

**DISCURSO PRONUNCIADO ANTE LA ACADEMIA DE MEDICINA
POR EL PROFESOR ALVARO VELASCO CHIRIBOGA
AL RECIBIR EL PREMIO NACIONAL DE MEDICINA
"FEDERICO LLERAS ACOSTA" EN DICIEMBRE 4 DE 1975**

Sr. Presidente Honorario del "Premio Nacional de Medicina Federico Lleras Acosta".

Sr. Viceministro de Salud.

Sr. Presidente de la Academia de Medicina de Colombia.

Sres. Miembros del Jurado del Premio.

Sres. Miembros de la Academia de Medicina.

Señoras, señores.

Quiero manifestar mis profundos sentimientos de gratitud al Jurado Calificador del Premio "Federico Lleras Acosta", por la honrosa distinción que me han dispensado al contribuir, como Profesor universitario, a preservar la integridad psicosomática del Hombre, protegiéndole durante su nacimiento.

Sé la ardua labor que implica tomar una decisión en un certamen al cual se presentan trabajos de varias disciplinas médicas, tanto más difícil por la capacidad científica de los participantes reconocidos por la consagración y meticulosidad con que desarrollan la metodología que se han propuesto.

Tanto el nombre cuya memoria perpetúa el Premio, instituido en forma

altruista y generosa por los Laboratorios Hormona, como el Premio en sí, son expresión de las grandes reservas con que cuenta la Patria para trazarse rutas de progreso, de sabiduría y de valer. Federico Lleras Acosta ha sido uno de los grandes de la Patria. Su vida, su obra, sus realizaciones en el campo de la investigación son modelo en Colombia del esfuerzo personal proyectado en beneficio de la Comunidad.

Cuando en la penuria de nuestros hospitales hombres como Federico Lleras han emprendido obra perdurable, de alcances evidentes en la preservación de la salud, nos sentimos optimistas, porque carecemos de toda ayuda, menos del fuego interior que los guía.

Considero que hoy inicio la etapa de mayor responsabilidad cual es mantener con probidad este título que se convierte en mi más preciado galardón profesional.

Prolongando el libro "El fenómeno humano", parte de su monumental obra, Teilhard de Chardin, asombroso conciliador entre la Divinidad y la Ciencia, escribe:

"Por virtud de la cualidad y de las propiedades biológicas del Pensamiento nos encontramos si-

tuados en un punto singular, sobre un nudo, que domina la fracción entera del Cosmos, actualmente abierto a nuestra experiencia. El Hombre, centro de perspectiva es al mismo tiempo **centro de construcción** del Universo.

Por conveniencia, tanto como por necesidad, es hacia él donde hay que orientar finalmente toda Ciencia, si realmente ver es sentir más, miremos al Hombre y viviremos más intensamente".

Puntualiza así, Theilhard, al Pensamiento como la cualidad esencial del Hombre la que le permite ser, discernir y proyectarse en el Universo. A este alto nivel evolutivo en la Naturaleza se llegó por la perfección de los procesos genéticos y por la capacidad de acrecentar el Conocimiento por medio del análisis introspectivo y la capacidad creadora.

Resulta paradójico y algo prosaico que tan elevadas funciones intelectuales sean dependientes de la integridad orgánica del incomprendido complejo cerebral, y que éste sea tan vulnerable a las agresiones durante su formación y crecimiento, de allí esa imperiosa necesidad de investigar los factores que puedan perturbar la perfección de la función reproductiva y por eso también la obligación de los estados de proteger el derecho que todo niño tiene de nacer en óptimas condiciones biológicas.

Obsesionado con esta idea proyecté uno de los trabajos hoy galardonados en el cual se quiere destacar la importancia del control riguroso del trabajo de parto para descubrir desde sus etapas iniciales los signos resultantes de la anoxia fetal, causante de necrosis de células cerebrales y responsable a su vez de alteraciones

psicomotoras en el adulto. Se provee además un nuevo instrumento para resolver la situación durante el período expulsivo.

