



LAS MUJERES EN CONFLICTO CON
SU MATERNIDAD:

**“PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN
MUJERES
CON ALTO RIESGO DE ABORTO”**

Por Ramiro Molina C.

Noviembre 2005

LAS MUJERES EN CONFLICTO CON SU MATERNIDAD PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN MUJERES CON ALTO RIESGO DE ABORTO¹

Prof. Dr. Ramiro Molina Cartes²

1. Introducción

El embarazo inesperado es el inicio del conflicto de una mujer con su maternidad. Éste se transforma en un embarazo no deseado, cuyo destino puede ser la interrupción del mismo a través de un aborto clandestino (en Chile) o continuar con el embarazo para terminar en un parto con un niño no deseado (35 a 45 %) de los nacidos vivos en diferentes encuestas en hospitales públicos de Santiago. Este niño tiene a su vez varias alternativas en su futuro inmediato: ser abandonado prematuramente, ser víctima de infanticidio u optar por la adopción. En la suerte posterior de estos niños, se describe la asociación con el abandono directo (maltrato infantil y futuros niños de la calle) o indirecto (falta de cuidados básicos con múltiples episodios de enfermedad, accidentes caseros, desnutrición, alteraciones del desarrollo psico-biológico y problemas conductuales). La sociedad ha desarrollado estrategias de intervención para prevenir las consecuencias de esta cadena de eventos. Se define como prevención primaria aquella destinada a prevenir el inicio de la cadena de eventos, como secundaria a la que actúa en el intermedio de la cadena de eventos y terciaria a las destinadas a prevenir las consecuencias de los eventos en otros miembros de la sociedad.

En nuestro caso, la prevención primaria es administrar las medidas para la no ocurrencia de un embarazo inesperado, secundaria es administrar las medidas para prevenir las consecuencias inmediatas en la madre como es la muerte por aborto clandestino y proteger a los infantes abandonados. La terciaria es proteger a los niños de las consecuencias del abandono directo o indirecto como es la adopción. Estas medidas comprometen a toda la sociedad, sin excepción. En este trabajo, se analizará una experiencia chilena en Prevención Primaria del embarazo no deseado.

Uno de los problemas graves de salud que tienen los países en desarrollo es la alta mortalidad materna debida al aborto inducido clandestino (Mundigo, 1991). Pero se desconoce con exactitud el real volumen de aborto, especialmente en los países latinoamericanos donde es ilegal, con excepción de Cuba, Barbados y Belice (Paxman, J., Rizzo A. et al., 1993).

Estimaciones recientes, en algunos países, revelan que la razón entre abortos y nacimientos alcanza de tres a cuatro abortos clandestinos por cada 10 nacimientos en Brasil y Colombia y de dos en Perú (Singh y Wulf, 1991). En Chile, basados en una encuesta de fecundidad en la Región Metropolitana

¹ Resultados de un Proyecto apoyado WHO/HRP. Proyecto 85862. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

² Médico Ginecólogo y Obstetra, Director CEMERA (Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, de la Universidad de Chile)

(Santiago), se estimó que los abortos clandestinos alcanzaban a 4 por cada 10 nacimientos (Aprofa /CERC, 1990) (Requena, 1990).

En países donde el aborto es ilegal, pero en los cuales hay programas de Planificación Familiar con adecuadas coberturas, se observa una asociación entre el aumento de coberturas de usuarias de anticonceptivos y la disminución de la mortalidad materna debida a complicaciones del aborto inducido, como así mismo una disminución de los egresos hospitalarios por complicaciones del aborto clandestino (Molina R., Pereda C., Cumsille F. et al. 1991). Sin embargo la disminución de la mortalidad materna por aborto, se puede explicar por el avance de las técnicas y tratamientos médicos. También se puede explicar la disminución de los egresos hospitalarios por complicaciones del aborto debido a la creciente "profesionalización" de la práctica del aborto clandestino que desplaza las maniobras de inexpertos o aficionados, disminuyendo las complicaciones (S. Singh, D. Wulf, 1993).

Otro factor que explique la disminución de los egresos por abortos, es la falla de los registros que tienden a ocultar el hecho del aborto provocado, especialmente cuando las leyes son extremadamente restrictivas y que castigan a las pacientes que reconocen un aborto provocado y al personal de salud que no lo denuncia.

En estas circunstancias, no existe información de estudios controlados, en países en desarrollo sin legalización del aborto, que permitan conocer la relación entre uso de anticonceptivos y el efecto sobre el uso del aborto provocado o la demostración del valor preventivo de la planificación familiar en la disminución del aborto clandestino. Esta información podría ser de gran valor aplicativo en los programas de prevención del aborto clandestino (Banco Mundial, 1993).

Una posibilidad es detectar precozmente en la población general a aquellas mujeres con cierto riesgo de aborto inducido, especialmente cuando se trata de población de bajo nivel socioeconómico, y basados en la hipótesis que "Un programa de planificación familiar focalizado en mujeres calificadas de alto riesgo de aborto de un área geográfica, intervenida experimentalmente, disminuye significativamente la tasa de abortos." El objetivo de este estudio fue determinar el efecto preventivo de la planificación familiar en aquellas mujeres con alto riesgo de aborto.

