

EL ABORTO EN MÉXICO

AGUSTÍN BARBABOSA KUBLI
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción

Durante este importante ciclo de mesas redondas interdisciplinarias sobre el tema “El Aborto en México”, organizado por la Coordinación de Humanidades, el Instituto de Investigaciones Biomédicas y el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, han tenido ustedes ya la oportunidad de escuchar controvertidos puntos de vista y amplia información sobre lo que la sociedad ha pensado y las actitudes diversas que ha adoptado, con relación al aborto, en el devenir de la historia.

Actualmente en nuestro país tenemos conocimiento de un gran número de abortos ilegales que día a día se realizan, sabemos que se trata de embarazos no deseados; podemos inferir que las principales causas por las que la mujer mexicana acude a esta práctica son:

- La discriminación de que va a ser objeto en su trabajo y las consecuencias que esto puede tener en el sostenimiento de su familia;
- El temor de llegar a ser madre soltera al tener un hijo fuera del matrimonio;
- La incapacidad física y económica para mantener una boca más en el seno de la crecida familia;
- El deseo de espaciar más el nacimiento de sus hijos;
- El temor a un embarazo complicado de consecuencias fatales;
- El miedo de traer al mundo un hijo enfermo al existir antecedentes que indican esa posibilidad;
- El rechazo a un hijo que va a venir a estropear el equilibrio actual de la familia;
- El sentimiento de odio hacia el padre, etcétera.

La prohibición legal, social, moral y religiosa del aborto, hacen que su práctica se realice por los procedimientos más variados y menos adecuados, los cuales ponen en muchos casos en peligro la vida de la madre, y sólo ante la presencia de complicaciones se acude a los servicios médicos asistenciales.

El camino para la solución de este problema tan llanamente planteado, parece ser dar a la madre la libertad para decidir si continúa con su embarazo o, en caso contrario, que con todas las bendiciones del mundo lo suspenda, aplicando para ello un sencillo procedimiento de inducción menstrual durante el primer trimestre del embarazo.

Si a esto añadimos el impacto definitivo que puede tener la legalización del aborto en la tasa de natalidad de nuestro país para combatir la explosión demográfica que padecemos, nuestro razonamiento puede claramente inclinarse a encontrar, como una medida lógica conveniente y natural, la aceptación de la interrupción del embarazo cada vez que la presunta madre considere, dentro de un terreno de libertad absoluta, no estar en condiciones de traer una nueva vida al mundo.

Si se concede a la mujer el derecho de decidir sobre la vida de su hijo mientras está en su vientre ¿puede negársele el mismo derecho con respecto al hijo que está fuera de su seno?

El nuevo ser existe desde que ocurre la fecundación.

¿Por qué tomar acción contra el efecto y no contra la causa que le dio origen?

¿Por qué esperar a que se presente el “embarazo no deseado” cuando puede éste oportunamente evitarse?

¿Por qué poner en peligro la salud física y psíquica de la mujer con la interrupción de un embarazo si éste puede prevenirse?

¿Por qué poner en juego su integridad moral?

¿Por qué insistir en que la sociedad amplíe su criterio, modifique sus patrones y acepte abiertamente lo que nunca ha admitido, habiendo alternativas en las que no se atenta contra una vida en proceso de desarrollo?

Voy a permitirle dar a ustedes alguna información que espero demuestre objetivamente el punto que deseo transmitirles.

En nuestro medio la información estadística sobre lo que ocurre en materia de salud no es siempre muy confiable, por la dificultad de reporte que se presenta a nivel nacional. Sin embargo, en el IMSS por el hecho de contar con una población perfectamente identificada, casi igual a la tercera parte de la población total del país y con sistemas de reporte sólidamente estructurados, se produce información que puede considerarse ampliamente representativa de lo que ocurre en todo México.

Es por esto que los datos que a continuación comento han sido obtenidos en su origen de las estadísticas institucionales y, por las inferencias que se derivan de la información básica y que han sido

EL ABORTO EN MÉXICO

3

el resultado de varios años de observación, asumo en lo personal toda la responsabilidad.

La tendencia de partos y abortos atendidos por el IMSS en los últimos diez años

Para este análisis dividiremos los diez años en dos grupos. Uno que va de 1968 a 1971, que corresponde a los años previos a la iniciación de programas de planificación familiar en el ámbito institucional, y otro que va de 1972 a 1977, que corresponde a los primeros seis años bajo la influencia de los programas de planificación familiar voluntaria.