La monitoría fetal, por primera vez utilizada en Colombia es, hoy, considerada como método sofisticado, cruza la etapa que debieron sufrir, a su tiempo, otros elementos de trabajo sin los cuales nadie se arriesgaría en la actualidad a delinear un diagnóstico o tratamiento; auxiliares como el electrocardiógrafo, electroencefalógrafo y otros son indispensables en los centros asistenciales y universitarios.

La ejecución del plan nacional de salud incorpora a los hospitales universitarios como centros de mayor categoría asistencial y éstos deben dotarse de elementos para diagnóstico preciso, mejor que el que pueda lograrse en la periferia.

Al revisar la dotación actual del Hospital San Juan de Dios encontramos que la mayor deficiencia existe en los laboratorios y equipos para diagnóstico. Nuevos elementos para ecocardiografía y laminografía abdominal se hacen de urgente adquisición, este último método de estudio especialmente útil en Obstetricia y Ginecología abre un amplio campo de acción en las pacientes embarazadas en quienes no se puede usar la radiografía.

Si bien es cierto que las condiciones económicas son precarias y que hay otras necesidades básicas más urgentes para resolver, el diagnóstico preciso y rápido disminuye los costos de mantenimiento hospitalario al acelerar la curación y disminuir el tiempo de hospitalización.

En la investigación así como en la asistencia a alto nivel es imperiosa la prueba objetiva que solo puede obte-

nerse con equipos adecuados. Si deseamos mantenerlas a un alto nivel es necesario facilitarle su desarrollo y así conservarla dentro de los ámbitos internacionales.

Algunos organismos facilitan los recursos para la investigación pero para dispensarlos exigen protocolos bien diseñados en los cuales las manifestaciones subjetivas son fácilmente debatidas y derrotadas.

No es coincidencia que por segunda vez el premio se otorgue a personal Docente del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional; es la consecuencia lógica de la orientación científica de este servicio, iniciada desde hace muchos años por quienes fueron nuestros profesores y continuada por el actual grupo de trabajo que labora con verdadero orgullo patrio.

El Gineco-Obstetra, a veces menospreciado en su trabajo, ha tomado por derecho propio un sitio privilegiado entre las especialidades médicas, no solo por la noble función que desempeña sino por la importancia que representa su ejercicio para el devenir de los pueblos dado el carácter profiláctico en relación con el desarrollo humano futuro. El, como nadie, es responsable del bienestar simultáneo de dos seres y como tal debe estar actualizado en la Medicina del adulto como conocer las bases de la genética y dominar la embriología y perinatología. El investigador en sus métodos es un científico pero en esencia es un poeta y artista. En el diseño de su trabajo manifiesta su inconformidad y labora su ideal; en los resultados, se materializan sus sueños, concreta sus hipótesis y proyecta sus ambiciones. Sueña, trabaja y realiza sus ideales.

El investigador académico debe además transmitir sus conocimientos

a quienes harán práctica de ellos en el ejercicio cotidiano. Resulta a veces poco estimulante que el recién egresado, preparado de acuerdo a las necesidades comunitarias, se encuentre, al salir al medio rural sin elementos propicios para la aplicación de la doctrina adquirida, en consecuencia, permanece en ese medio con la posibilidad de sumirse en la mediocridad, regresa a las grandes ciudades a engrosar el número de médicos desempleados o, en el peor de los casos, emigra al exterior buscando mejores condiciones de empleo y remuneración. Resulta pues urgente mejorar la dotación y remuneración en los centros de salud y hospitales regionales, no solo para llenar las necesidades del grupo social menos protegido sino para evitar la frustración y desmoralización de nuestros jóvenes médicos.

Para terminar deseo citar al Profesor Federico Lleras Acosta transcribiendo una frase del discurso que pronunciara con motivo de su nombramiento Doctor Honoris Causa en la Universidad de Antioquia:

"Si al lado de la organización ejecutiva de las campañas funcionan organismos de investigación, destinados a orientar a las primeras, a indagar nuevas rutas, a aprovechar o a interpretar los resultados mismos de la labor práctica, se obtiene una doble consecuencia. De una parte la investigación se siente estimulada, urgida por la diaria necesidad de buscar soluciones que le demanden los organismos de la acción sanitaria. De otra, esta última acción se ejerce con mejor orientación y armonía, mucho se está haciendo hoy por dar expresión real a esa conexión indispensable".