2. Método

La población elegida se ubicó en el Sector Norte de la ciudad de Santiago de Chile. Se seleccionó a tres comunidades comparables: PINCOYA, CORTIJO y QUINTA BELLA. La investigación consideró cinco fases:

- a) Estudio retrospectivo que registró las variables asociadas a la fecundidad y al aborto.
- b) Elaboración de un instrumento predictivo de riesgo de aborto con la información de la encuesta inicial que clasificó a la población de mujeres en

edad fértil (MEF), de las tres comunidades en dos grupos: Alto riesgo de aborto y bajo riesgo de aborto.

- c) Intervención con diferentes programas de planificación familiar para cada una de las tres comunidades. La intervención duró 18 meses.
- d) Aplicación de la segunda encuesta a las mismas mujeres de las tres comunidades encuestadas al inicio del estudio.
- e) Análisis del estudio.

Para calcular la muestra de mujeres a encuestar, se estimó una incidencia de 70 abortos inducidos por 1.000 MEF (abortos de los dos hospitales del área geográfica del estudio). Se aplicó una proyección de descenso a 55 abortos por 1.000 MEF, en el plazo de 18 meses del programa de intervención, con un límite confidencial de 95% y un alfa de 0.05. Así resultó una muestra de 2.000 mujeres para cada una de las tres poblaciones o comunidades. La encuesta inicial encontró una tasa de 98 abortos por mil MEF en los dos últimos años de historia de fecundidad. Para seleccionar estas 2.000 mujeres, se contó con la información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Para la selección de las viviendas, primero se sortearon las manzanas y luego en cada una de ellas se sortearon las viviendas, hasta alcanzar las 2.000 viviendas en cada una de las poblaciones y por lo tanto, las 6.000 MEF totales.

Se entrevistó a una sola mujer por vivienda. Con los muestreos sucesivos se seleccionó un total de 8.020 viviendas, en las cuales se encuestó a 5.842 MEF, lo cual constituyó el 97,4 % de las 6.000 encuestas esperadas. Las no encuestadas, fue por viviendas sin mujeres en edad fértil. En el caso de la comunidad PINCOYA, después del tercer muestreo se terminaron las manzanas para muestrear. Se seleccionó a la entrevistada, siguiendo un procedimiento recomendado por el " Survey Research Center" de EE.UU. El personal de encuestadoras estuvo constituido por 40 personas, todas matronas, excepto dos asistentes sociales y tres profesoras de enseñanza media. Recibieron entrenamiento durante 10 días a cargo del investigador principal y de las supervisoras. Las supervisoras fueron cinco personas con experiencia en encuestas. El mismo personal participó en la segunda encuesta. La primera encuesta fue probada por personal entrenado tanto en comunidad como en el hospital en mujeres con y sin abortos confirmados clínicamente. Del análisis de la primera encuesta e historia reproductiva en los últimos 10 años se encontró que 72% de los abortos fueron reportados como espontáneos (el doble de la proporción más alta comunicada en la literatura por S. Singh, D. Wulf, 1993). Se decidió tomar la información de abortos totales.

Para elaborar el instrumento predictivo de detección de mujeres de alto riesgo de aborto se consideró los antecedentes de abortos en los últimos dos años y se comparó: a) Mujeres con historia de aborto inducido, espontáneo o no especificado en los últimos dos años, 252 casos; con b) Mujeres sin historia de abortos de cualquier tipo en los últimos dos años, 4.762 casos. Se hizo el análisis comparativo univariado y multivariado en las variables significativas.

Se consideró este criterio más adecuado para el estudio de la cohorte "Antes-Después" de la fase de intervención del estudio. La selección de la población a intervenir como resultado de este análisis se observa en la tabla N°1.

TABLA N° 1
DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN ESTUDIO SEGUN CLASIFICACION
DEL RIESGO DE ABORTO EN LAS TRES COMUNIDADES

COMUNIDADES	ALTO RIESGO		BAJO RIESGO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
PINCOYA	681	42.2	932	57.8	1.613
CORTIJO	581	35.9	1.039	64.1	1.620
Q. BELLA	649	38.8	1.025	61.2	1.674
TOTAL	1.911	38.9	2.996	61.1	4.907

La intervención total en la comunidad de PINCOYA (Servicios y visita domiciliaria) y parcial en el CORTIJO (Servicios), se inició en septiembre de 1989 y se extendió por 18 meses, hasta Febrero de 1991.

En la comunidad de PINCOYA, se identificó con nombre y dirección a las 681 mujeres calificadas como de alto riesgo de aborto, en un listado confidencial obtenido de los registros computacionales. La asistente social visitó a cada una de ellas para comprobar el deseo o necesidad de uso de métodos anticonceptivos. Se les dio motivación y educación básica en anticoncepción, entregándole una citación para el consultorio en el horario más conveniente para la mujer. Las visitas fueron hechas en días sábados y domingos para aquellas mujeres que trabajaban fuera de su casa. La Matrona del Consultorio Pincoya, registró la concurrencia o ausencia de las citaciones. La información fue permanentemente intercambiada entre la matrona y la asistente social. En el Consultorio Cortijo, no se hizo visitas a terreno y en Quinta Bella se continuó con la atención rutinaria.

