

Confrontando la Realidad del Aborto en América Latina

Por Lisa C. Remez

Los países de habla hispana y portuguesa de América Latina comparten un amplio patrimonio cultural, e igualmente comparten la epidemia del aborto clandestino. Si bien en ninguno de estos países, excepto Cuba, tienen las mujeres extenso acceso legal a los servicios de aborto, anualmente se realizan aproximadamente cuatro millones de estas intervenciones en América Latina.¹ El aborto clandestino no es necesariamente peligroso, pero los elevados niveles de morbilidad y mortalidad relacionados con el aborto en la región ocurren a consecuencia de las condiciones peligrosas en que se realiza una alta proporción de ellos.² Frecuentemente, la única vía para determinar la incidencia del aborto inducido es en forma indirecta, tomando en cuenta los casos registrados en los hospitales adonde acuden las mujeres que han recibido servicios deficientes y, como consecuencia, necesitan tratamiento para las complicaciones; sin embargo, se sabe que los hospitales no clasifican estos casos de forma correcta e incluso, en menor escala, no los declaran.

Las medidas para reducir los efectos nocivos del aborto clandestino en la salud de la mujer deben comenzar por algo—quizás simplemente mediante la identificación y cuantificación del problema. Pero esta tarea es intimidante. ¿Cómo se puede cuantificar y describir con precisión algo que no ha sido registrado y que oficialmente no ocurre porque está prohibido por la ley y condenado por los valores culturales predominantes? Los participantes en el Encuentro de Investigadores Sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe que se reunieron en Bogotá, Colombia, el 15 al 18 de noviembre de 1994, abordaron este acuciante y complejo tema. El encuentro, organizado por la Universidad Externado de Colombia, con la colaboración del Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores Sobre la Reproducción Humana (HRP) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Alan Guttmacher (AGI), congregó a casi 130 investigadores, profesionales de salud, respon-

sables de la adopción de políticas y legisladores procedentes de 20 países.* El evento fue financiado por la OMS y la Fundación Ford. Fue la primera conferencia de este tipo que se celebró en América Latina y el solo hecho de que se haya realizado este evento representa un nuevo punto de partida con respecto a la forma en que el sector de salud y población de la región enfrenta este tema.

Lo que impulsó la celebración del encuentro fue el reconocimiento generalizado de que la epidemia del aborto clandestino es enorme y que ya se han realizado suficientes trabajos de investigación, tanto por parte de personas como por universidades y organizaciones—muchos de ellos con el auspicio del programa de la OMS y a través del proyecto multinacional de investigación sobre el aborto del AGI—que se consideró necesario convocar la reunión para evaluar los resultados y el estado de las actividades de investigación sobre el aborto en América Latina. Según Axel Mundigo, jefe de investigación de ciencias sociales del HRP, el propósito de la conferencia era, más que nada, intercambiar conocimientos sobre el aborto clandestino en la región—su incidencia, determinantes, consecuencias, y costos sociales y económicos. Mundigo afirmó que la conferencia proponía “sintetizar esta experiencia y comunicarla a senadores, a diputados y a otras personas que pueden influir sobre cambios en legislaciones muy anticuadas”.³

Además de los investigadores, los organizadores invitaron a miembros electos de los parlamentos nacionales y regionales y a representantes de grupos de mujeres y de organizaciones activistas, para asistir en la preparación de estrategias conjuntas para lograr el mejor uso de los datos sobre el aborto. El enorme volumen de documentos que la conferencia suscitó y la amplitud de sus temas—no solamente los estudios esperados sobre incidencia, determinantes, consecuencias, provisión de servicios y tratamiento de complicaciones, sino nuevos trabajos de investigación sobre el papel que desempeña el hombre en la toma de decisiones para realizar un aborto, la actitud del público en general y las opiniones de los sacerdotes católi-

cos—indican que los organizadores sabían que había llegado el momento propicio para llevar a cabo este tipo de evento.