ABORTO EN AMERICA LATINA*

James Ferguson, PhD

Research Associate
International Fertility Research Program

Alfredo Goldsmith, MD. MPH

Area Coordinator for Latin America
International Fertility Research Program

Colaboraron en la recolección de datos para este trabajo las siguientes Instituciones:

COLOMBIA

Universidad de Antioquia
Universidad de Caldas
Universidad del Cauca
Universidad de Cartagena
Universidad Javeriana
Universidad Nacional
Universidad del Rosario
Universidad de Santander
Universidad del Valle

EL SALVADOR

Hospital de Maternidad

GUATEMALA

Hospital Roosevelt
Hospital Seguro Social

CHILE

Hospital Félix Bulnes

Los autores agradecen a Elena Tomaro y a Mary-Michael Fajardo su ayuda en la preparación del reporte final.

I. Introducción

En la última década, la comunidad científica ha realizado un esfuerzo para mejorar la tecnología de inducción del aborto (1). Con este objetivo, se han efectuado numerosos estudios para evaluar la diferencia entre métodos, ya sea aspiración por vacío, dilatación y curetaje, o sustancias químicas (2). Estos programas de inves-

tigación asumen que el aborto inducido es legal o está en camino a legalizarse, pero al asumir esta idea, los investigadores excluyen **de facto** más del 40 por ciento de la población mundial, para la cual el aborto es ilegal y permanecerá ilegal en el futuro inmediato (3). Como la posibilidad de que las leyes cambien es mínima, es esencial examinar la situación clínica presente del aborto en nuestro medio, para así poder efectuar los cambios, que como clínicos tenemos la obligación de realizar dentro del marco legal existente.

En primer lugar debemos definir los tipos de "aborto". Siguiendo a Tietze y Dawson (8), distinguimos solamente entre aborto inducido y no inducido o "espontáneo". Donde sea apropiado haremos referencia a septicidad, debido a su relación con tasas elevadas de morbilidad. En este trabajo utilizaremos la definición de aborto séptico del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias

* Este trabajo fue realizado en parte gracias a un grant del International Fertility Research Program Chapel Hill, North Carolina (AID/csd 2979).

de los Estados Unidos (5). Esta describe el aborto séptico como:

Un aborto en el cual la cavidad uterina y/o su contenido, y otros órganos abdominales están infectados. Existen grados de infección desde fiebre a septicemia. El aborto séptico puede resultar de un aborto inducido legal o espontáneo, pero probablemente es el resultado más a menudo de un aborto inducido ilegal.

Como sabemos, la mayoría de los abortos sépticos son ilegalmente inducidos, pero muchos de los abortos inducidos no muestran ni señales ni síntomas de infección, mientras que algunos abortos espontáneos lo muestran.

El problema del aborto puede ser más profundamente comprendido al introducir un concepto obstétrico: "embarazo de alto riesgo". Este concepto tradicionalmente reservado para la discusión de problemas relacionados con el parto, parece resultar particularmente adecuado al problema del aborto inducido ilegal con sus altas tasas de morbilidad y mortalidad. En una reciente publicación sobre las implicaciones del "embarazo de alto riesgo" en salud pública, Lesinski (4) usa una definición que parece estar igualmente aplicada a los datos presentados en este estudio:

...Alto riesgo, en el embarazo, puede ser definido como cualquier gestación en la cual las prospectivas de un resultado óptimo han sido reducidas tanto para la madre como el niño. Óptimo para la madre es concepción y embarazo sin problemas, incluyendo trabajo de parto normal, puerperio y lactancia, así como restauración completa al nivel

pre-embarazo de las funciones mentales y físicas de la madre...

Los datos de mortalidad y morbilidad reportados en Latinoamérica, sin duda alguna califican los embarazos que eventualmente terminarán en un aborto inducido ilegal como uno en el cual "los chances de un resultado óptimo se reducen", y el "alto riesgo obstétrico" es evidente.