Por planificación familiar voluntaria debemos entender aquello que permita a la pareja ejercer libre, responsable y concientemente su derecho a determinar el número de hijos que desea y el espaciamiento entre ellos.

1968-1971

El IMSS ha ido incorporando bajo su régimen, cada día, a un mayor número de derechohabientes. La población amparada crece a grandes pasos, por la incorporación de nuevos asegurados y de sus familiares (beneficiarios), por el derecho al servicio médico que también tienen estos últimos. La población derechohabiente pasó de 8.2 a 10.4 millones, lo que representa un incremento del 27%.

Dentro del marco de la cobertura de las diferentes ramas de seguridad social, destaca la de maternidad, por medio de la cual las madres trabajadoras y las esposas de los asegurados reciben la atención médica que requieren durante el período de gestación hasta el alumbramiento y después la atención médica del recién nacido.

La institución ha identificado, a través del tiempo, que una parte de la población amparada no acude en demanda de los servicios a las instalaciones institucionales. Esta población, por cierto cada vez menor, continúa atendiéndose en los servicios médicos privados.

La población que normalmente acude al IMSS en demanda de atención médica se le identifica mediante una adscripción a su médico familiar, misma que se incrementa con la población que de manera eventual se incorpora al régimen de seguridad social. Al total de esta población, para la que el instituto se prepara con recursos humanos y materiales, se la denomina “población usuaria de los servicios médicos”.

La población usuaria de los servicios médicos, creció de la siguiente manera entre 1968 y 1971:

<i>Años</i>	<i>Miles de derechohabientes</i>
1968	6,494
1969	6,873
1970	7,383
1971	8,128

La atención médica que presta la institución se registra diariamente en cada una de las casi 2 000 unidades con que cuenta actualmente el sistema. Dichos registros se concentran mensualmente para la elaboración de las estadísticas oficiales de la institución.

Ahora bien, la atención de partos y abortos se lleva a cabo en las distintas unidades en donde el instituto cuenta con instalaciones hospitalarias. En pequeñas unidades se atienden únicamente partos eutócicos y los casos con complicaciones se envían a unidades con mayores recursos hospitalarios, siempre cercanas a las pequeñas. En las grandes ciudades la gran concentración de población justifica la creación de unidades hospitalarias en donde únicamente se atienden problemas ginecobstétricos.

En todas las unidades del IMSS los partos y abortos registrados entre 1968 y 1971 son los siguientes:

<i>Años</i>	<i>Partos</i>	<i>Abortos</i>
1968	272,754	36,416
1969	310,678	37,613
1970	338,907	43,212
1971	377,968	51,210

Relacionando el número de partos y abortos atendidos con la población usuaria de los servicios médicos se obtienen los siguientes indicadores:

<i>Años</i>	<i>Partos por 1000 D.H.</i>	<i>Abortos por 1000 D.H.</i>
1968	42.0	5.6
1969	45.2	5.5
1970	45.9	5.8
1971	46.5	6.3

Como puede observarse, el índice de natalidad dentro del universo institucional no sólo era elevado, sino que marcaba un claro incremento. De manera semejante la proporción de abortos también iba en aumento.

Las distintas causas por las que la mujer mexicana recurre al aborto se han comentado ya; la mayor parte de los casos corresponden a abortos sépticos iniciados antes de llegar a la unidad hospitalaria. El aborto atendido hospitalariamente, causa en el

IMSS siete muertes maternas por cada 10 000 abortos; aunque se desconoce la tasa real de muerte materna en los abortos ilegales, se puede considerar que es varias veces superior, ya que éstos no son atendidos con los requisitos mínimos de higiene.

1972-1977

En la segunda parte del año de 1971, el IMSS inició sus programas de planificación familiar voluntaria y los resultados no se hicieron esperar.

La población usuaria de los servicios médicos durante estos años creció como sigue:

<i>Años</i>	<i>Miles de derechohabientes</i>
1972	8,949
1973	10,045
1974	10,608
1975	11,237
1976	12,050
1977	13,021

Los partos y abortos atendidos fueron los siguientes:

<i>Años</i>	<i>Partos</i>	<i>Abortos</i>
1972	406,387	54,302
1973	434,490	58,627
1974	448,420	57,652
1975	441,092	57,462
1976	452,244	58,014
1977	461,520	57,167

Los índices que resultan de relacionar los datos anteriores son los siguientes:

<i>Años</i>	<i>Partos por 1000 D.H.</i>	<i>Abortos por 1000 D.H.</i>
1972	45.4	6.1
1973	43.3	5.8
1974	42.3	5.4
1975	39.5	5.1
1976	37.5	4.8
1977	35.4	4.4

Durante los seis años que se analizan, la población de derechohabientes creció en un 45%, en tanto que los partos atendidos sólo se incrementaron en un 13% y los abortos en un 5%.