La segunda encuesta se realizó 24 meses después y se logró entrevistar al 73,1% de las mujeres consideradas en el análisis final de la primera encuesta. La mayor pérdida se produjo por cambio de domicilio. Este hecho podría ser un factor de error, por lo cual se comparó el perfil de los factores de riesgo de la población NO incluida y se ajustaron las tasas de aborto, fecundidad y natalidad por factores encontrados.

El análisis de las tasas de abortos, Antes-Después, en las comunidades según grado de Intervención se hizo comparando la historia de fecundidad de dos años "antes" (1987-1988), con los dos años "después" de la primera encuesta (1989-1990). En los dos años "después" se incluye el período de intervención de 18 meses. Se crearon dos variables "dummy" que representaron las tres comunidades y junto con las nueve variables del modelo original se las puso como variables independientes. Se excluyeron las interacciones del modelo, pues el interés era estudiar la relación entre la respuesta y las comunidades controlando por otras variables. La comparación de las proporciones de abortos de las tres comunidades en la segunda encuesta ("Después" de la intervención), se hizo en la misma forma, pero considerando la siguiente modificación: Se incluyó como variable de control la respuesta al primer

período. Es decir, se incluyó como variable independiente, la que fue variable dependiente en el modelo "Antes".

En la primera encuesta, se consideró el uso actual de métodos anticonceptivos, es decir al momento de la encuesta. En la segunda encuesta (Después), se incluyó en el uso actual el período de observación o seguimiento de 18 meses, entre la primera y segunda encuesta.

3. Resultados

3.1. Tasas de ABORTO en las tres comunidades antes y después de la intervención

3.1.1. Población Total de M.E.F.

La tabla N° 2 muestra los abortos de las tres comunidades, tanto en su expresión por 1.000 M.E.F como por 1.000 embarazos totales. En la expresión por M.E.F., la disminución de la tasa de aborto es mayor en la comunidad de Pincoya que tuvo la Total Intervención (TI). En la comunidad El Cortijo, donde hubo Parcial Intervención, también se observa descenso de la tasa de aborto pero en menor proporción. En la comunidad Q. Bella, Sin Intervención el descenso es francamente menor. El descenso es mayor a medida que la intervención es mayor. En la expresión por 1.000 embarazos, el fenómeno es aún más evidente. La comunidad Sin Intervención (SI), y la con Parcial Intervención muestran un aumento de la tasa de abortos por mil embarazos. Las diferencias, en el pie de la tabla N° 13 son significativas entre la comunidad con Total Intervención y la Sin Intervención, como también entre la comunidad con Parcial Intervención y Sin Intervención. Sin embargo, no hay diferencias significativas entre las comunidades con Total y Parcial Intervención. Al comparar el Antes-Después en cada comunidad, las diferencias son significativas en las Intervenidas, no así en la comunidad de control No Intervenida.

Tabla N° 2
TASA DE ABORTOS EN LA POBLACION TOTAL.

Comunidad	Tasas de Abortos Totales por 1000									
	por M. E. F. (*)					por Embarazos (**)				
	Antes		Despues		% Dism.	Antes		Despues		% Dism
n: Ab.	Tasa	n:Ab	Tasa		Tasa	Tasa		Chi cuad.	P	
Pincoya	64	58,9	26	23,4	59,4	135,9	130,0	4,3	16,0	0.001
Cortijo	43	45,9	21	22,4	51,2	115,9	128,8	(+)11,2	8,0	0.01
Q.Bella	54	55,7	37	38,2	31,4	134,0	207,9	(+)55,0	0,9	N/S
Total	161	53,8	84	28,1	47,7	154,8	155,3	(+) 0,3		

(*) Total MEF antes y despues =2.991

(**) Total de embarazos Antes=1.247 ; Despues =541

(*)Cambio ocurrido en las tres comunidades

	Chi C	P	Chi Ajustado	P Ajustado(*)	Chi C.	P	Chi Ajustado	P ajustado(*)
Pincoya-Q.Bella.....	3.67	0.055	4.79	0.028	4.24	0.039	4.07	0.039
Cortijo- Q.Bella.....	3.53	0.06	3.45.....	0.063	3.39	0.065	3.32	0.068
Pincoya-Cortijo.....	0.005	N/S.....	0.004.....	N/S	0.007	N/S.....	0.004	N/S

(*) Ajustado por las 4 variables en el modelo de regresión logística.

En el pie de la tabla N° 2 se encuentran los resultados de la pruebas de significación ajustadas, cuyo resultado no difiere mayormente del no ajustado.

3.1.2. Población de Alto Riesgo de Aborto, según uso de métodos anticonceptivos

La tabla N° 3 contiene la información más importante del estudio, pues muestra el comportamiento del aborto en el grupo de Alto Riesgo según grados de intervención y uso de métodos anticonceptivos. Esta información es la respuesta directa a la hipótesis del estudio. El grupo Totalmente Intervenido en forma Directa y con uso de anticonceptivos (TID/PINCOYA), presenta el descenso más alto de la tasa de abortos de todos los grupos analizados en este estudio y en diferentes condiciones. Las diferencias de descenso son significativas en comparación con el grupo Sin intervención (SI/Q. BELLA). Esto se repite en la expresión por EMBARAZOS. En el grupo SIN USO de anticonceptivos no hay ninguna diferencia significativa en sus descensos, que son menores a lo observado en los CON USO de anticonceptivos.