En este trabajo, la introducción del concepto de "alto riesgo" para los casos de aborto sirve para dar énfasis a la severidad médica de los problemas asociados con el aborto inducido ilegal y de este modo hacer ver la urgencia con la cual debemos abordar este problema, tanto en su prevención como en su manejo clínico. Solo cuando el número de embarazos no deseados haya sido reducido significativamente, podremos destinar recursos para tratar los casos de embarazos de "alto riesgo" con propósitos eugénicos.

En este estudio, el enfoque principal está basado en datos de aborto hospitalario y en algunos problemas metodológicos generales que se presentan al estudiar el aborto inducido ilegal.

En primer lugar, debemos señalar que los datos a ser presentados están basados en una muestra de Chile, Colombia, El Salvador, y Guatemala. El idioma común facilitó la posibilidad de utilizar un formulario común, combinar datos, y a su vez, permitió la construcción de un perfil socio-demográfico y clínico de este grupo de pacientes (3).

En lo referente al perfil socio-demográfico de la paciente de aborto en América Latina, de acuerdo a Requena (7), en nuestro medio la gran mayoría de nuestras mujeres son usuarias de aborto inducido y esto se de-

be a varios factores. Entre estos podemos señalar: una reducción en el analfabetismo, estado socioeconómico en aumento con movilidad social vertical, falta de un esfuerzo intensivo en los programas de planificación familiar, y falla en legalizar el aborto.

II. Material y Métodos

Los datos fueron obtenidos de una muestra de 5.470 mujeres tratadas por aborto entre febrero de 1974 y mayo de 1975. La representación por país en esta muestra fue la siguiente: Chile, 10.9 por ciento (N = 596); Colombia, 53.4 por ciento (N = 2923); El Salvador, 23.4 por ciento (N = 1273); y Guatemala, 12.4 por ciento (N = 678). Como se utilizó el mismo formulario en los cuatro países, la información socio-demográfica y clínica se pudo comparar.

Considerando los datos de esta muestra, debemos tener en mente dos puntos para evaluar los resultados. En primer lugar, las condiciones locales hicieron extremadamente difícil el asegurar que los formularios fueran completados los fines de semana. En segundo lugar, existe un error indeterminado en la muestra debido a que todos estos casos son admisiones hospitalarias, por lo cual no podemos hacer inferencias a la población general ya que sabemos que más de dos tercios de los abortos inducidos ilegalmente nunca acuden a un servicio hospitalario (9).

III. Resultados

A pesar de la falta de datos para todas las pacientes, es informativo analizar los porcentajes generales de aborto espontáneo e inducido para las 3.425 mujeres restantes. Claramente el aborto "espontáneo" ocurre con una frecuencia mayor de cinco a uno, al compararlo con el "inducido"

(83.5% vs. 16.5%). Es más, existe poca diferencia entre los porcentajes de Colombia y los de El Salvador 16.8 por ciento abortos "inducidos" en Colombia vs. 14.8 por ciento en El Salvador. Se debe tener cautela al interpretar estas cifras, ya que como hemos notado anteriormente, la cifra de aborto "inducido" puede ser muy conservadora, debido a las implicaciones legales contra la mujer que admite haberse inducido un aborto.

El Cuadro II y la Figura 2 muestran datos de edad y paridad; el Cuadro II indica las cifras para la muestra completa y la edad y paridad promedio se separan por país en la Figura 2. La paridad promedio aumenta en valores aproximadamente iguales a uno entre los grupos "15-19" y "30-34", sin embargo, se nota un salto de 1.8 en la siguiente categoría y un salto de 1.4 en la próxima. Estos valores podrían ser explicados como evidencia de una cierta efectividad obtenida por los programas de planificación familiar en algunos grupos de edad.

Se halla una indicación similar a la mencionada con edad al observar la distribución de la paridad promedio en los cuatro países, entre las mujeres de "15-19" y "40-44". Comenzando con Chile (0.8-4.2), progresa a Guatemala (0.5-6.0), Colombia (0.6-7.4), y El Salvador (0.4-8.3). Esta misma relación se sumaria en la Figura 2. Estos datos infieren que diferencias nacionales en los programas de planificación familiar son las responsables para estas variaciones.

