

Aborto y legislación Tegualda Monreal

ABORTION AND LAW. TEGUALDA MONREAL



Nos parece de interés traer a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología el tema "Aborto y Legislación" por ser un tópico de actualidad mundial y por las repercusiones que el aborto tiene en nuestro medio.

Comprendemos que se trata de una problemática muy compleja, ya que en su análisis influyen multiplicidad de factores, entre los que conviene recordar los aspectos éticos, morales, religiosos, culturales, sociales, demográficos, económicos, sanitarios y legales. Cabe agregar entre los argumentos que se emplean tanto a favor como en contra de las leyes sobre aborto, los derechos humanos y las libertades individuales.

Estamos ciertos que el tema abrirá polémica en el seno de nuestra Sociedad, de la que esperamos, si no un pronunciamiento, al menos una discusión amplia y constructiva, por afectar directamente tanto en las responsabilidades médicas que involucra, como en las prestaciones de servicios a la comunidad.

Me permito solicitar a la Mesa Directiva de la Sociedad, se le conceda la palabra a la Dra. Tegualda Monreal, médico del Departamento de Salud Pública y Medicina Social de la Universidad de Chile y coordinadora de la Unidad de Epidemiología, para dar a conocer su trabajo sobre Aborto y Legislación.

Dr. Jorge Robinovich

El aborto provocado ha sido y muy probablemente seguirá siendo un recurso de control de la natalidad. A él recurre anualmente una población superior a las 100.000 mujeres, la gran mayoría de limitados ingresos. Del total de abortos, sólo se conocen en el país alrededor de 50.000 que ingresan a los diferentes hospitales por sus complicaciones.

Los programas de protección de la familia en desarrollo desde mediados de 1963, a base de anticonceptivos modernos y eficaces y en que la prevención del aborto constituyó su objetivo fundamental, sin embargo, no han logrado reducir

su incidencia, como lo demuestran las estadísticas hospitalarias y las evaluaciones realizadas.

No desconocemos el descenso experimentado por la mortalidad materna y específicamente por la mortalidad por aborto que, en el curso de 8 años y coincidiendo con la puesta en marcha de dicho programa, ha logrado modificar su riesgo a la mitad. Pero, aun así, estas tasas continúan siendo una de las más elevadas de Sudamérica y 10 ó 20 veces más altas que aquellas de países en que el aborto ha sido legalizado.

Las opiniones de las mujeres de todos los niveles económicos-sociales expresadas a través de encuestas individuales, hechas en Santiago, Concepción, Antofagasta, etc., en los diferentes periodos (1962-1964-1967-1971), en un 71,2% coinciden en la necesidad de esta legalización. La razón más invocada para esta medida lo que la salud de la madre (34,3%), seguida de causales económicas (26,7%).

Las opiniones de los hombres frente a la legalización del aborto varían con respecto a las mujeres⁸. En Santiago, en un 41%, las respuestas fueron favorables si la causal de la interrupción del embarazo correspondía a razones médicas, no existiendo diferencias en los distintos grupos económicos-sociales. En las zonas rurales la proporción fue de 32%.

Sin embargo, cuando se especificaron siete causales (enfermedad de la madre, probable deformidad feta, violación, familia numerosa y económicas, no deseo del hijo, fracaso de los anticonceptivos, madre soltera), al menos un 86% de los hombres, de cualquier edad y categoría social, fue favorable a la autorización del aborto en alguna de las siete situaciones planteadas, siendo las cuatro primeras las que obtuvieron los porcentajes más altos.

La legislación vigente sobre aborto castiga en forma severa, tanto a "la mujer que causare su aborto o consintiera que otra persona se lo cause" como "al facultativo que abusando de su oficio, causare el aborto o cooperase a él".

El Código Sanitario establece que sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo, requiriéndose para ello, la opinión documentada de dos médicos.

Cualesquiera que hayan sido las concurrencias de tipo legal, social u otras que le dieron validez en el pasado, esas concurrencias han perdido vigencia con los cambios experimentados en los últimos años en el enfoque del problema. Los legisladores deben convenirse que cuando una ley es burlada insistentemente y cada vez en forma más intensa por toda la comunidad

y que cuando los pocos que las respetan lo hacen por motivos que no son legales, sino más bien religiosos o culturales, la ley ha dejado de ser válida precisamente por inoperante.

