salud reproductiva.

² Estudio colaborativo realizado por las Sociedades de Obstetricia y Ginecología de Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela bajo la dirección de los Drs. Francisco Pardo y Germán Uriza.

³ El reporte oficial para el año de 1989 no incluye información del Departamento del Valle del Cauca. Esta cifra se ajustó asumiendo que el número de hospitalizaciones ocurridas en el departamento para el año 1989 fue similar a la del año de 1985.

⁴ Datos oficiales sobre el número de hospitalizaciones por departamento se incluyen en un apéndice al final del documento.

⁵ Para una información más detallada sobre la metodología usada en el cálculo de las estimaciones incluidas en esta parte del informe, véase la cita bibliográfica de Singh S. y Wulf D. (Int. Fam. Pers, 1993:19).

Apéndice

Estadísticas oficiales de egreso hospitalario número de mujeres hospitalizadas: Causas 630-639

| Departamentos | 1982 | 1985 | 1989 |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|
| Antioquia | 10.768 | 11.579 | 12.596 |
| Atlántico | 3.252 | 3.145 | 1.796 |
| Bogotá | 10.131 | 9.249 | 9.677 |
| Bolívar | 2.923 | 2.959 | 3.008 |
| Boyacá | 1.751 | 1.793 | 1.928 |
| Caldas | 1.632 | 1.399 | 1.455 |
| Caquetá | 532 | 632 | 653 |
| Cauca | 1.302 | 1.003 | 1.028 |
| Cesar | 1.196 | 1.156 | 1.369 |
| Córdoba | 1.954 | 1.889 | 1.943 |
| Cundinamarca | 2.576 | 3.001 | 6.444 |
| Chocó | 307 | 349 | 338 |
| Huila | 1.443 | 1.114 | 1.490 |
| La Guajira | 1.059 | 1.009 | 938 |
| Magdalena | 1.496 | 1.646 | 1.778 |
| Meta | 1.342 | 1.361 | 1.371 |
| Nariño | 1.394 | 1.400 | 1.563 |
| Norte de Santander | 1.631 | 2.031 | 2.044 |
| Quindío | 1.086 | 864 | 987 |
| Risaralda | 1.115 | 1.162 | 1.282 |
| Santander del Sur | 3.071 | 3.062 | 2.942 |
| Sucre | 1.009 | 994 | 1.056 |
| Tolima | 3.340 | 2.704 | 2.293 |
| Valle | 4.625 | 5.400 | Sin infor. |
| Arauca | 243 | 199 | 347 |
| Casanare | 171 | 246 | 328 |
| Putumayo | 250 | 258 | 233 |
| San Andrés | 187 | 131 | 118 |
| Amazonas | 113 | 103 | 104 |
| Guainía | 15 | 27 | 42 |
| Guaviare | 134 | 167 | 47 |
| Vaupés | 9 | 17 | 18 |
| Vichada | 41 | 47 | 59 |
| Total | 62.098 | 62.096 | 61.275 |

MORTALIDADE POR ABORTO: A CAUSA NÃO DECLARADA

Néia Schor¹

Ana Cristina d'A. Tanaka

Augusta Thereza de Alvarenga

Arnaldo Augusto Franco de Siqueira

O Aborto e Seus Números:

Em nosso país, a questão do aborto tem tido enorme dificuldade em avançar.

Nos últimos tempos, apesar das mulheres terem conquistado importantes espaços na sociedade brasileira, o aborto continua sendo um assunto tabu.

Sabe-se que o aborto, em nosso meio, continua sendo utilizado por mulheres de todas as classes sociais como o método de interrupção de uma gravidez não planejada. Ele é sempre o último recurso para a interrupção de uma gravidez não planejada/desejada. Porém, até se chegar a ele, há um longo e triste percurso que, na maioria das vezes, é solitário.

O aborto constitui uma agressão física, psíquica e econômica à mulher, recaindo como uma penalidade, em que a única criminosa é a mulher que o pratica, e nunca se discute o que tem levado a mulher a esta procura tão desesperada.