La tasa de natalidad en seis años disminuyó a razón de 11.1 partos por cada 1000 derechohabientes, lo que implica una reducción del 23%. La tasa de abortos por 1000 derechohabientes se redujo en 1.9, lo que implica una disminución del 30%. Lo que claramente demuestra que los programas de planificación familiar repercuten de manera muy directa en la disminución del aborto y muy especialmente en el abatimiento del aborto ilegal.

De haber continuado con la tasa de 1971 de 46.5 partos por 1000 derechohabientes en los seis años que se analizan, el instituto habría necesitado atender 371,114 partos adicionales a los 2 674 153 que atendió. Y también de haber continuado con la tasa de 1971 de 6.3 abortos por cada 1000 derechohabientes se habrían necesitado atender 72 000 abortos adicionales a los 343 224 que se atendieron.

Actualmente el IMSS tiene bajo el control de los programas de planificación familiar voluntaria a 1 030 571 mujeres en edad fértil.

Relación económica de costo-beneficio en los programas de planificación familiar voluntaria.

Los costos del servicio médico se han incrementado en todo el mundo en forma alarmante. Es más difícil, cada vez, preparar el equipo humano de salud y también más costoso de contratar. Los equipos médicos, medicamentos y materiales de curación, también han aumentado en su precio. Los programas de planificación familiar requieren, igualmente, de un equipo de salud y también consumen diversos materiales costosos.

Paradójicamente, los países más interesados en reducir sus tasas de natalidad mediante programas de planificación familiar son generalmente los de escasos recursos económicos y de ahí que se presente la disyuntiva de promover o no programas de planificación familiar debido a lo precario de sus recursos.

En el ámbito de la seguridad social mexicana se han llevado a cabo estudios, los cuales demuestran que los recursos consumidos por los programas de planificación familiar son hasta tres veces inferiores a los recursos necesarios para atender los partos y abortos que la población derechohabiente hubiera demandado de no haber iniciado el programa de planificación familiar.

Veamos cómo se obtiene la relación costo-beneficio en la aplicación de programas de planificación familiar en el IMSS:

Dentro de los elementos que forman parte del costo de la atención de partos y abortos deben considerarse los diferentes servicios a los que tiene derecho la embarazada y que son:

- Consultas durante el embarazo, de las que en promedio se generan cinco por cada embarazo y cada consulta tiene un costo de \$200.00.
- Recibe un “control de laboratorio” con un promedio de cinco exámenes clínicos por caso, con un costo de \$175.00 (5 exámenes por \$35.00 cada uno).
- A cada embarazada se le prescriben un promedio de 3.5 recetas durante el embarazo, lo que también tiene un costo aproximado de \$175.00 (3.5 recetas por \$50.00 cada una).
- La atención hospitalaria de un parto o de un aborto, con un promedio de estancia de dos días, tiene actualmente un costo aproximado de \$3 000.00.
- Posteriormente, al recién nacido se le atiende cuando menos en dos consultas pediátricas, con un costo de \$200.00 cada una; se le prescriben 1.5 recetas, con un costo de \$75.00 y se entregan de 30 a 40 botes de leche para cada recién nacido, con un costo de \$1 000.00.
- La embarazada, si es trabajadora asegurada, tiene derecho a una incapacidad con el pago del 100% del promedio del grupo de salario al que corresponda, durante 42 días anteriores y 42 días posteriores al parto, siempre que haya cubierto un mínimo de 30 semanas de cotización durante los últimos 12 meses. Cada caso de incapacidad representa un costo promedio para el instituto de \$12 000.00. El 12% de los partos atendidos en la institución, corresponden a trabajadores asegurados y el 88% a esposas de trabajadores, por lo que el costo de incapacidad por cada parto atendido es de \$1 440.00, a lo que habría que añadir el costo que para la economía nacional tiene el ausentismo prolongado de la mujer trabajadora.

En resumen la atención médica de cada embarazo tiene un costo institucional de \$7 265.00.

El recién nacido será, en adelante, un beneficiario de la seguridad social, demandante de servicios hasta la edad de 16 años o hasta la de 25 cuando realice estudios en planteles del sistema educativo nacional o, en caso de enfermedad, hasta en tanto no desaparezca la incapacidad que padece y no pueda mantenerse por su propio esfuerzo.