El uso de anticonceptivos, previos al aborto estudiado (Figura 3) confirma y contrasta la aparente tendencia observada al analizar edad y paridad entre los cuatro países. Al igual que con edad y paridad, Chile y El Salvador se encuentran a los extremos de la distribución en el uso de anticon-

ceptivos. Chile reporta el uso anti-conceptivo más alto y El Salvador el más bajo. Es más, este mismo orden de los cuatro países queda constante en el uso de anticoncepción post-aborto. Chile reporta que el 68.4 por ciento de las mujeres usaban anticonceptivos "eficaces" seguido por Colombia (49.9%), Guatemala (41.0%), y El Salvador (37.5%).

Como un comentario final sobre diferencias en programas de planificación familiar, resulta interesante comparar los datos de aceptación para DIU y orales post aborto en los cuatro países. El valor interpaís para el uso de orales es relativamente constante variando desde un 30.3 por ciento en Colombia, hasta 35.6 por ciento en Chile. Sin embargo, se nota una marcada diferencia en la aceptación de DIU. Chile reporta un 30.1 por ciento de las aceptantes utilizando DIUs, Colombia un 19.1 por ciento, Guatemala un 5.2 por ciento y El Salvador registró un declive del 3.8 por ciento previo al aborto al 1.4 por ciento después del mismo.

Estudiando por separado los datos colombianos de esta muestra, podemos señalar que la inserción inmediata de un DIU en el post-aborto es segura y no aumenta las tasas de complicaciones. Sin embargo, la relativa baja frecuencia de esta práctica anticonceptiva probablemente se debe "...a que los médicos respetan la libertad de elección. Dejan que la paciente elija un método de poco mérito en vez de hacer hincapié en el uso de uno mejor" (10).

Como ha sido mencionado anteriormente, el medir la septicidad es causa de preocupación en América Latina (2). Mientras que no existen datos para la muestra completa, quisiera destacar los hallazgos para Colombia y El Salvador. Se debe tener pre-

sente que los valores de septicidad son juicios subjetivos y como tales no permiten una comparación estricta.

En vista de que los datos colombianos se obtuvieron en nueve centros comparado con uno en El Salvador, la conformidad en tasas de septicidad es todavía más impresionante. En Colombia, el 64.8 por ciento de las pacientes fueron admitidas sin septicidad. La variación entre centros fue de 85.8 por ciento a 23.0 por ciento. El 77.2 por ciento de las mujeres hospitalizadas en El Salvador fueron admitidas sin síntomas o signos de septicidad. Los porcentajes de las mujeres consideradas en el grupo de septicidad I en los dos países son idénticos 22.8% en Colombia y 21.5% en El Salvador.

Datos sobre el tipo de aborto también son analizados para El Salvador y Colombia. Otra vez resulta interesante el notar la comparación entre los dos países. Como se muestra en el Cuadro IV, el 83.2% de las pacientes en Colombia fueron registradas como aborto espontáneo, comparado con el 84.4% de las mujeres en El Salvador. Nuevamente señalamos que estas cifras deben ser analizadas con cautela, ya que la admisión por parte de la paciente de un aborto inducido ilegal puede tener consecuencias legales severas para ella.

La tabulación cruzada de tipo de aborto por septicidad (Cuadro V) proporciona un chequeo indirecto sobre esta posibilidad. Mientras que esta es una relación muy significativa ($\chi^2 = 135$, $df = 12$, $p = .001$), no es completamente directa. Si las pacientes dijieran siempre la verdad al reportar el tipo de sus abortos, se esperaría casi una relación de uno a uno entre el tipo de aborto y la septicidad. Los datos en el Cuadro V confirman este modelo. De aquellas pacientes ca-

tagadas como aborto "espontáneo", solo el 77.2% están registradas como no sépticas. Del mismo modo, solo el 17.4% de las pacientes "inducidas" fueron registradas como no sépticas.

Estos datos parecen indicar que existe evidencia de una asociación entre septicidad y tipo de aborto, y la desviación del modelo es principalmente una función del bajo reportaje de abortos "inducidos" por parte de las pacientes. Finalmente, como ha sido reportado en otras partes, las pacientes con aborto "inducido" sin septicidad pueden haber sido inducidas en forma ilegal por personal médico competente.