Al observar los Riesgos Relativos se repite el aumento del riesgo de aborto entre las no usuarias de anticonceptivos en la población Totalmente Intervenido. Esto se interpreta como comprobación del riesgo de aborto en aquellas mujeres calificadas de alto Riesgo de Aborto intervenidas pero que no usaron anticonceptivos. El fenómeno no se observa en la población Intervenido Parcialmente y en la No intervenida, lo cual sería explicable por la menor especificidad en la búsqueda de las mujeres de alto riesgo al no acudir al domicilio de cada una de ellas como ocurrió con la Población Totalmente intervenida. Incluso en la población No intervenida (Q. Bella), el cuociente es menor a la población con Intervención Parcial (Cortijo).

Tabla N° 3
Tasas de **ABORTOS** en la población **DE ALTO RIESGO DE ABORTO**
según uso de métodos anticonceptivos.

Tasas de abortos por 1000 MEF								Tasas de Abortos por 1000 embarazos							
Con Uso				Sin Uso				Con Uso				Sin Uso			
Comunidad	n:mef	n	Tasa	n:mef	n	Tasa	RR.Ab	n:Emb	n	Tasa	n:Emb	n	Tasa	RR.Ab.	
Pincoya															
Antes	278	28	100,7	88	10	113,6	1,13	170	28	164,7	42	10	238,1	1,45	
Después	286	5	17,5	80	6	75,0	4,4	63	5	79,4	23	6	260,9	3,29	
% Disminu			82,6				34,0			51,8				(+)9,6	
Cuociente RR2/RR1 3,89								2,27							
Chi C.=14,2 p= 0.005				Chi C.=1,3 p= N/S				Chi C.=14,3 p= 0.005				Chi C.=1,3 p= N/S			
Cortijo															
Antes	196	14	71,4	37	7	189,2	2,65	114	14	122,8	20	7	350,0	2,85	
Después	186	4	21,5	47	4	85,1	3,96	42	4	95,2	15	4	266,7	2,80	
% Disminu			69,9				55,0			22,5				23,8	
Cuociente RR2/RR1 1,49								0,98							
Chi C.= 2,6 p= 0.10				Chi C.=0,82 p= N/S				Chi C.=2,6 p= 0.10				Chi C.= 0,8 p= N/S			
Q.Bella															
Antes	226	21	92,9	59	14	237,3	2,55	158	21	141,9	32	14	437,5	3,29	
Después	227	10	44,1	58	7	120,7	2,76	52	10	192,3	17	7	411,8	2,14	
% Disminu			52,5				49,1			(+)35,5				5,9	
Cuociente RR2/RR1 1,08								0,65							
Chi C.= 2,6 p= 0.10				Chi C.=0,82 p= N/S				Chi C.=2,6 p= 0.10				Chi C.= 0,8 p= N/S			
Total															
Antes	700	63	90,0	184	31	168,5		442	63	142,5	94	31	329,7		
Después	699	19	27,2	185	17	91,9		157	19	121,0	55	17	309,1		
% Disminu			69,8			45,5				15,1			6,2		
Chi C.= 2,6 p= 0.10				Chi C.=0,82 p= N/S				Chi C.=2,6 p= 0.10				Chi C.= 0,8 p= N/S			

Estudio ajustado por variables de no entrevistadas en la segunda encuesta

Com.	ChiC	p	ChiC. Ajust	p	ChiC	p	ChiC. Ajust	p	ChiC	p	ChiC. Ajust	p	ChiC	p	ChiC. Ajust	p
P-QB	3,11	0.07	3,05	0.08	0,55	n/s	1,87	n/s	3,32	0.06	2,60	n/s	1,09	n/s	2,57	n/s
P-Co.	0,14	n/s	0,10	n/s	0,25	n/s	1,43	n/s	0,21	n/s	0,14	n/s	0,31	n/s	1,93	n/s
C-QB	1,44	n/s	1,59	n/s	0,4	n/s	0,00	n/s	1,36	n/s	1,16	n/s	0,16	n/s	0,0	n/s

3.2. FECUNDIDAD en las tres comunidades antes y después de la intervención

3.2.1. Población total de las tres comunidades

En la Tabla N° 4 se observa que la tasa de embarazos por 1.000 M.E.F. tiene un descenso parecido en las tres comunidades. Las diferencias en las tasas de descenso entre éstas no son significativas. En el conjunto, el programa de intervención no influye en el descenso de las tasas de fecundidad encontradas, ni en las diferencias entre una comunidad y otra.