Presentaciones y deliberaciones Incidencia

El primer paso para analizar el problema del aborto clandestino es cuantificarlo. La conferencia comenzó con una sesión dedicada a la incidencia del aborto, con dos presentaciones que utilizaron diferentes estrategias para recopilar datos ocultos y susceptibles. En el estudio realizado por el AGI en seis países latinoamericanos, los datos correspondientes a los casos de hospitalizaciones causadas por abortos fueron ajustados por notificación incompleta y errónea, y por errores cometidos en la clasificación de abortos inducidos como abortos espontáneos (porque las mujeres muy raramente indican que un aborto ha sido ilegalmente inducido y muchos de los síntomas clínicos son iguales).

Dependiendo de la proporción de todos los abortos inducidos que se consideró que causarían complicaciones suficientemente serias para que se justificara la hospitalización de la paciente,⁴ se multiplicaban los datos por el factor apropiado para lograr el número total de abortos inducidos. Estos factores multiplicadores reflejan el grado de acceso al aborto seguro que existe en un país determinado, los mismos pueden variar de tres en los países en que la mayoría de los procedimientos se realizan en malas condiciones por personas no profesionales, a siete en los países en que, si bien el aborto es clandestino e ilegal, es relativamente seguro y se dispone de este servicio. En el Cuadro 1 (página 30) se presenta las estimaciones de las tasas anuales de aborto obtenidas con esta técnica indirecta en los seis países mediante el uso de un multiplicador uniforme de cinco, suponiendo que se hospitalizan aproximadamente una de cada cinco de las mujeres que se someten a un aborto clandestino.

Una segunda metodología—la encuesta domiciliaria directa—fue utilizada en un estudio llevado a cabo en las 22 ciudades

Lisa C. Remez es redactora de *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*.

*Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos (y Puerto Rico), Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana, Suiza, Uruguay y Venezuela.

Cuadro 1. Cálculos de los números, relaciones y tasas de aborto en seis países latinoamericanos

País y año	Total estimado de abortos inducidos	Relación por cada 100 nacidos vivos	Tasa anual por cada 100 mujeres de 15-49 años
Brasil, 1991	1.443.350	44	3,65
Colombia, 1989	288.400	35	3,37
Chile, 1990	159.650	55	4,54
Rep. Dom., 1992	82.500	39	4,37
México, 1990	533.100	21	2,33
Perú, 1989	271.150	43	5,19

Nota: Los cálculos están basados en datos hospitalarios ajustados por información errada, la subregistro y la clasificación de abortos inducidos como espontáneos, utilizando un multiplicador de cinco (por ejemplo, uno de cada cinco abortos inducidos resulta en la hospitalización). Fuente: *El aborto clandestino: Una realidad latinoamericana*, AGI, Nueva York, 1994, pág. 24.

más importantes de Colombia por el Centro de Investigaciones Sobre Dinámica Social de la Universidad Externado de Bogotá; se recabaron datos sobre el aborto a 33.275 mujeres, de entre 15 y 55 años de edad, mediante el uso de un cuestionario breve, confidencial y autodilucidado.⁵ (Si bien participaron en la encuesta únicamente mujeres alfabetas, la mayoría de las mujeres de las zonas urbanas de Colombia son personas alfabetizadas.) Casi la cuarta parte de estas mujeres (23%) admitieron haberse sometido a por lo menos un aborto inducido; la proporción ascendía al 30% entre las mujeres que alguna vez habían estado embarazadas. El estudio reveló una tasa anual de aborto entre las mujeres de zonas urbanas de 15 a 55 años de 25 por 1.000, durante el período 1988-1991 (la cual es un poco más baja que la tasa nacional de 34 por 1.000, registrado en el grupo de mujeres de 15 a 49 años, indicado en el estudio del AGI⁶). Además, los resultados indicaron que las adolescentes eran más propensas a indicar que habían tenido un aborto—casi el 45% de las entrevistadas de 15 a 19 años que alguna vez habían estado embarazadas, se habían sometido a un aborto inducido.

Estos dos tipos de enfoques amplios presentan desventajas. Con el método indirecto de estudiar los datos hospitalarios, los investigadores no solamente tienen que establecer un conjunto amplio de multiplicadores, suposiciones y factores de ajuste, sino que también deben revisarlos a medida que cambian las condiciones que afectan las tasas de hospitalización (por ejemplo, a medida que es más accesible el aborto seguro en las zonas urbanas, o si se propaga el uso de abortivos o técnicas de aborto, como fue el caso del misoprostol en Brasil⁷). En forma similar, al realizarse los estudios sobre abortos directa-

mente con la población, siempre está presente el problema de que no se informa adecuadamente sobre una actividad ilegal y censurada (lo cual varía entre los subgrupos), aun cuando las mujeres llenan los formularios en privado y están dispuestas a ser entrevistadas.