Se reportaron diez y seis muertes en esta serie que representa 0.3% de los casos estudiados. En todos los casos la causa principal de muerte fue septicemia. Debe notarse que catorce muertes se reportaron en Colombia aproximadamente 87,5% del total.

Dilatación y curetaje (D y C) claramente fue el método preferido en este estudio para completar la evacuación uterina. Como indica el Cuadro VI, el 97,0% de las mujeres tuvo una dilatación y curetaje simple y un 0,8 por ciento adicional tuvo procedimientos múltiples que o comenzaron o terminaron con una dilatación y curetaje. Mientras que ningún otro procedimiento se utilizó con mucha frecuencia, se debe notar que el 0,6% de los procedimientos fueron o aspiración por vacío simple o aspiración por vacío seguida por dilatación y curetaje. Se puede concluir que la aspiración por vacío estaba disponible como técnica pero que los médicos en el estudio prefirieron no usarla. Presumiblemente esto representa una posición cautelosa ya que la aspiración por vacío ha sido demostrada estar a la par con dilatación y curetaje para el aborto inducido legal.

El uso de anestésicos resulta un buen indicador de la utilización del personal y facilidades hospitalarias. Los datos en el Cuadro VII muestran una amplia variación de práctica en el uso de anestesia. En la gran mayoría de casos (68,0%) se utilizó anestesia general; sin embargo, el 15,8 por ciento de estas pacientes fueron tratadas sin anestesia.

En contraste con lo que se esperaba en condiciones médicas normales, parece que el uso de anestesia más extensa estaba positivamente asociada al grado de septicidad. Como se indica en el Cuadro VIII, existió un aumento constante en el uso de anestesia general desde pacientes sin septicidad (41,9%) a las del grado III (96,3%).

En términos de uso de anestesia, hay dos modelos claros entre estas cuatro muestras. En Colombia, la anestesia general se utilizó en un 42,2 por ciento de las pacientes. En Chile, El Salvador, y Guatemala se utilizó en el 98,5, 98,9 y 98,2 por ciento respectivamente, es obvio que hacen falta más investigaciones para comprender estas diferencias, ya que a pesar que probablemente se deben a las normas asistenciales locales, tienen una enorme implicación programática en términos del costo del tratamiento de estas pacientes.

La morbilidad es la mayor preocupación en el manejo clínico del aborto porque repercute directamente en la salud de la paciente e implica una carga adicional a las facilidades y servicios médicos. Obviamente, las pacientes que se presentan en este trabajo, representan de antemano un riesgo mayor de complicación, ya que en contraste a otros países en los cuales los abortos son inducidos legalmente, estas pacientes son admitidas frecuentemente en un estado séptico,

produciendo un doble problema médico: potencial morbi-mortalidad en conjunción con la necesidad de una terminación segura de un aborto en progreso.

Las tasas de complicaciones serán discutidas solamente para dilatación y curetaje simple sin cirugía concurrente.

En los Cuadros IX y X se destacan los datos de complicaciones inmediatas para la muestra total. Infección pélvica fue reportado en 99 pacientes (1,9%). Complicaciones anestésicas ocurrieron con menos frecuencia 1,2% y de éstas la más frecuente fue vómito (36 casos, 0,8%).

Observando las complicaciones severas, hubieron siete casos (0,1%) de perforación uterina confirmada y diez casos (0,2%) de perforación uterina sospechada. Se reportó retención de restos placentarios en 12 mujeres (0,2%).

Transfusión con o sin pérdida excesiva de sangre fue la complicación reportada más frecuentemente en los centros. El porcentaje de aquellos casos con pérdida sanguínea > 100 ml. que requirió transfusión varió del 8,6 por ciento en El Salvador al 4,6 por ciento en Colombia.

Fiebre que requirió una o más noches de hospitalización y antibióticos presentó variaciones en los cuatro países. El Salvador reportó el porcentaje más alto (7,8) y Colombia el más bajo (4,3).

Datos de seguimiento para la muestra combinada se reportan en el Cuadro XI. Al igual que en los Cuadros IX y X, los datos presentados corresponden al grupo tratado con dilatación y curetaje simple sin cirugía concurrente.