Si consideramos que con los programas de planificación familiar voluntaria llevados a cabo de 1972 a 1977 se han evitado, entre partos y abortos, un total de 443 114 embarazos, a los precios actuales de \$7 265.00 por embarazo se puede hablar de \$3 219 millones de pesos ahorrados.

Los programas de planificación familiar voluntaria tienen como principales elementos del costo una serie de gastos fijos como son los del personal y la depreciación de los muebles, inmuebles y el equipo instrumental, así como gastos variables originados por el consumo de anticonceptivos, materiales de curación, así como sus costos de almacenamiento y distribución. De la utilización óptima de estos recursos dependerá el abatimiento de los costos unitarios.

Los recursos totales consumidos por los programas de planificación familiar son aproximadamente la tercera parte de los requeridos para la atención de los embarazos que con ellos evitan.

Los costos en los programas de planificación familiar varían según el método o combinación de métodos anticonceptivos que se utilicen. En nuestro medio la aplicación de dispositivos van siendo de uso más frecuente que la utilización de espermaticidas o métodos hormonales. La aplicación de métodos quirúrgicos irreversibles se maneja todavía en proporciones muy bajas.

Para poder conocer el número de embarazos evitados por los diferentes métodos anticonceptivos se requiere saber el número de usuarias atendidas por cada método. El número de usuarias atendidas se multiplica por 6.5 para conocer el número de ciclos-mujer protegidos, considerando que las usuarias ingresan al control de su fertilidad uniformemente durante el año, por lo que en promedio se cubre únicamente la mitad de sus ciclos.

Para conocer el número de ciclos reales protegidos sería necesario determinar y considerar la tasa de continuidad en la observación de los métodos. En el IMSS se observa una permanencia bajo control de un 80%, con excepción de los métodos quirúrgicos, en donde debe considerarse el 100%.

El número total de ciclos realmente protegidos deberá dividirse entre los 13 ciclos anuales de la mujer para determinar el número de años mujer que están bajo programa. A dicho número deberá aplicarse la tasa de fecundidad, que en nuestro medio es de 0.229%, para finalmente obtener el número de embarazos que podían haber resultado del total de años mujer bajo control.

En términos generales, para evitar un embarazo sería necesario tener dentro del programa de planificación familiar a 10.6 mujeres en edad fértil. Por cada 80 mujeres bajo control en un programa de

planificación familiar estaríamos evitando un aborto, ya que en el terreno institucional por cada 7.7 embarazos evitados se evita también un aborto.

La atención médica institucional de un aborto tiene costos muy variables, los cuales dependen del tipo de aborto que se presente y que va desde un legrado simple con una estancia hospitalaria de doce horas hasta un aborto séptico con estancia hospitalaria de quince días.

Para efectos de la siguiente hipótesis tomaremos un costo promedio para la atención de un aborto de \$5 000.00 que equivalen a una atención hospitalaria con estancia promedio de 3.3 días de \$1 500.00 cada uno. Igualmente, se han hecho estimaciones de que anualmente en la República Mexicana se realizan un millón de abortos y ocurren tres millones de nacimientos, lo que de ser correcto significaría que el 25% de los embarazos en México derivan en aborto.

La hipótesis consiste en lo siguiente: si dentro de la institución se atendieran libremente el millón de abortos que ocurren en el país cada año, a un costo de \$5 000.00 cada uno, se consumirían 5 000 millones de pesos anuales; pero si estos mismos recursos se destinaran a reforzar los programas de planificación familiar serían suficientes, de acuerdo con las cifras comentadas con anterioridad, para evitar dos millones de embarazos, que son prácticamente la mitad de los que ocurren a nivel nacional.

Con una acción de esta naturaleza se habría logrado una reducción tan importante en el número de embarazos que la necesidad de la aplicación del aborto ilegal desaparecería.

A raíz de la legalización del aborto en Estados Unidos y en otros países del mundo se han desarrollado técnicas abortivas aplicables preferentemente durante el primer trimestre del embarazo, las que se han denominado como la “regulación menstrual”, “regularización de la fertilidad” o “inducción menstrual”, pero que en realidad son abortos precoces. Estos procedimientos logran abatir el costo y el peligro en la aplicación del aborto, pero no consiguen desvirtuar la tremenda realidad que implica la interrupción de una vida inocente en proceso de gestación; la destrucción de un ser indefenso que ya es desde el momento de la concepción.