Por outro lado, não se pode entender o problema da legalização do aborto sem concomitantemente discutir a implantação efetiva e eficiente, na rede pública, de um Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, onde o Planejamento Reprodutivo/Familiar seja seriamente desenvolvido.

O que se tem hoje é um Programa de Planejamento Reprodutivo, que não atende às condições mínimas de um Programa, isto é, não há disponibilidade de todos os métodos, em qualidade e quantidade, o que faz com que a população não acredite em nossos representantes, frente às propostas escritas e às ações verdadeiras.

Desta forma, o aborto não pode continuar sendo utilizado, em larga escala, como um meio de controle da natalidade. Deve-se olhar a questão de frente, abrir bem os olhos e deixar de considerá-lo uma vergonha a ser escondida.

Segundo a OMS, o Brasil lidera as estatísticas mundiais de abortamento provocado: sendo nada menos que 4 milhões, anualmente, para uma população feminina em idade fértil, estimada em 36 milhões de mulheres.

Este fato significa que 1 em cada 9 mulheres brasileiras recorre ao aborto como meio de terminação de uma gestação não planejada, podendo-se concluir que o total de abortos clandestinos, em nosso país, estaria se rivalizando com o número de nascimentos.

Entretanto, de acordo com outros autores, anualmente, há 2 milhões de brasileiras que se submetem a essa vexatória e arriscada situação do aborto clandestino, sendo que 16 a 20% destas mulheres são adolescentes (<20 anos).

É preciso constatar, portanto, a dificuldade de se obter dados confiáveis, pois a questão da ilegalidade faz com que a clandestinidade do aborto leve milhares de mulheres a não verbalizarem a prática do abortamento.

Em uma pesquisa direta, em trabalho de campo, realizada por SILVA (1987 e 1988), junto a 1000 mulheres em idade fértil escolhidas ao acaso, no bairro de Vila Madalena-SP, apenas 8 em cada 1000 mulheres reconheceram a prática de abortamento no ano precedente; quando adotou-se um segundo método dito de "resposta ao azar" 40, em cada 1000 mulheres, admitiram que haviam praticado o abortamento no ano anterior.

Ao se extrapolar os dados para a população feminina do Brasil em idade fértil, os números poderiam corresponder a um mínimo de 300 mil e a um máximo de 1.500.000 de abortamentos anualmente provocados.

Diante desses dados, pode-se dizer que os números são imensos e, vergonhosamente, escondidos por todos nós.

Em síntese de vários trabalhos, o POPULATION REPORTS (1981) cita que aproximadamente uma em cada cinco mulheres realizou pelo menos um aborto provocado e que em torno de 5 a 15% de todas as gestações terminaram neste evento.

SCHOR (1985, 1990), em estudo com 2.588 mulheres que foram atendidas em um serviço de saúde - Município de Santo André-SP- por complicações decorrentes de aborto, observou que 45,9% das mulheres já tinham realizado mais de um (1) aborto e que 44,2% das adolescentes (16,4% do universo pesquisado) eram primigestas, mostrando que um grande número de adolescentes (< 20 anos) estava tendo como resolução da primeira gravidez um aborto.

SCHOR constatou ainda: nas adolescentes com uma gestação anterior, em 56,9% o resultado tinha sido um aborto, sendo a gestação atual, a segunda gestação e o segundo aborto.

Fatos esses que levam a concluir que o aborto estava sendo utilizado como um método anticoncepcional, no controle de uma gravidez não planejada. Ressalta-se também, neste estudo, que a grande maioria das jovens (< 20 anos) era não estável maritalmente ("solteira"), sem vínculo empregadício e com profissão não especializada (empregadas domésticas/horistas e outras).

Aborto e Morte:

Falar em mortes maternas, por aborto ou por outro motivo, não é confortável, tendo em vista que quase a totalidade das mortes, que aqui vamos descrever, nunca precisariam ter ocorrido.