La mayoría de las otras presentaciones de la conferencia se basaron en encuestas de peque-

ña escala realizadas en algunos países o en regiones de países, o sobre análisis de datos hospitalarios de una instalación en particular. José Barzelatto, Director del Programa de Salud Reproductiva y Población de la Fundación Ford, recomendó que se incrementara el empeño dirigido a realizar más actividades de investigación que se utilizaran la técnica de la encuesta directa para evaluar los niveles de aborto, indicando que los datos indirectos sobre hospitalización eran básicamente más débiles. Barzelatto exhortó a los investigadores a que se aseguraran que sus métodos de recopilación de datos fueran sólidos y fiables, de manera que sus resultados pudieran sostenerse con firmeza en el candente debate en torno al aborto.

La excepción cubana

Cuba, el único país que no presenta este problema de la recopilación de datos, fue un caso anómalo dentro del conjunto de países representados en la conferencia, cuyos participantes deliberaron sobre los méritos de Cuba como un modelo para los demás países. La isla no tiene ninguno de los problemas jurídicos, políticos, de infraestructura de salud y de restricciones religiosas que presenta el problema del aborto en otros lugares de la región. De acuerdo con Oscar Mateo de Acosta, del Instituto Nacional de Endocrinología, la legislación cubana estipula cuatro circunstancias bajo las cuales se califica al aborto realizado en el primer trimestre como un acto ilegal—cuando se realiza sin el consentimiento de la mujer; cuando el personal que realiza la intervención no es idóneo y no puede garantizar que el aborto sea seguro; cuando se realiza el procedimiento con fines de lucro; y cuando la intervención no se lleva a cabo en una institución oficial de salud.⁸ Los investigadores cubanos recordaron a los participantes de la conferencia que como resultado del extraordinario reconocimiento

jurídico del aborto en su país, hay una anomalía que se refleja en las relaciones de mortalidad materna: en 1988, Cuba presentaba una relación de 39 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, en comparación con promedios de 160 por cada 100.000 en América Central y 220 por 100.000 en Sudamérica.⁹

Si bien el sistema utilizado en Cuba, en el que todos los departamentos de ginecología de sus hospitales ofrecen servicios de aborto, se distinguió por su notable contraste con otros lugares de la región donde el aborto se practica en forma clandestina, los investigadores cubanos reconocieron que las tasas anuales de aborto de su país eran inaceptablemente elevadas—de 50 a 60 abortos por cada 1.000 mujeres. Además, revelaron que hay grandes fallos en el sistema de distribución de anticonceptivos e indicaron que es necesario mejorar la promoción y educación anticonceptivas. Según un médico chileno que trabajó en Cuba en proyectos del HRP, el problema se agrava por la escasez de anticonceptivos debido al bloqueo económico a Cuba impuesto por los Estados Unidos. A consecuencia de ello, las mujeres utilizan métodos obsoletos e inapropiados y los condones son muy escasos. La disponibilidad y uso frecuente de la “regulación menstrual”, cuyo costo en Cuba es de aproximadamente la cuarta parte de lo que cuesta un aborto inducido¹⁰ y se realiza sin una prueba de embarazo, agrega otra dimensión al ejemplo cubano.