A veces no sólo se torna obsoleta, sino que a menudo se hace antisocial en contenido y aplicación y no sólo se burla, sino se la desvía hacia dominios que no estuvieron en la intención del legislador. Todo esto hace surgir el aborto clandestino con toda su sórdida significación y consecuencias. Dentro de nuestro respeto por la mujer, y para ser consecuente con la actual concepción social de la medicina, es necesidad urgente la modificación de la legislación existente en el sentido de una liberación paulatina del aborto hasta dejar su práctica al criterio de la mujer, quien sola o de común acuerdo deberá decidir sobre su conveniencia.

En consecuencia, una modificación de la legislación debería estar dirigida a cumplir con los siguientes objetivos:

1º Lucha contra el aborto clandestino.

- Por la responsabilidad que le cabe en la alta incidencia de complicaciones (sobre 30%) y en una importante proporción de muertes maternas (alrededor del 40%).
- Por respeto a las personas que por necesidad deben recurrir a estas prácticas.
- Por la especulación que esta práctica significa.

2º Medida complementaria a los Programas de Protección de la Familia.

Reconociendo la prioridad que en todo momento debe tener el uso de anticonceptivos y la educación como medida preventiva del aborto provocado, no puede desconocerse que en el momento actual, ellos no pueden resolver todas las situaciones y que son todavía numerosos los casos en que no se desea. Aparece así justificada la interrupción de muchos de estos embarazos, ya sea por las condiciones en que se gestaron o por las consecuencias para la salud de las madres.

Aun cuando en un futuro próximo la liberación amplia del aborto constituirá una medida universal al alcance de cualquier mujer, creemos, sin embargo, que en la etapa actual, por razones culturales y otras, la legislación del aborto debería restringirse a algunas causales que podrían calificarse como sociales y médicas, además de cumplir con algunos requisitos que aseguren una intervención sin riesgos. Se recomiendan las siguientes:

1. Violación
2. Protección de la salud de la madre (o el niño)
3. Madre soltera
4. Fracaso de la técnicas anticonceptivas usadas con control médico.

Para garantizar el buen resultado de las intervenciones, la inducción del aborto debe realizarse antes de las 12 semanas de gestación.

Sólo en casos excepcionales y bajo responsabilidad médica podría procederse con posterioridad a este período. Por las mismas razones debe realizarse en hospitales y servicios de urgencia que cuenten con los equipos modernos indispensables.

Entre estas causales no se han considerado las "económicas" u otras que aparecen en todas las legislaciones que liberalizan el aborto.

No debemos olvidar que en nuestro país existe un Programa de Protección de la Familia, cuyo objetivo fundamental es la prevención del aborto provocado y que está en desarrollo desde hace aproximadamente 8 años. Estamos empezando a observar los efectos de este programa en una reducción importante de las muertes por aborto, en la disminución de la gravedad de sus complicaciones y muy probablemente en el volumen de los mismos.

La modificación de la legislación que se plantea representa una medida complementaria necesaria para el mejor desarrollo del programa, pero en ningún caso se pretende que la inducción legal del aborto vaya a resolver situaciones como las económicas u otras similares. El país está viviendo un proceso de cambios y corresponde a este el mejoramiento de los niveles de vida de los sectores más marginados, justamente allí donde la incidencia del aborto es más alta.

Tampoco podemos olvidar que nuestro país es predominantemente católico y para muchos creyentes, el aborto es seriamente impugnado.

Limitemos, por lo tanto, su ámbito a aquellos casos que ningún espíritu objetivo y libre de prejuicios pudiera objetar, impulsando una legislación humana y realista que no castigue una acción que en un momento determinado resuelve un problema agudo individual o familiar.

A pesar de todo, se alzarán voces que se opondrán. Algunas de tipo moral o religioso. Otras, por los posibles efectos demográficos que

puede acarrear y otras de carácter administrativo asistencial.

Con respecto a las primeras, una Iglesia como la chilena, identificada con los problemas del pueblo, que combate el aborto clandestino y que busca también el bienestar de la familia, comprenderá el verdadero sentido de una medida que sólo persigue proteger la vida y la salud de la mujer.

Para quienes piensan que la protección de la vida humana está por sobre toda consideración ideológica, la legislación del aborto no puede ser impugnada.

Respecto a las segundas, si bien parecería una incongruencia para un país subdesarrollado que se esfuerza por salir del subdesarrollo, reducir su fecundidad y por ende, el crecimiento de su población, debemos anotar que la reducción de la natalidad *per se*, no es el propósito de esta legislación. Son numerosas las iniciativas en pro del fomento y defensa de la familia que se llevan adelante, como la organización de salas cunas, jardines infantiles, etc. Destinadas a facilitar la maternidad, especialmente de la madre trabajadora, una de las más golpeadas por el aborto.

Se pretende con esto dar el verdadero sentido a la planificación familiar, que hasta ahora aparecía incompleta y trunca en cuanto a protección de la familia.