Tem-se conhecimento de que a morte por causa materna, bem como as mortes de crianças menores de 1 ano são um excelente indicador do nível de saúde de uma população. Saba-se, que a morte materna, em sua grande maioria, é evitável através de uma boa existência à mulher no período gravídico-puerperal.

É importante salientar que há anualmente meio milhão de mortes maternas, sendo que 96% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento e diferentemente entre as classes sociais.

Quando da Investigação Interamericana de Mortalidade em Adultos (PUFFER & GRIFFITH, 1968), foi possível constatar que a magnitude real da mortalidade materna, para o Município de São Paulo, em 1962-1964, estava subestimada em 50% e da mortalidade por aborto, em 70%. Após 10 anos, confirmou-se ainda estes mesmos dados para algumas cidades do Estado de São Paulo.

Sabe-se que o registro de óbito materno, além da baixa fidedignidade dos registros oficiais, é uma má declaração da causa do óbito, quando o mesmo se refere às complicações no período gravídico puerperal. O óbito por aborto provocado, além dos motivos relacionados à morte materna de uma maneira geral, apresenta questões relativas aos aspectos jurídico-éticos, religiosos, psicológicos e, principalmente, ao "moral", que conduzem ao falseamento da real causa de morte.

No estudo coordenado por LAURENTI (1988), realizado no Município de São Paulo, em 1986, as mortes maternas merecem especial destaque, pois, a partir das correções feitas, as mesmas passam do 8º lugar de importância na mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, para o 5º lugar. O coeficiente oficial de 44,5% por 100.000 n.v. passa, quando corrigido, para 99,6% por 100.000 n.v., sendo que a taxa real é no máximo 10 vezes maior do que as observadas nas estatísticas oficiais, assim mesmo, extremamente elevadas. Das mulheres que fizeram parte do estudo, 10% eram adolescentes (10 a 19 anos). Do total de óbitos, 7,1% foram considerados como abortos ilegais.

No estudo coordenado por SIQUEIRA et al (1991), do qual a autora fez parte, pesquisou-se todas as mortes femininas de 10 a 49 anos (n= 664 mulheres), da Região Sul do Município de São Paulo (Pop= 1.662.231² habitantes). O estudo verificou que, das 72 mortes consideradas por causa maternas, apenas 25 destas estavam classificadas como decorrentes de complicações da gravidez, parte e puerpério, mostrando, mais uma vez, a sub-declaração dos Atestados de Óbitos por causas maternas.

É importante ressaltar que, no Município de São Paulo, 90% dos partos ocorrem em hospitais. Nesse estudo, para se conhecer os determinantes destas mortes, utilizaram-se diferentes fontes de informação e metodologia

semelhante à empregada nos estudos de PUFFER & GRIFFITH (1968), entre outros, que partem da Declaração de Óbito para investigar mortes, recorrendo aos dados do prontuário médico, de entrevista domiciliar e de laudos de verificação de óbito e, em alguns casos, até nas Delegacias de Polícia. Trabalhou-se com a totalidade das mortes de mulheres de 10 a 49 anos para se conhecer a real magnitude dos falecimentos por causa materna e, em especial, por abortamento.

Quando da verificação nos registros oficiais do número de mortes por aborto provocado, na região de estudo, nota-se um valor igual a zero, isto é, como se nenhuma mulher tivesse morrido por abortamento.

Ao se realizar a pesquisa nas suas outras dimensões, ou seja, no inquérito domiciliar com a família da falecida, na revisão nos registros hospitalares e/ou análise dos dados nos Serviços de Verificação de Óbitos (S.V.O) e Institutos de Medicina Legal (I.M.L.), constatou-se que o número passou de zero para 5 óbitos, sendo 4 óbitos por abortamento provocado e 1 por aborto "espontâneo", o que mostra, novamente, a magnitude do problema a nível populacional e da sub-declaração da morte de mulheres por abortamento.

Dos 4 casos de abortamento provocado, metade, isto é, 2 casos foram de adolescentes (10 a 19 anos). Estes casos foram apresentados no "*Simpósio Franco-Brasileiro sobre Prevenção da Mortalidade Materna com Ênfase na Gravidez na Adolescência*" (1992).