La situación cubana es tan diferente que muchos de los determinantes usuales del aborto inducido—tales como edad, condición social y educación—no se aplican en Cuba de la misma forma que en otros países. Según un estudio financiado por el HRP y presentado en la conferencia por los cubanos, los resultados de un análisis de regresión logística multivariada indican que el determinante más importante del aborto entre las mujeres cubanas es la falta de una unión estable.¹¹

La peculiaridad de la situación cubana también ofrece la oportunidad para probar nuevos métodos médicos en un país en desarrollo de América Latina. Evelio Cabezas, jefe médico de Obstetricia y Ginecología del Ministerio de Salud Pública de Cuba presentó datos sobre un estudio de aceptabilidad en el que se examinó la experiencia de adolescentes con el método RU 486, administrado con misoprostol.¹² Los resultados del estudio—en el que mujeres de 15 a 19 años presentaron la más elevada proporción de aborto inducido exitoso (98% contra 90-93% entre mujeres mayores) y toleraron bien la dosis—llevaron a Cabezas a concluir que el RU 486 po-

*Estas circunstancias también se aplican a abortos más tardíos, cuya autorización es más estricta.

dría ser un método adecuado para las adolescentes. Sin embargo, su presentación fue puesta en cuestión por parte de los participantes que indicaron que este método aumenta el sangrado y presenta riesgos potenciales si la mujer no se somete a un control médico apropiado.

Actitudes religiosas

Cuba también es un caso anómalo en que no está sometida a la gran presión de la Iglesia Católica. En el resto de América Latina, la posición contraria de la Iglesia frente al aborto define el contexto cultural en el cual la mujer considera someterse a un aborto y recibe tratamiento (y en ocasiones se le niega el tratamiento) por sus complicaciones. Cuando se presentaron en la conferencia los resultados de un estudio realizado en Colombia sobre las actitudes religiosas con respecto al aborto, incluso los hallazgos de una encuesta en pequeña escala realizada a miembros del clero,¹³ los participantes del evento reaccionaron con gran interés y aun con cierto asombro. En la primera parte de esta encuesta realizada en tres etapas y financiada por la Fundación Ford, respondieron a un cuestionario 151 sacerdotes de las 13 ciudades más populosas de Colombia (con una notable tasa de respuesta del 76%, si se toma en cuenta que se trata de un tema difícil para un sacerdote). En la segunda etapa de la encuesta unos psicólogos distribuyeron cuestionarios a 1.239 pacientes de 13 a 47 años de clínicas clandestinas; la tercera etapa se realizó entre 56 profesionales de salud que ofrecían servicios en las dos clínicas clandestinas donde fueron entrevistadas las pacientes. Los cuestionarios tenían preguntas sobre el aborto y la confesión de los pecados, las enseñanzas de la Iglesia sobre el tema del aborto, y el punto de vista personal y la percepción del aborto como pecado.

Más de dos quintos (43%) de los sacerdotes indicaron que consideraban que las mujeres que habían confesado haberse sometido a un aborto no habían cometido inevitablemente un pecado mortal; curiosamente, una menor proporción de las pacientes (36%) expresaron que no habían cometido un pecado mortal. Casi todas las mujeres (91%) expresaron que el aborto era un mal menor, en comparación con no haberse sometido a la intervención. Además, el 84% de los sacerdotes afirmaron que en estos casos no se debe negar la absolución. Las respuestas del personal de la clínica fueron muy uniformes. La gran mayoría (96%) respondió que colaborar en realizar abortos no es inevitablemente un pecado mortal; la misma elevada proporción ex-

presó que no se sentían rechazados por Dios (96%) y que no habían considerado abandonar este trabajo por razones de conflicto religioso (96%).

Estos datos fueron seguidos de varios argumentos teológicos de una interpretación relativista y progresista de la posición de la Iglesia sobre el aborto. Como la presentación estaba claramente fuera de lo común para muchos de los participantes, algunos aprovecharon la oportunidad para formular preguntas; en la discusión que continuó se mantuvo como un tema constante la necesidad política de exponer la amplia gama de posiciones que sostienen los miembros laicos y del clero de la Iglesia Católica.

La anticoncepción y el aborto

En sus deliberaciones sobre el vínculo que existe entre la anticoncepción y el aborto, y por supuesto durante toda la conferencia, los participantes no pudieron evitar la discusión sobre cómo debería ser clasificado el aborto dentro del contexto de los métodos de planificación familiar. Hubo consenso general sobre la necesidad de buscar una expresión alternativa, porque el término “planificación familiar” es vago y ambiguo. Muchos participantes destacaron que el aborto nunca es un acto planeado, y que la mujer recurre a él solamente cuando no tiene otra opción; en este sentido el aborto es ciertamente un método de control de la fecundidad y no de planificación familiar.