TABLA N° 4

TASA DE EMBARAZOS Y NACIDOS VIVOS EN EL TOTAL DE POBLACIÓN

Comunidad	Embarazos por 1000 MEF						Nacidos Vivos por 1000 MEF						Nac.V. por 1000 Emb.					
	ANTES			DESPUES			ANTES			DESPUES			ANTES	DESPUES				
	n:mef	n	Tasa	n	Tasa	% de Desc.	n:N.V.	Tasa	n: NV.	Tasa	% de Desc.	Tasa	Tasa	% de desc.				
Pincoya	1.086	472	434,6	200	184,2	62,5	324	298,3	142	130,8	56,2	686,4	710,0	(+)3,4				
Cortijo	936	372	397,4	163	174,1	56,2	259	276,7	111	118,6	57,1	696,2	681,0	2,2				
Q.Bella	969	403	415,9	178	183,7	55,8	288	297,2	111	114,6	61,4	714,6	623,6	12,7				
Total	2.991	1.247	416,9	541	180,9	56,6	871	291,2	364	118,4	59,2	898,5	654,3	6,3				
Comunidad	Chi C			p			Chi C			p			Chi C.			p		
Pincoya	121,8			0.000			78,6			0.000			78,6			0.000		
Cortijo	97,3			0.001			64,8			0.001			64,8			0.001		
Q.Bella	80,2			0.001			80,4			0.000			80,4			0.001		
Pin-Q. Bella	0,03			n/s			0,63			n/s			0,15			n/s		
Pinc-Cortijo	0,23			n/s			1,12			n/s			0,65			n/s		
Cor-Q. Bella	0,39			n/s			0,06			n/s			0,15			n/s		

La Tasa General de Fertilidad o razón general de fertilidad, es la relación entre Nacidos Vivos y Mujeres en Edad Fértil (M.E.F.). Esto se observa en la tabla N° 4, donde también se describe la razón de Nacidos Vivos por mil embarazos. El descenso es franco en la tasa General de Fertilidad. El mayor descenso se aprecia en Quinta Bella, lo cual también se repite en la expresión por mil embarazos. Sin embargo, estas diferencias no son significativas en las tres comunidades estudiadas.

Tal como se observó en la Tabla N° 2, la comunidad de Quinta Bella o de control, aumentó en 55% la tasa de abortos en la expresión por 1000 embarazos, lo cual significa que en el control de la fertilidad en este grupo, la interrupción del embarazo tiene importancia en comparación a las otras dos comunidades. La comunidad Pincoya, totalmente intervenida, tiene un aumento de la relación Nacidos Vivos por 1000 embarazos.

3.2.2. Población de Alto Riesgo de Aborto

En el grupo de mujeres clasificadas de alto riesgo de aborto las tasas de embarazos también disminuyen en las tres comunidades, tal como se describió en el total de población. Los descensos son comparables en las tres comunidades y no hay diferencias significativas al compararlas entre ellas. El detalle se aprecia en la Tabla N° 5.

TABLA N° 5

FECUNDIDAD EN LA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO DE ABORTO

Comunidad	Embarazos por 1000 MEF						Nacidos Vivos por 1000 MEF						Nac.V. por 1000 Emb.		
	ANTES			DESPUES			ANTES			DESPUES			ANTES	DESPUES	
	n:mef	n	Tasa	n	Tasa	% de Desc.	n:N.V.	Tasa	n: NV.	Tasa	% de Desc.	Tasa	Tasa	% de desc.	
Pincoya	444	303	682,4	128	288,3	57,7	200	450,4	92	207,2	54,0	660,0	718,8	(+)8,9	
Cortijo	299	199	665,6	92	307,7	53,7	132	441,5	65	217,4	50,8	663,3	706,5	(+)6,5	
Q.Bella	34	238	695,9	100	292,4	57,5	160	467,8	63	184,2	60,6	672,3	630,0	6,3	
Total	1.085	740	682,0	320	294,9	56,7	492	453,5	220	202,8	55,3	664,9	687,5	(+)3,4	
Comunidad	Chi C		p			Chi C		p			Chi C.		p		
Pincoya	81,9		0.005			47,0		0.005			47,1		0.005		
Cortijo	45,0		0.005			24,5		0.005			24,5		0.005		
Q.Bella	44,5		0.005			40,3		0.005			40,3		0.005		
Pin-Q.Bella	0,70		n/s			0,12		n/s			0,15		n/s		
Pinc-Cortijo	0,17		n/s			0,62		n/s			0,56		n/s		
Cor-Q.Bella	0,17		n/s			1,10		n/s			1,10		n/s		

La Tasa General de Fertilidad como la Razón de embarazos por 1000 MEF disminuye en las tres comunidades, con tendencia a ser mayor en Quinta Bella o comunidad NO intervenida, pero sin ser significativas las diferencias entre las comunidades. En aquella no intervenida desciende la razón de N.V. por 1.000 embarazos, en tanto que en las otras dos comunidades se produce un ascenso. Quinta Bella, No intervenida, tiene un ascenso de la tasa de abortos por 1.000 embarazos de 16% después del período de intervención, lo cual indica que su comportamiento de prevención de la natalidad es a través de la interrupción del embarazo, más que mediante la prevención del mismo. Esto mismo se conformó en los análisis de la población total y de Alto Riesgo de Aborto, según Uso y No uso de anticonceptivos. En este último grupo la fecundidad es controlada por interrupción de los embarazos.

Se comprueba que en la Población No intervenida, la natalidad se controla principalmente a través del aborto, en tanto que en las poblaciones Intervenidas se controla por prevención de los embarazos No deseados.