Difícil é falar de número de mortes, mais difícil ainda é conhecer os casos na sua intimidade - o lar. Trágico é não se conseguir reverter esse quadro. Triste, mas necessário, é contar a história de nossas "*MARIAS DA SILVA*".

As "MARIAS DA SILVA"

A *primeira Maria da Silva* era uma jovem em pleno vigor da vida, com 15 anos, solteira, vivendo com os pais, ainda na 3ª série de 1º grau, e com um *atestado de óbito de Causa Indeterminada*.

Em busca da (s) causa (s) que levaram à morte esta Maria, foi-se ao hospital, fêz-se entrevista familiar, mas isso não bastou: foi preciso refazer a sua última história e, mais uma vez, descobriu-se que se estava diante de um caso de aborto provocado.

No hospital, não se conseguiu a ficha de internação. No laudo do Serviço de Verificação de Óbito, havia as seguintes informações:

- Exame Externo: "abdômen simétrico globoso, estrias gravídicas, sangue coagulado em pequena quantidade proveniente da vagina".
- Útero: "aumentando globalmente com sinais de necrose em região fundica, sem sinais de perfuração com restos placentários retidos em seu interior".
- Conclusão: "broncopneumonia produzida por agente bio-dinâmico".

Ao se olhar com cuidado o Boletim de Ocorrência Policial (pois os pais tentaram chamar uma ambulância durante 3 horas e não conseguiram ser atendidos), verificou-se que, atrás da folha do B.O., havia a seguinte observação:

- "provavelmente grávida, com sangue entre as pernas e nas vestes, sem indícios se foi provocado ou não";

- "natureza da ocorrência: morte suspeita".

A *segunda Maria da Silva* era uma jovem de 17 anos, solteira, vivendo com os pais, na 1ª

série do 2º grau, e com um *atestado de óbito de Hemorragia Aguda Interna e Externa Traumática*.

No Instituto Médico Legal, obteve-se o seguinte registro no laudo:

- "Hemorragia aguda interna e externa traumática por *abortamento provocado*".
- "Hemorragia aguda por perfuração uterina, restos fetais e útero medindo 16 cm".

Ao visitar a família, não se conseguiu conversar com os pais, pois, segundo uma irmã casada, a mãe estava muito abalada e com "problemas nervosos".

A *terceira Maria da Silva* era uma jovem de 24 anos, com companheiro há 4 anos, com 3 anos de escolaridade, e com *atestado de óbito de Causa Indeterminada*. Morreu em casa.

Na entrevista com o companheiro, o mesmo informou que foi por *aborto provocado*.

Ele conta que 85 dias após a morte da mulher, foi chamado na Delegacia de Parelheiros e eles (os policiais) perguntaram-lhe: "se eu sabia se ela estava grávida... eu disse que sim... e aí eles falaram que a causa da morte foi aborto".

Ainda segundo o companheiro, a mulher fizera o Pré-Natal, umas 3 consultas, mas sempre dizia que não podia ter mais filhos, pois já tinha tido 4 gestações anteriores, sendo a primeira aos 15 anos, a segunda aos 19 anos, a terceira aos 20 anos, a quarta aos 22 anos e a quinta o aborto provocado e morte. Das 4 gestações, a primeira e a terceira tinham sido abortos provocados.

A *quarta Maria da Silva* era uma mulher de 37 anos, 7 anos de escolaridade, vivendo com o companheiro há 17 anos e com 2 filhos.

Segundo dados do hospital, foi internada com quadro de abdômen agudo inflamatório, sendo indicada laparotomia exploratória. No ato cirúrgico, apresentou duas paradas cardíacas e foi a óbito.

No *Atestado de Óbito* foi declarado *choque séptico*.

Em nenhum momento, mencionou-se que a causa básica foi um aborto provocado.

A *quinta Maria da Silva* tinha 22 anos, estava no 2º colegial (10 anos de escolaridade), namorava, vivia com a família e com *Atestado de Óbito*: a) *Insuficiência cárdio-circulatória* e b) *Diabetes Mellitus*.