Si bien se argumenta que este tema espinoso es únicamente una cuestión de semántica, la clasificación del aborto tiene indudablemente ramificaciones políticas. Como señaló una participante guatemalteca, la inclusión del aborto dentro del esquema de la planificación familiar resultaría desastroso en un país como Guatemala, donde aún ni el gobierno ni la población han aceptado totalmente la planificación familiar. Esta participante mencionó que su país, al igual que el Vaticano, había expresado reservas sobre asuntos específicos incluidos en el Programa de Acción aprobado de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo, en 1994.

La controversia en torno al problema del aborto suscitada en la conferencia de El Cairo surgía una y otra vez en el debate en Bogotá—se citó dicha conferencia como el estímulo para abrir el debate sobre la condición legal del aborto en ciertos países, como evidencia de la gran magnitud del problema en un documento oficial preparado por los parlamentarios, y como una referencia citada en la definición del aborto inseguro. En su presentación

sobre El Cairo, Barzelatto relató sus impresiones personales acerca de la conferencia y aseguró que entre sus logros notables, se encontraba el cambio conceptual de la preocupación sobre el número de la población al reconocimiento de los derechos reproductivos, sexuales y de salud, y a lograr que los gobiernos sean responsables de la garantía de esos derechos.¹⁴

Crimen y castigo

El común denominador presente durante la conferencia en todos los aspectos del tema—desde la dificultad de obtener respuestas fiables con respecto al aborto, a calcular los costos hospitalarios y diseñar nuevas metodologías para detectar casos de muertes no notificadas causadas por el aborto—fue la ilegalidad del aborto en la región. El efecto aún más significativo en catalogar al aborto como un delito es el componente emocional que se aporta a este evento, de por sí muy difícil, y la mayor morbilidad y mortalidad que pueden resultar cuando el aborto se realiza en forma clandestina y frecuentemente en condiciones de riesgo. Como señaló Mundigo en la sesión de apertura de la conferencia, el objetivo de la despenalización es reducir el peligro a que está expuesta la mujer y el sufrimiento humano innecesario relacionado con el aborto clandestino.¹⁵

Se les recordó repetidamente a los participantes, en las presentaciones y comentarios, que las mujeres son estigmatizadas no solamente por la ley sino que frecuentemente por el personal de salud y las autoridades. Una médica nicaragüense relataba una anécdota de una paciente hospitalizada por complicaciones de aborto que era denigrada e ignorada por el personal médico mientras que en la habitación contigua, éstos asistían diligentemente a un herido que había cometido un asesinato. En varias ocasiones, algunos médicos acusaron a sus colegas por negarse a realizar incluso abortos legales. Uno, por ejemplo, citó un caso ocurrido en Bolivia donde aun cuando el juez dictaminó la legalidad de un aborto, ningún médico aceptaba realizarlo, y otro participante relató un caso de un aborto realizado legalmente en Brasil que suscitó una enorme protesta del público.*

También se mencionaba con frecuencia la renuencia que tienen las mujeres en pro-

*En Bolivia (así como en Argentina, Costa Rica, Ecuador, El Salvador y Perú) la ley permite el aborto inducido en las siguientes circunstancias: para salvarle la vida o salud a la madre, cuando el embarazo es consecuencia de una violación o incesto, o cuando existe una deformación fetal; en Brasil (y México) se permite el aborto por las dos primeras razones, pero no por la tercera (véase la referencia 18).

curar tratamiento por temor a las represalias, lo cual contribuye a incrementar la morbilidad y mortalidad al retrasar o evitar la asistencia adecuada. Mirta Kennedy, una investigadora del Centro de Estudios de la Mujer de Honduras, presentó pruebas de que esos temores están bien fundados, por lo menos en ese país.¹⁶ Según su presentación de los resultados de un estudio realizado entre personal de salud, el 26% de la muestra expresó que colaboraría con las autoridades en informar que una mujer se había sometido a un aborto, y el 31% indicó que no estaban decididos si lo harían o no. Sin embargo, otra investigadora, Elena Prada, en su presentación sobre datos recopilados en hospitales de Colombia, atribuyó por lo menos parte de la enorme cantidad de fallas de clasificación y notificación de complicaciones de aborto en los registros a la renuencia de los médicos a reportar a las mujeres que buscaron su ayuda.¹⁷