Finalmente, la tercera objeción se refiere a la repercusión que tendría la legislación en las maternidades, donde se agudizaría aún más el déficit de camas.

Si observamos lo sucedido en países donde se legalizó el aborto como en Japón, Checoslovaquia, Hungría, etc. Es efectivo que consecutivamente a su legalización se produce un aumento de éstos.

En Chile, el número de abortos clandestinos se estiman sobre 100.000 casos anuales, los que en las nuevas circunstancias serían realizados en su mayoría en hospitales. Esto significaría un incremento de un 100% sobre la cifra actual (de 50.000 abortos).

Pero al mismo tiempo se esperaría que una alta proporción de los abortos que hoy se hospitalizan por complicaciones, requerirían sólo una atención ambulatoria.

El problema, por lo tanto, no debería plantearse en términos de escasez de camas, sino en incremento de la atención externa, que sin

duda se modificaría. Pero en la actualidad el uso de técnicas modernas en la interrupción del embarazo, además de reducir sus riesgos, simplifica las intervenciones y por ende no debería temerse.

Finalmente, el caso de Chile es diferente al de la mayoría de los países donde el aborto ha sido legalizado y en que esta legalización fue previa al uso de anticonceptivos modernos. El aborto significa la única medida eficaz de control de la natalidad.

En Chile, los programas de prevención deberían fortalecerse aún más y extender su cobertura para que así el aborto legal tenga una expresión mínima. Pero no se puede negar a la mujer una protección que reclama de la sociedad como un derecho que cada día se hace más universal.

Estamos ciertos que la lucha contra el aborto va más allá de dispositivos o píldoras, o abortos que se legalicen.

Es la nueva sociedad por la que estamos luchando, donde nuevos valores y nuevas responsabilidades reemplacen los actuales y donde el hombre y la mujer comprenden su verdadero papel.

La legalización del aborto requiere naturalmente una intensa campaña educativa de las familias y una comprensión creciente de la responsabilidad paterna. No hay ninguna ley, por sabia que sea, que resuelva por sí problemas sociales si la comunidad no comprende su alcance o no sabe darle el uso adecuado para la convivencia colectiva.

No podemos dejar aquí de mencionar los recientes avances científicos en el campo de la planificación familiar que pondrán muy pronto al alcance de toda mujer, drogas eficaces que facilitarán las interrupciones de embarazos en forma precoz, simple y sin riesgos y que sin duda, van a modificar sustancialmente el panorama del aborto.

No está lejos el día en que el aborto habrá dejado de ser un problema de Salud Pública para convertirse en un acto cuyo ámbito no traspasará la vida privada de la mujer o de la pareja. En ese momento, toda discusión sobre el aborto perderá actualidad y su legislación pertenecerá a la historia.

DISCUSIÓN

Dr. Lizana: El Directorio que presido acoge todo trabajo científicamente concebido y ejecutado de las especialidades y materias conexas, aunque no necesariamente acepte y esté de acuerdo con las tesis, hipótesis e ideas que en ellos se desarrollen y deslindando, como obvio, esta responsabilidad a los autores, que son sus exponentes.

La idea de legislar en el aborto, en los lugares en que se ha modificado, liberalizando sus indicaciones me parece curioso que se invoque cada vez una especie de protección a derechos de maternos o solamente femeninos, vulnerados por legislaciones retrasadas. Así es como en Inglaterra se ha basado la campaña en la aceptación del derecho de la mujer a disponer de su cuerpo y lo que en él encierra, como una lógica consecuencia de la proclamación de los derechos a la intangibilidad, para ellos muy respetables, de la privacidad y derechos inviolables de su individualidad: en la mujer la terminación a voluntad del embarazo y en el hombre, con los mismos argumentos, han aceptado la legalización de la homosexualidad.

En EE.UU. como resultado de la liberación femenina de la supremacía política, económica y sexual del hombre, figurando como una conquista de su derecho de disponer del destino del embarazo, hasta su eliminación legalizada, voluntaria, precoz, si derivara en un supuesto daño físico, moral, síquico, además de social. Todo para "favorecer" a la mujer.

Lo que voy a decir, puede sonar como un conflicto de generaciones (yo creo que lo es), en otro tiempo era el hombre quien se sentía responsable del embarazo que engendraba y de su conducta *a posteriori* debía él responder. El conjunto de legislación "proteccionista femenino" ha tenido como esencial consecuencia que el responsable volqué la total culpabilidad a la mujer, quien para eso dispone de "píldoras" y otros artefactos...