4.- Discusión y Comentarios

La Planificación Familiar logra impactar la fecundidad de una población, especialmente la natalidad. Sin embargo, la conducta abortiva de la población no ha sido evaluada en relación al factor "Anticoncepción" y la mayoría de los hallazgos son asociación de fenómenos. En este estudio de cohorte con intervenciones en grupos controlados ha permitido elaborar un instrumento simple de detección de la población femenina en edad fértil de Alto Riesgo de Aborto, que ha sido validado por la especificidad del mismo como se comprobó en el estudio.

Después de los 18 meses de intervención se aplicó la segunda encuesta. Entre el término de la primera encuesta y el inicio de la segunda hubo 24 meses de distancia (Abril-89 a Abril-91). Las comunidades estudiadas están en la periferia de la ciudad de Santiago. Este tipo de conglomerados se caracterizan por contar con población en permanente proceso de migración, pues son lugares que reciben migrantes jóvenes que llegan a la capital y por lo tanto cambian con rapidez de domicilio. En la segunda encuesta, se comprobó este hecho al no poder encuestar al 26,9% de la población esperada. Fue necesario ajustar los resultados en el modelo de análisis, por los factores que fueron diferentes en la población inicial y final incluida en el estudio. Los resultados ajustados no hicieron variar los hallazgos. No se intentó ubicar a las mujeres que migraron, pues el costo superaba ampliamente el presupuesto del proyecto, sin la seguridad de una recuperación cierta.

En las tres comunidades la tasa de embarazos descendió en el período estudiado sin ser significativamente diferente entre ellas. Las variaciones de la fecundidad, al comparar las tres comunidades no fue significativa, como tampoco ocurrió en los subgrupos con y sin uso de anticonceptivos. Los embarazos terminaron más en abortos que en Nacidos Vivos en la comunidad de control. En tanto, en la comunidad experimental o intervenida los embarazos terminaron más en Nacidos Vivos que en abortos. Este último fenómeno fue más marcado en la población de Alto Riesgo Intervenida.

El estudio mostró específicamente el efecto de la intervención sobre las tasas de aborto y con mayor intensidad en la población con uso de métodos anticonceptivos. El mayor descenso del aborto fue en la comunidad Totalmente Intervenida y en forma Directa y especialmente en el grupo con uso de anticonceptivos o comunidad experimental, este descenso alcanzó a 82,6% y 51,8% en las expresiones por MEF y por Embarazos, respectivamente. Las diferencias de este descenso fueron significativas al compararlas con los descensos observados en la comunidad control o Sin Intervención (Q. Bella). Hubo 30 puntos de diferencia en el descenso expresado por 1.000 MEF y 16 puntos de diferencia en la expresión por 1.000 Embarazos.

El efecto de la Intervención Directa en el grupo de Alto Riesgo de Aborto influyó en toda la comunidad de Pincoya. Esto sugiere con mucha evidencia que una política de Planificación Familiar basada en el Riesgo, da mejores resultados que la Planificación Familiar global. De hecho, en un sistema público para población de bajo nivel socioeconómico se aplicó un modelo que se da espontáneamente en la población de nivel socioeconómico y cultural más alto, o lo que sucede en países desarrollados con cultura anticonceptiva. En este modelo se reemplazó el aborto como control de la natalidad por la prevención del embarazo no deseado.

El presente estudio no concentró la evaluación y mediciones para determinar cuántos de los embarazos prevenidos fueron no deseados, pues el instrumento sólo permite detectar a las mujeres con riesgo de aborto. El embarazo en nuestro medio, donde el aborto es ilegal puede terminar en un aborto o en un

embarazo aceptado y en un Nacido Vivo que fue no deseado pero finalmente aceptado.

B. Viel y C. Pereda en un estudio apoyado por la OMS/HRP, encontraron en la ciudad de Santiago que entre las 10 a 14 semanas de embarazo 35,4% de las mujeres de una población del nivel socioeconómico y cultural igual a la del estudio, declararon "no deseo" o indiferencia frente al embarazo. Esta proporción baja a 25,6% por encima de las 20 semanas de embarazo. Cuando se re-interrogó a los 6 y 12 meses de vida del niño, 58% y 42% respectivamente de las mujeres con "no deseo" o indiferencia frente al embarazo, contestaron que les fue indiferente o no hubieron preferido el embarazo.

En estas circunstancias resulta evidente que el aborto sólo refleja una parte del embarazo no deseado. Seguramente otra parte de ellos está representada en la mortalidad, morbilidad y desnutrición infantil. También esto dice, que algunas mujeres cambian de conducta de "no deseo" a "deseo" o de "no aceptación" aparentemente irremediable a "verdadero deseo". Con este panorama, el indicador aborto utilizado nos pareció más objetivo. Así, el estudio contribuyó significativamente a la prevención del embarazo no deseado en riesgo de terminar en aborto, pero no abarcó la prevención de todos los embarazos no deseados.

La conducta anticonceptiva de las tres poblaciones al final del estudio fue muy semejante. El cambio más notorio estuvo en el aumento de las mujeres protegidas con métodos permanentes especialmente en la comunidad Totalmente Intervenida. Las tasas de uso de esterilización encontradas, coinciden con la información recogida por la encuesta de fecundidad APROFA/CERC. En la población parcialmente intervenida, se mantuvo la tasa de usuarias de medios anticonceptivos, en tanto que la comunidad Sin intervención tuvo un descenso, aunque pequeño, de la tasa de uso de medios anticonceptivos.