Si bien aún no se ha llevado a cabo una reforma jurídica concreta, hay señales del comienzo de este lento y arduo proceso en algunos lugares de la región. María Isabel Plata, directora de Profamilia, Colombia, mencionó la opinión jurídica en minoría que dictó un tribunal constitucional de Colombia, lo cual por primera vez utilizó un lenguaje en el que se refería a los derechos reproductivos de la mujer y a su derecho a la dignidad.¹⁸ Asimismo, alertó contra las liberalizaciones parciales de la ley que no reconocen la autonomía procreativa de la mujer y reiteró que la sociedad no puede continuar pidiéndole a la mujer que viole la ley; según ella, si el aborto va a ser seguro, tiene que ser legal.

Muchos de los legisladores participantes reconocieron las dificultades con que se enfrentan; por ejemplo, una senadora chilena mencionó el caso de un candidato reformista que no pudo ser reelecto, y expresó que sostener una posición liberal con respecto al aborto provoca la pérdida de votos. El hecho de que algunos asistentes se lamentaran por el clima reaccionario que existe en sus países y que otros hablaran de aprovechar la apertura en el debate sobre este tema, demuestra que es muy diversa la realidad política que se vive actualmente en la región. La breve presentación del Presidente del Senado colombiano, Juan Guillermo Angel, que habló sobre el reconocimiento de la realidad común del aborto, y la amplia cober-

tura que la prensa colombiana asignó a la conferencia, evidencia la disposición que existe para debatir el tema públicamente, por lo menos en Colombia. Si bien no importa en qué momento del proceso hacia la reforma jurídica se encuentran sus países tan distintos, los legisladores participantes estuvieron de acuerdo en que es esencial contar con la colaboración de los investigadores; hubo amplio acuerdo con la opinión de un legislador que dijo “el dato es el que avala nuestra propuesta”.

Recomendaciones

En el último día de la conferencia, los participantes se distribuyeron en grupos de trabajo para preparar las recomendaciones sobre aspectos determinados sobre el aborto inducido—la incidencia, la legislación, las adolescentes, la hospitalización y los costos de los tratamientos de las complicaciones, la anticoncepción y la mortalidad materna. Hubo considerable duplicación en las presentaciones de los grupos realizadas en las sesiones plenarias porque, claramente, muchos de los problemas relacionados con el aborto inducido están estrechamente vinculados. La queja repetida de que las mujeres que procuran un tratamiento para las complicaciones causadas por un aborto son humilladas y maltratadas, conducía a que varios grupos recomendaron que se instruyera y concienciara al personal médico y al público en general con respecto a este problema. En realidad, el tema presente y predominante en los seis grupos de recomendaciones fue el de mejorar el conocimiento—de la mujer en materia de anticonceptivos, especialmente de las adolescentes, y de los proveedores del servicio en técnicas de aborto y en los procedimientos de notificación y atención desprejuiciada por parte del personal médico y administradores de salud.

Más específicamente, los investigadores del grupo que trataba la incidencia, insistieron en que la complejidad del problema requiere que se adopten metodologías más avanzadas; que las metodologías que se utilizan actualmente deberían ser comparadas y compartidas a través de una red de información en español con el fin de superar la sensación de aislamiento de los investigadores latinoamericanos; que los resultados deberían ser simplificados a fin de que los medios de información y los encargados de la formulación de políticas puedan hacer un mejor uso de los mismos; y que ha llegado el momento para que los investigadores se reúnan con grupos religiosos y otros movimientos que se oponen al aborto para mantener un diálogo más abierto y significativo.

Tanto el grupo de hospitalización como el de mortalidad recomendaron que se diera mayor apoyo a los comités de mortalidad materna en los hospitales para vigilar la mortalidad y concienciar al personal sobre este problema. (Sin embargo, en las siguientes deliberaciones se les recordó a ambos grupos que en el pasado estos comités no habían funcionado muy adecuadamente y que su eficacia depende totalmente de las personas que los dirigen.) Ambos grupos también mencionaron que era imperdonable el uso de técnicas de aborto anticuadas y menos seguras, y por lo tanto recomendaron que las técnicas de tratamientos de abortos deberían ser simplificadas y estandarizadas y que se impartieran cursos en esta materia en las facultades de medicina.