La tasa de seguimiento de 74,0% reportada en estos datos es excepcional para un estudio de aborto hospitalario y reflejó que solo el 8,9% de las pacientes seguidas tuvieron una o más complicaciones, lo cual demuestra, en forma indirecta, la calidad de la atención médica proporcionada. Es todavía más impresionante cuando vemos que un gran número de estas complicaciones fueron de importancia relativamente menor específicamente, leucorrea (110 casos) y quejas tales como dolor abdominal leve, cefalea, y dolor de espalda (76 casos).

Entre las complicaciones serias reportadas con más frecuencia encontramos fiebre que requirió antibióticos (2,4%, 89 casos), y sangrado que requirió otro curetaje (1,4%, 51 casos). El 1,1% (42 casos), reportó infección pélvica, el 0,1% (4 casos), retención de restos placentarios, y un caso, septicemia.

Debido a los pequeños números reportados, no hemos construido un cuadro de complicaciones por país; sin embargo, dos aspectos meritan comentarios. Primero, la variación en la proporción de mujeres con una o más complicaciones fue amplia. La proporción más pequeña (0,8%) fue registrada en El Salvador (15,8%). Colombia y Chile reportaron proporciones de 8,8% y 7,8% respectivamente.

Una porción significativa del impacto en los servicios médicos del aborto incompleto, puede ser medida por la hospitalización requerida. Se puede obtener una impresión de la magnitud de este "costo" en el Cuadro XII.

Otra vez, observando solo los casos de dilatación y curetaje simples sin cirugía concurrente y sin complicaciones inmediatas ($N = 3380$) encontramos un promedio de hospitalización de 2,7 días.

688 pacientes (13,5%) fueron tratadas en forma ambulatoria y 4.355 (85,5%) fueron hospitalizadas. Obviamente, este hecho, tratamiento ambulatorio, tiene un tremendo impacto en el manejo clínico del aborto. El Cuadro XIII muestra que en las pacientes ambulatorias solo el 5,4% tuvo una o más complicaciones inmediatas, comparado con el 19,0% de las hospitalizadas.

Los datos sobre estas pacientes ambulatorias pueden ser los más importantes de este trabajo. En países donde el aborto inducido es legal, es una práctica común programar estos procedimientos en pacientes ambulatorias. El impacto de esta posibilidad para el manejo del aborto en nuestro medio es difícil de medir. Sin embargo, estos datos, si son exactos, demuestran que se podría obtener una dramática reducción en el uso de camas-hospital y personal médico, sin pérdida de seguridad para la paciente.

IV. Conclusión

Mientras que la investigación presente demuestre el éxito de conducir estudios internacionales basados en un formulario común, queda mucho por mejorar. La subjetividad de juicios como septicidad, tipo del aborto, y complicaciones debe refinarse con el propósito de obtener datos válidos.

Existe evidencia substancial (si estos datos son representativos) que un programa de planificación familiar agresivo puede ser eficaz en reducir la incidencia del aborto y la variación en la aceptación anticonceptiva destacada aquí apoya esta conclusión. Al contrario, también muestra cuanto más queda por hacer para alcanzar a todas las mujeres que recurren solamente al aborto para planificación familiar. Esto es particularmente impor-

tante al examinar la experiencia chilena la cual parece indicar que programas anticonceptivos eficaces reducen la incidencia de aborto inducido ilegal (12).

El manejo clínico de estas pacientes, no obstante un gran costo, es adecuado. Estos datos demuestran que puede ser posible tratar a un grupo considerable de pacientes en forma ambulatoria. Continúa y continuará existiendo morbilidad mientras que el aborto inducido se use como "anti-conceptivo" o como única alternativa a la falla de anticonceptivos eficaces.

Finalmente, el costo social del aborto ilegal es evidente, basta observar las cifras de mortalidad para esta muestra. Diez y seis mujeres murieron en este estudio. Si ajustamos esta cifra para el tamaño de muestra, obtenemos una tasa de 292 muertes/100.000 mujeres comparada con la tasa de 1.7 muertes/100.000 mujeres observada en abortos inducidos legalmente en el primer trimestre en los Estados Unidos.