El estudio consideró como grupo "blanco" a las mujeres en riesgo de aborto y no a las usuarias de anticonceptivos. De tal modo que el uso o no uso se constituyó en subgrupos en cada uno de los conjuntos clasificados por riesgo de aborto. Definitivamente la población con uso de métodos anticonceptivos o intervenida desciende la tasa de abortos, no así su indicador de natalidad.

El período de intervención ocurrió entre septiembre de 1989 y febrero de 1991 y no hubo dificultades en su desarrollo a pesar que coincidió con un período político difícil en el país y con la discusión de la reforma de un artículo del Código de Derecho Sanitario, por parte de Cuarta Comisión Legislativa de la Junta Militar, que aceptaba la interrupción del embarazo por razones terapéuticas. Sin embargo la situación no influyó en el desarrollo del proyecto, ni en las comunidades donde se aplicó el estudio. La reforma de tal artículo del Código de Derecho Sanitario chileno, haciendo ilegal la interrupción del embarazo por cualquier causa, fue publicada en Septiembre de 1990; lo cual tampoco influyó en la última fase de intervención del proyecto y en la aplicación de la segunda encuesta, pues la difusión de estos hechos no fue comentada

con amplitud por los medios de comunicación y no se tradujo en normas administrativas especiales.

Durante el período de intervención los profesionales que estuvieron en terreno fueron los mismos durante los 18 meses. Fuera de estos hechos nada ocurrió que pudiera afectar la intervención. La política de Planificación Familiar no cambió y el apoyo administrativo de los directores de los Consultorios donde se desarrolló la intervención fue permanente. Tampoco hubo cambios de la política de atención en Planificación Familiar de los Consultorios involucrados, ni en el resto de los otros 14 consultorios del Sector Norte de la ciudad de Santiago que no participaron del estudio.

Tal vez exista una situación no controlada que es el trabajo de motivación y visitas de la asistente social a todas las mujeres clasificadas de Alto Riesgo de la comunidad intervenida (Pincoya). Esta presencia que resultó en un promedio de 2,9 visitas a cada mujer en el período de estudio pudiese haber influenciado para estimular que varios de los embarazos producidos en estas mujeres no terminara en aborto y los hiciese en Nacidos Vivos; por vergüenza a ser descubiertas en un aborto provocado por esta trabajadora de comunidad. Esta profesional tuvo un acercamiento y aceptación muy positiva por la comunidad gracias a su experiencia en terreno. Sin embargo, este hecho hipotético no sería por temor a la denuncia, pues el proyecto trabajó con la absoluta confidencialidad y sin difusión pública; por otra parte, no es la forma regular de actuar de los profesionales del sector salud en Chile. En la comunidad (Cortijo), parcialmente intervenida, no hubo asistente social que desarrollara este trabajo de comunidad y los resultados no fueron tan importantes como en la comunidad totalmente intervenida, de tal modo que su trabajo fue lo que diferenció a estas dos comunidades y por lo tanto el efecto de la planificación familiar. Mejorando sólo la entrega de Servicios hay un rendimiento menor, si no se incluye el trabajo de comunidad, al menos en la prevención del aborto.

Si el trabajo de comunidad fuera un factor importante en la prevención del aborto al cambiar la conducta de la comunidad frente a un embarazo no deseado, se estaría contribuyendo con la prevención de la morbilidad y mortalidad por aborto inducido clandestino, por medios no coercitivos y sería parte del modelo para los países o comunidades que tienen aborto penalizado.

Otro factor de error podría ser la falta de veracidad de la información en la segunda encuesta, asumiendo que la subenumeración de abortos declarados es mayor que en la primera encuesta. Sin embargo, el menor número de abortos fue reportado por 10 de los 12 grupos en estudio. Sólo dos grupos de Bajo Riesgo de aborto de la comunidad de control o no intervenida (Q. Bella), aumentaron los abortos reportados. Es muy improbable que el grupo intervenido totalmente y en forma directa fuera el que ocultara la información y no los otros nueve grupos en estudio, incluyendo el grupo de Bajo Riesgo de aborto de la misma comunidad experimental que también recibió una Intervención Total pero Indirecta.

En conclusión, el estudio demuestra que la Planificación Familiar en combinación con el trabajo de comunidad como elemento de intervención en mujeres con riesgo de aborto, permite prevenir la interrupción del embarazo en población de bajo nivel socioeconómico y cultural y en comunidades donde el aborto es ilegal.

De tal modo que aplicando esta estrategia de Riesgo se podría influir en la disminución de la mortalidad materna debida a complicaciones del aborto clandestino. Los costos de un programa de este tipo serán amortizados por el costo ahorrado en hospitalizaciones, morbilidad y mortalidad de la mujer. Después de esta experiencia, sería recomendable que se aplicara el modelo de intervención con el instrumento de detección de riesgo de aborto en comunidades diferentes a la chilena para observar sus resultados y extender la estrategia en el trabajo rutinario en la Atención Primaria de nuestra Región de las Américas.