El grupo de trabajo sobre mortalidad materna recomendó que para los diagnósticos se mejorara el uso de los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIF); si bien hay una categoría separada que corresponde a las complicaciones debidas al aborto inducido, los casos de muertes debidas a embarazos ectópicos y molares se clasifican junto con las muertes causadas por abortos inducidos. (En la sesión del grupo de trabajo, Cabezas utilizó un gráfico para demostrar que hasta el 50% de la mortalidad materna anual registrada en Cuba, clasificada bajo el mismo código de la CIF, se debía a muertes causadas por embarazos ectópicos.) Asimismo, el grupo también recomendó que se recordara a los médicos que, de acuerdo con el código de ética médica, tenían la obligación de prestar atención a las mujeres que presentaran casos de complicaciones del aborto. (Sin embargo, una participante de Bolivia no estuvo de acuerdo y dijo que el código de ética médica de su país prohíbe estrictamente cualquier atención médica en casos relacionados con el aborto.)

El grupo de trabajo sobre legislación insistió en que las autoridades permitieran la realización sin demora de los abortos que actualmente están autorizados por la ley. Un tema que suscitó mucho debate y suspense durante toda la conferencia fue si este grupo sobre legislación recomendaría la despenalización del aborto. Lo hizo, y recomendó la eliminación del aborto inducido del código penal y su inclusión dentro del código de salud. Solamente el aborto inseguro—tal como lo define el documento final del Programa de Acción de El Cairo*—y el aborto sin el consentimiento de la mujer deberán continuar siendo considerados un delito. Sin lugar a dudas, esta fue una de las recomendaciones más significativas de la conferencia.

*Una nota al pie del Programa de Acción de El Cairo define como abortos inseguros las intervenciones realizadas por personal no adiestrado o aquellas realizadas en un medio médico inadecuado, o cuando se dan ambas condiciones. (Véase el “Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo”, Conferencia de las Naciones Unidas Sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 12 de septiembre de 1994.)

El grupo también recomendó que se fomenten las actividades en materia de planificación familiar y de educación en este campo para reducir la necesidad de recurrir al aborto, que se elimine la discriminación que no permite a la mujer decidir sobre su maternidad, y que se distribuya ampliamente en la región la documentación producida en la conferencia. Se reiteró que el problema deberá ser abordado en dos frentes—por un lado mediante la despenalización, para aminorar los efectos discriminatorios del aborto ilegal, principalmente entre las mujeres pobres y jóvenes, y por otro lado a través de la prevención, para limitar la incidencia del aborto inducido tanto como sea posible.

Los legisladores también prepararon un documento por separado, dirigido a la Comisión de Salud del Parlamento Latinoamericano, que sesionaría la siguiente semana en La Habana, Cuba, instándole a abordar el tema del aborto inducido y sus consecuencias en la salud de la mujer. Este documento, suscrito por siete legisladores que asistieron a la conferencia (procedentes de Argentina, Brasil, Colombia, Chile, El Salvador y Panamá), recomendó reducir la demanda del aborto, mejorar e incrementar los servicios de planificación familiar y asignarle la mayor prioridad a la eliminación del aborto con riesgo e inseguro.

Al clausurarse la conferencia, surgió un movimiento espontáneo para continuar sus trabajos a través de equipos técnicos de coordinación de cada país, que podrían conservar su trabajo reuniéndose regularmente para intercambiar datos y experiencias. Una y otra vez se mencionó la necesidad de eliminar el aislamiento de los investigadores latinoamericanos, y más de uno indicó que nunca se hubiera enterado que otros colegas utilizaban la misma metodología si no se hubieran reunido y conocido en esta conferencia.

Pues la conferencia claramente logró su primer objetivo—intercambiar conocimientos sobre el aborto inducido y técnicas de

investigación entre los diversos países de la región; como lo reconocieron muchos participantes, esta fue la primera oportunidad que tuvieron de hacerlo. También fue la primera vez que los investigadores, como grupo, se sentaron junto a los políticos para tratar el tema del aborto. La conferencia confirmó lo que siempre fue evidente—que ambos grupos realmente se necesitan; como habían comentado los organizadores de la conferencia, la investigación promueve el debate político.