El costo en vidas humanas es obvio, pero la respuesta a este costo es menos clara. En el resumen del plan de acción de población para América Latina, Marsham (13) concluye con una nota de optimismo cauteloso. Señalando la continuada oposición a planificación familiar y a la necesidad de un cambio en el orden económico, él comenta:

No obstante el debate ideológico continuado, el año 1974 fue testigo del aumento en una tendencia de los gobiernos Latinoamericanos a tomar en cuenta las variables demográficas cuando hacen sus planes nacionales de desarrollo económico y a extender la disponibilidad de los servicios de planificación familiar.

Esperamos que el contenido de este trabajo ayude a reenforzar esta "tendencia".

Conclusion

While this investigation proves the success of international studies based in common questionnaires, there is still much to be gained. The subjectivity of judgements on septicity, abortion type, and complications must be still improved in order to obtain valid data.

There is substantial evidence (if these data are representative) that an aggressive family planning program may be successful for reducing incidence of abortion and the variation in the acceptance of contraceptives, here shown, supports this conclusion. On the contrary, it also shows how much is still to be done in order to reach all women who only recur to abortion for family planning. This is particularly important when a study is made of the situation in Chile, which seems to indicate that efficient contraceptive programs reduce induced illegal abortion incidences (12).

The clinical handling of these patients, notwithstanding the cost, is adequate. These data prove that it may be possible to treat a considerable group of patients in an ambulatory manner. Morbidity continues and will continue while induced abortion is used as "contraceptive" or as the only alternative upon failure of efficient contraceptives.

Finally, the social cost of illegal abortion is evident; it suffices to see the mortality figures of the study. Sixteen women died in this study. If we adjust this figure to the size of the sample, there is a rate of 292 deaths/100,000 women compared with the rate of 1.7 deaths in legally induced abortions during the first

quarterly period of the year in the United States.

The cost in human lives is evident, but the answer to this cost is less clear. Mersham (13), in his summary of the action plan for Latin American population, concludes with a note of careful optimism; in commenting the continued opposal to family planning and the need of change in the economic order, he states:

BIBLIOGRAFIA

- 1 DAVID, H. P. "Abortion Research: International Experience". Lexington Books, D. C. Heath and Co., Lexington, Massachussets, 1974.
- 2 EDELMAN, D. A., BRENNER, W. E., y BERGER, G. S. "The Effectiveness and Complications of Abortion by Dilatation and Rigid Metal Curettage". *Am. J. Obstet. Gynecol.* 119: 473, 1974.
- 3 LEE, L. T. "International Status of Abortion Legalization". Reimpresión. *The Abortion Experience*. Osofsky, H. J. y Osofsky, J. D., editores. Law and Population Monograph Series, Número 16, Harper and Row Publishers.
- 4 LESINSKI, J. S. "High Risk Concept in Maternity Care". *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 13: 65-73, 1975.
- 5 "Legalized Abortion and the Public Health". National Academy Sciences, Washington, D. C., mayo 1975, p. 64.
- 6 MEASHAM, A. R., editor. *Family Planning Programs: World Review 1974*, Stud. Fam. Plann., volumen 6, Número 8, agosto 1975.
- 7 REQUENA, M. y MONREAL, T. "Evaluation of Induced Abortion Control and Family Planning Programs in Chile". *Milbank Mem. Fund Q*, volumen XLVI, Número 3, julio 1968, parte 2.
- 8 TIETZE, C. y DAWSON, D. A. "Induced Abortion: A Fact Book". *Reports on Population Family Planning*, Número 14, 1973.
- 9 VIEL, B. "La Explosión Demográfica ¿Cuántos son demasiados?" Editorial Pax. México. Librería Carlos Césarman, S. A., México, D. F. 1970.
- 10 VIEL, B. Comunicación personal.

- 11 VIEL, B. "Results of a Family Planning Project in the Western Area of the City of Santiago". Am. J. of Public Health, 59: 1898-1909, 1969.
- 12 "Aborto Séptico". Memorias. Volumen I, VII Congreso Latino Americano y V Ecuatoriano de Ginecología y Obstetricia, Quito, Ecuador, julio 22-28, 1973.
- 13 Formulario Standard del International Fertility Research Program para Recolección de Datos en Estudios en Terminación del Embarazo.