Neste caso, ficou a dúvida de um aborto espontâneo ou provocado, pois, segundo a família, a falecida não menstrava há 2 meses e, no Centro de Saúde, não fizeram o diagnóstico de gravidez. Pediram um ultra-som. No dia em que passou mal, a mãe disse que ela vinha tomando insulina e não andava bem. A mãe disse também que saiu de casa e deixou ela e o namorado, que foram ao shopping. Quando voltaram ela estava muito mal e com hemorragia vaginal. Levaram-na ao hospital. Ficou internada dois dias na U.T.I., antes de falecer.

No hospital, foi medicada e, pela descrição da evolução, foi feita uma curetagem para retirada de restos placentários.

Este caso deixou uma dúvida. Terá sido mesmo um aborto espontâneo? A história faz supor que a "Maria" e seu namorado procuraram uma "Clínica de Aborto" e que, infelizmente, a levou à morte.

Algo em comum as nossas "Marias da Silva" tinham: baixa escolaridade, sem profissão, grávidas e com atestados de óbito incorretos. Todas pertenciam a classe social baixa, apesar

do estudo ter contemplado todos os estratos sociais.

Será mesmo que as nossas "*Marias da Silva*" queriam morrer?

Seriam elas suicidas?

"Uma história das mortes é uma história das sociedades.

A morte sem temor nem apreensão é a morte dos animais"

VOLTAIRE

Resumo:

Este estudo faz parte de um Projeto Maior, coordenado por Siqueira et al (1991), onde a questão da morte materna por abortamento apresenta-se de forma vergonhosa, isto é, a morte por causa materna é sub-declarada nos Atestados de Óbitos, numa proporção de 50%. O óbito por abortamento provocado aparece com o valor 0, ou seja, nenhuma mulher (10 a 49 anos) teria morrido, no referido ano, por complicações pós-aborto, não correspondendo à realidade; após a utilização de outros procedimentos, revelou-se a existência de 5 mortes, não declaradas, por complicações decorrentes de abortamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- LAURENTI, R. et al. Mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos no Município de São Paulo (com ênfase à mortalidade materna) Relatório Final, São Paulo, Centro da OMS para Classificação de Doença em Português, 1988. (mimeo)
- POPULATION REPORTS, Série F. Baltimore (7) May, 1981.
- PUFFER, R.R. & GRIFFITH, G.W. *Características de la mortalidad urbana*. Washington. Organizacion Panamericana de la Salud, 1968 (Publ. cient. nº 151)
- SCHOR, N. Aborto como questão de Saúde Pública: estudo da demanda de mulheres que recorreram ao hospital por complicações do aborto. Tese apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São paulo, Departamento de Saúde materno-Infantil, para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, em janeiro de 1985.
- SCHOR, N. Investigação sobre ocorrência de aborto em pacientes de Hospital de Centro Urbano do Estado de São

- Paulo, Brasil. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo **24**(2): 144-51, 1990.
- SCHOR, N. Aborto e mortalidade materna. In: Simpósio Franco-Brasileiro sobre Prevenção da Mortalidade Materna, com ênfase na Gravidez na Adolescência, São Paulo, 1992. *ANAIS*. São Paulo, Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP, 1992, p. 101-107 (Série de Investigação em Saúde da Mulher, Criança e Adolescência).
- SILVA, R.S. de Aborto Provocado: Sua incidência e características. São Paulo, 1992. [Tese de Doutorado apresentado à Faculdade de Saúde Pública da USP]
- SIQUEIRA, A.A.F. de et al *Estudo da mortalidade materna na Região Sul do Município de São Paulo-Brasil: análise preliminar*. São Paulo, Departamento de Saúde Materno-Infantil (Série de Investigação em Saúde da Mulher, da Criança e Adolescência; 1).
- SIQUEIRA, A.A.F. de et al. Mortalidade materna no Brasil, 1980. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, **18**: 448-65, 1984.

¹ Professores do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP/SP.

² CENSO 1991.