Referencias:

- APROFA/CERC (1990), "Encuesta de Fecundidad en Area Metropolitana de Santiago". Informe Final. Mimeografiado.
- Armijo R., Monreal T. " Epidemiología del aborto en Chile " Comunicación presentada a la Sociedad Chilena de Salubridad. Julio de 1968. Documento Mimeografiado.
- Barreto T. et al, (1992), "Investigating Induced abortion in developing countries: Methods and Problems" Studies in Family Planning, Vol 23. 159-170.
- Belizán J., Nardín J., Carroli G., Campodónico L.,(1989), "Factores de Riesgo de bajo peso al nacer en un grupo de embarazadas de Rosario, Argentina. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol 106 N° 5 , 380-388.
- Banco Mundial (1993). Informe del Banco Mundial. 1993 .Inversión en Salud. Oxford University Press. USA. June 1993.
- Carrasco E., Chang N. (1976) "Encuesta de fecundidad en 25 áreas PESMIB en 1972". Ministerio de Salud de Chile.
- Castle M.A., Likwa R., Whittaker M. (1990), "Observations on abortion in Zambia" Studies in Family Planning 21, 4 :231-235.
- Faundez A., Rodriguez G., Avendaño O. "The San Gregorio experimental Family Planning Program: Changes observed in fertility and abortion Rates" Demography, Vol. N° 5, N° 2, 836-845,1968.
- Kestler E., Villar J., Bolaños L., Calvert W. (1991). "Identificación de embarazos de alto Riesgo de bajo peso al nacer en zonas urbanas de América Latina: II, Índice simplificado de detección precoz en la Ciudad de Guatemala. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol 111, N°3 201-213.
- Maramatsu M., (1988), "Japan", en SACHDEV, Paul, 1988 "International Handbook on Abortion" (Greenwood Press , New York), pag. 293-301.
- Molina R., Pereda C., Cumsille F., et al. (1990) "Prevención del Embarazo en Mujeres con Alto Riesgo de Aborto". En: "Aborto Inducido en Chile. Requena M., 1990. Edición Sociedad Chilena de Salud Pública. Impresora CRECES Ltda. Santiago, Chile.
- Mundigo A. E. (1991) "Mortality , Morbidity due Induced Abortion". International Union for the Scientific Study of Population. November 1991, Cairo. Special Programme of Research in Human Reproduction.World Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (1986) "Manual sobre enfoque de Riesgo en la Atención Materno-Infantil". Serie PALTEX. Para ejecutores de programas de Salud. N°7.
- Panamerican Health Organization/ World Health Organization/ Special Programme of Research , Development and Research Training in Human Reproduction. (1990) Workshop on Methodology for the Identification of Reproductive Health Research Priorities. Havana, Cuba 22-26 October.
- Paxman, J., Rizzo,A., et al. (1993) . La Epidemia Clandestina: La Práctica del Aborto Ilegal en América Latina. Perpectivas Internacionales en Planificación Familiar. Número Especial. pag. 9-15.

- Pereda C.,(1986) Final Report to WHO/HRP "Factors and predictors of discontinuation of oral contraceptives and IUD's in Public Health Clinics of Santiago, Metropolitan Area. Comunicación Personal".
- Requena B. M. (1965) "Social and Economic correlates of induced abortion in Santiago, Chile. Demography , N° 2, Page 2.
- Requena B. M., (1990) Aborto Inducido en Chile. Sociedad Chilena de Salud Pública. Impresora CRECES Ltda. Santiago, Chile.
- Santée B. " (1975). A prospective abortion study in Santiago, Chile "Scientific Publication N° 206. Pan American Health Organization.
- Singh S., Wulf D.(1991), "Cálculo de los Niveles de Aborto en el Brasil Colombia y Perú a base de datos Hospitalarios y de Encuestas de Fecundidad". Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar. Número Especial. Pag. 14-23.
- SoteloJ. M. (1993) "El enfoque de Riesgo y la Mortalidad Materna: una perspectiva latinoamericana. (Informe Especial)" Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud. Vol 114, N° 4, 289-301.
- Singh S., Wulf D.(1993). "The likelihood of induced abortion among women hospitalized for abortion complication in four Latinamerican Countries" International Family Planning Perspectives. Vol. 19, N° 4. December, 134-141.
- Viel B. Pereda C. (1991) "El embarazo No deseado. Resultados de un proyecto apoyado por HRP/OMS,(82046)." Boletín de la Asociación Chilena de Protección de la Familia N°1/12 Enero Diciembre.
- Weisner H. M. (1990), Comportamiento Reproductivo y Aborto Inducido en Mujeres Chilenas de sectores populares. Una perspectiva antropológica". En: "Aborto Inducido en Chile. Requena M., 1990. Edición Sociedad Chilena de Salud Pública. Impresora CRECES Ltda. Santiago, Chile.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece la participación del equipo de terreno constituido por los Drs. Jorge Pardo, José Tito Blanco, las matronas Sras. Marianela Araya y Ruth Cornejo y las Asistentes sociales Sra. Cecilia Contreras y Electra González. A las Srtas. auxiliares Cupertina Morales y Patricia Gutiérrez. Así mismo al equipo de 40 encuestadoras y supervisoras.

Muy especiales agradecimientos al apoyo técnico, revisión del trabajo y evaluación del análisis de la Dra. Erika Taucher quien dio excelentes aportes para el documento final.