

EL ABORTO EN AMÉRICA LATINA

El aborto inducido y sus causas

Tomás Frejka y
Lucille C. Atkin*

Con raras excepciones, en América Latina la legislación sobre aborto inducido es muy restrictiva. Por ello, los datos acerca del número de abortos de este tipo son incompletos, aunque suficientes para confirmar que en la región esta cantidad es de las más elevadas del mundo.

En los países de América Latina el número promedio de abortos por mujer** se ubica alrededor de 1.5, según estimaciones de varios autores (Frejka y Atkin, 1990). Por ejemplo, durante la década de los setenta los abortos por mujer en Cuba fluctuaron entre 1.2 y 2.1, en Chile la estimación para la década de 1970 fue de 2.0, en el caso de Brasil entre 0.5 y 1.5, en Colombia de 1.2 a 1.5, en México de 1.5 y en Perú de 1.3. Otras estimaciones sugieren que el número de abortos provocados en América Latina es más alto que en cualquiera de las otras regiones entre los países en vías de desarrollo: 325 abortos por 1 000 nacidos vivos a fines de los setenta (Rochat *et al.*, 1980). Tomando en cuenta estos niveles y realizando estimaciones basadas en el número de nacidos vivos y los nacimientos evitados por anticoncepción se estimó que alrededor de una cuarta parte del control deliberado de fecundidad en la región se debe a los abortos inducidos (Frejka y Atkin, 1990).

La importancia del aborto provocado en una sociedad varía de acuerdo con el

* *The Population Council. Oficina Regional para Latinoamérica y el Caribe.*

** Con base en datos sobre el número total de abortos entre 1 000 mujeres de 15 a 44 años de edad, multiplicado por .03 (30 años entre 15 y 44 divididos entre 1 000 mujeres).



Cochimfes

nivel de motivación para limitar el número de hijos y la disponibilidad y uso de anticonceptivos. Históricamente, en América Latina la motivación para una fecundidad reducida antecedió a la introducción generalizada de la anticoncepción moderna (Requena, 1966). Hasta la década de 1960, la fecundidad había comenzado a disminuir sólo en pocos países, principalmente en Argentina y Uruguay. En el resto de la región la concepción era elevada, con un promedio de seis nacimientos vivos por mujer, lo que indica que tanto el uso de anticonceptivos como el número de abortos inducidos eran bajos. A partir de la década de 1960 la fecundidad descendió rápidamente. El empleo de anticonceptivos era bajo mientras que el número de abortos provocados ya era elevado. Durante las décadas de 1970 y 1980 ocurrió un aumento rápido y sustancial en el uso de

anticonceptivos y continuó el descenso de la fecundidad. Con respecto a la década de 1980, hay consenso en que la cantidad de abortos inducidos en la región continúa siendo elevada, no obstante que el nivel real sólo pueda estimarse.

¿A qué se debe que tantas mujeres recurran al aborto inducido a pesar de la existencia de tecnología anticonceptiva y no obstante los riesgos involucrados y las restricciones existentes? La razón básica es que la motivación para la constitución de familias más pequeñas está ampliamente difundida; a la vez, subsisten muchas barreras para el acceso a métodos anticonceptivos modernos.

En muchos lugares el abasto de medicamentos y demás materiales es inadecuado para satisfacer la demanda y la capacidad de elección está muy restringida, por lo que muchas mujeres tienen que usar métodos inapropiados, con mayores probabilidades de sufrir molestias, ineficacia y un uso discontinuado. En los lugares en donde la iniciativa privada ha asumido el papel principal para brindar servicios de planificación familiar, las mujeres pobres suelen estar en desventaja. Aun donde existen los recursos adecuados, puede haber un acceso desigual a ellos en perjuicio de subgrupos de la población que suelen estar en mayor riesgo de embarazos no deseados: las adolescentes, las solteras y las de escasos recursos.