¿Pero cuán factible es que sean cumplidas las recomendaciones de la conferencia, especialmente las que exhortan a la despenalización? Como expresó Barzelatto al finalizar la conferencia, “Si hay algo que he aprendido, es que no se puede predecir la historia; el hecho de que un grupo recomienda algo no significa que eso ocurrirá. Algunos países han avanzado mucho en este proceso y cada uno deberá proseguir a su propio ritmo. Pero soy optimista; uno puede sentir estas cosas, y siento que el cambio no está muy lejano”.¹⁹

Referencias

1. The Alan Guttmacher Institute (AGI), *Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana*, Nueva York, 1994; y S. K. Henshaw, “Induced Abortion: A World Review, 1990”, *Family Planning Perspectives*, 22:76–89, 1990.
2. T. Frejka, L. C. Atkin y O. L. Toro, “Program Document: Research Program for the Prevention of Unsafe Induced Abortion and Its Adverse Consequences in Latin America and the Caribbean”, *Center for Policy Studies Working Paper*, No. 3, The Population Council, México, D. F., 1989; L. S. Lis-kin, “Complications of Abortion in Developing Countries”, *Population Reports*, Series F, No. 7, 1980; E. Royston y S. Armstrong, eds., *Preventing Maternal Deaths*, Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra, 1989; y J. 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.
3. A. Mundigo, comentarios de apertura, Encuentro de Investigadores Sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Bogotá, 15 de nov., 1994.
4. AGI, 1994, op. cit. (véase referencia 1).
5. L. Zamudio, N. Rubiano y L. Wartenberg, “La Incidencia del Aborto en Colombia”, ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores Sobre Aborto Induci-

do en América Latina y el Caribe, Bogotá, 15 de nov., 1994.

6. AGI, 1994, op. cit. (véase referencia 1).
7. S. H. Costa y M. Vessey, “Misoprostol and Illegal Abortion in Rio de Janeiro, Brazil”, *Lancet*, 341:1258–1261, 1993; y J. Lutésia Luna Coêlho et al., “Misoprostol and Illegal Abortion in Fortaleza, Brazil”, *Lancet*, 341:1261–1263, 1993.
8. O. Mateo de Acosta, “El Aborto en Condiciones de Legalidad: Aciertos y Contradicciones”, ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores Sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Bogotá, 15 de nov., 1994.
9. *Maternal Mortality Ratios and Rates: A Tabulation of Available Information*, Third Edition, Division of Family Health, OMS, Ginebra, 1991, Cuadro 1, pág. 5.
10. M. T. Martínez Pérez, “El Aborto Dentro del Sistema Nacional de Salud: Su Organización en el Municipio de la Ciudad de Habana”, ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores Sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Bogotá, 17 de nov., 1994.
11. L. Alvarez Vásquez, “Un Informe Psico-Sociodemográfico del Aborto en Cuba”, ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores Sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Bogotá, 17 de nov., 1994.
12. E. Cabezas, M. García y E. Guzmán, “Aborto en Adolescentes con RU 486”, ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores Sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Bogotá, 15 de nov., 1994.
13. Equipo de Expertos, “Problemática Religiosa de la Mujer que Aborta”, ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores Sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Bogotá, 17 de nov., 1994.
14. J. Barzelatto, “La Dinámica de El Cairo: Encuentros y Desencuentros”, ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores Sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Bogotá, 18 de nov., 1994.
15. A. Mundigo, 1994, op. cit. (véase referencia 3).
16. M. Kennedy, “El Aborto: Enfoque Psicosocial y de Salud Pública”, ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores Sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Bogotá, 17 de nov., 1994.
17. E. Prada, “Aborto Complicado: La Punta de Iceberg de la Práctica Clandestina”, ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores Sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Bogotá, 15 de nov., 1994.
18. M. I. Plata y M. C. Calderón, “Aspectos Legales del Aborto en América Latina y el Caribe”, ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores Sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Bogotá, 17 de nov., 1994.
19. J. Barzelatto, comunicación personal, 18 de nov., 1994.