Frecuentemente los servicios de planificación familiar pasan por alto aspectos más amplios de la salud de las mujeres y los elementos cualitativos de la prestación de servicios, que son esenciales para asegurar la satisfacción de la paciente y una anticoncepción más efectiva. Ade-



Amuzgos

más, la complejidad del proceso puede eliminar a las mujeres menos persistentes y a las que no entienden los códigos de los sistemas de salud. Creencias erróneas que generan temores sobre riesgos para la salud, y la vergüenza respecto a las relaciones sexuales, exacerban el deficiente conocimiento que existe acerca de la reproducción y la anticoncepción entre importantes sectores de la población, lo cual constituye un obstáculo más para el uso efectivo de los anticonceptivos.

Los costos psicosociales de obtención y utilización de la anticoncepción pueden ser altos para algunas mujeres, particularmente en las culturas en las que el "machismo" predomina la sexualidad femenina se reprime y la maternidad es un valor cultural central. Para esas mujeres el uso de la moderna anticoncepción es mucho más difícil de lo que parece en un principio. Los costos y beneficios de la

anticoncepción se sopesan a la luz de los de un embarazo (que con frecuencia las mujeres creen muy poco probable), y también de la disponibilidad percibida y los riesgos asociados a la aceptación de un aborto. Una vez que el embarazo ocurre, los costos se revalúan radicalmente.

Muchas mujeres que usan anticonceptivos ven frustrado su intento. Estimaciones conservadoras de la tasa anual de fracasos de todos los métodos reversibles fluctúan entre 6.4% en Costa Rica y 16.4% en Perú (Bongaarts y Rodríguez, 1988). Gran parte de las mujeres que buscan el aborto inducido usaron antes métodos anticonceptivos y sólo acuden a éste como última salida ante el fracaso o inaceptabilidad de tales métodos.

En virtud de todos estos obstáculos para el efectivo uso de la anticoncepción, y no obstante los altos niveles de su utilización, no debe asombrar que una

proporción relativamente elevada de embarazos no sean deseados o no del todo cuando menos: hasta una cuarta parte de los embarazos no son deseados inicialmente y otra proporción de igual o mayor tamaño lo son a destiempo. Ante un embarazo no deseado, muchas mujeres viven un periodo de adaptación y resignación; otras recurren a comportamientos desesperados a fin de abortar, a menudo poniendo en peligro su vida y su bienestar. Si se consideran los muchos obstáculos que todavía existen entre la motivación de las mujeres para limitar el tamaño de su familia, y su habilidad para obtener y hacer un uso efectivo de la anticoncepción, el alto número de abortos provocados en la región es comprensible, y probablemente persistirá en los próximos años. Debido a las condiciones riesgosas en que se realiza la mayor parte de estos abortos, su número implica serios problemas de tipo económico, social, psicológico y físico para la salud reproductiva de un gran número de mujeres y sus familias.

Las instituciones públicas y privadas pertinentes, incluidas las que brindan los servicios de planificación familiar, deberían considerar estos problemas y plantear acciones coordinadas para su solución. Aun dentro del marco de la legislación existente, existen diversas estrategias: mejorar el abastecimiento y disponibilidad de recursos anticonceptivos aceptables, aumentar la calidad de los servicios preventivos y el acceso a ellos, promover una educación sexual amplia dirigida a los grupos con mayor necesidad y lograr cambios para mejorar la situación de la mujer en la sociedad. **Dēmos**

REFERENCIAS

- Bongaarts, J. y G. Rodríguez, "A new method for estimating contraceptive failure rates", *The Population Council Working Papers*, 6, 1989.
- Frejka, T. y L. C. Atkin, "El papel del aborto inducido en la transición de la fecundidad de América Latina", *Salud Pública de México*, vol. 32-2, México, 1990, pp. 277-286.
- Requena, M., "Condiciones determinantes del aborto inducido", *Revista Médica*, 94, México, 1966, p. 714.
- Rochat, R. W. *et al.*, "Induced abortion and health problems in developing countries", *The Lancet*, 1980.