Esto lo vemos a diario en la hora actual, no sólo en la consulta privada, sino que a cada momento en la policlínica hospitalaria. Es por eso que cada vez que se anuncia una campaña de Aprofá, única institución que de ello se ha preocupado, promoviendo el conocimiento de la respon-

sabilidad paterna, deseo que sean más insistentes y acogidas por especialista y público.

No obstante estar de acuerdo con la tesis central expuesta por la Dra. Monreal, la felicito porque su presentación ha sido de clara exposición, didácticamente graficada, denotando una antigua preocupación e información en el tema.

Dr. Carlos Thonet. Felicita a la Dra. Monreal por haber traído a la Sociedad este polémico tema. Quisiera exponer ahora las consideraciones que de su trabajo se desprenden con un raciocinio lógico.

Plantear el aborto legal ¿significa reconocer el fracaso de los planes anticonceptivos? Al parecer es así, según las cifras expuestas.

En los países en que existe el aborto legal desde hace muchos años, las estadísticas muestran la persistencia del aborto clandestino, porque la ley no puede impedir las motivaciones particulares y ocultas de muchos de éstos.

De los gráficos de la Dra. Monreal parece deducirse que tampoco de mortalidad materna por aborto haya disminuido, por lo menos así se ve claramente en dos de los países mencionados.

Establecer el aborto legal significa arrogarnos un derecho sobre la vida humana. Si aceptamos la supresión de un ser cuyo destino ignoramos, lógicamente debemos admitir también la eliminación de aquellos individuos cuyo destino es sufrir y hacer sufrir a los demás, como los inválidos y los enfermos incurables. Asimismo, los niños limitados; sólo en EE.UU. hay más de seis millones de estas pequeñas vidas que jamás podrán contribuir al desarrollo económico de su nación. Del mismo modo los ancianos, elementos pasivos en la sociedad, que gravitan sobre ella requiriendo considerables cuidados. También los delincuentes incorregibles y los antisociales que consumen grandes recursos en personal especializado, locales, etc.

Si aceptamos que tenemos derecho sobre la vida ajena, con mayor razón la tendríamos sobre la propia y sería ilógico tratar de impedir un suicidio fríamente decidido. Ni debería ser penado por la ley quien ayudara al suicida a procurar la muerte menos dolorosa.

Ha dicho la Dra. Monreal que los progresos de la investigación se encaminan de tal manera que muy pronto el aborto voluntario dejará de ser un problema jurídico y médico, para quedar en la

intimidación de la decisión de la mujer constituyendo una liberación, una prerrogativa de su femineidad. Pero, en nuestra ya dilatada experiencia de obstetra, hemos comprobado innumerables veces que el rasgo femenino más auténtico es de sentimiento maternal, en cuya expresión la mujer se realiza plenamente y alcanza, a veces, hasta el heroísmo.

Aunque no tuviera hoy vigencia el juramento hipocrático, siempre quedaría en pie un hecho irredarguible: la misión de la Medicina es cuidar la vida humana y no provocar la muerte. La lógica dice que el hecho de que un error sea sostenido por millones de personas no lo transforma en verdad.

Dr. Onofre Avendaño. Celebra que se haya traído a discusión en esta Sociedad el tema planteado por la Dra. Tegualda Monreal, y felicita a la Mesa Directiva por tan plausible iniciativa. Concuerta, en general, con los conceptos y planteamientos de la relatora acerca de los daños causados en Chile por el aborto, que no sólo son daños de salud, sino que también es de carácter económico en las instituciones y Servicios hospitalarios, de carácter social para la familia y la comunidad y de carácter moral para cada individuo. En cierto modo se siente impulsado a participar en este debate por ser el Jefe del Servicio de Gineco-Obstetricia con mayor número de egresos en la capital, y por ser, hasta la fecha, el presidente de la Asociación Chilena de Protección de la Familia, que ha estado promoviendo desde hace más de una década las acciones de regulación de natalidad a que se refiere el relato.

Recuerda que desde sus comienzos, en este país, el movimiento de planificación de la familia tuvo su fundamento en motivos de salud, y no de naturaleza demográfica o económica. La Asociación que preside tuvo una participación e influencia decisivas en la adopción, por el S. Gobierno, de planes de regulación de natalidad dentro del contexto del programa de atención materna o de atención de la salud de la mujer, de acuerdo con la actual nomenclatura. Desde 1965, cuando el Servicio Nacional de Salud anunció por primera vez estos propósitos programáticos, se destacaron tres objetivos básicos, a saber: la prevención del aborto inducido, la prevención de los daños maternos derivados de la gran multiparidad y la prevención de la morbimortalidad

infantil en la familia grande. Corolario de estos propósitos generales resultó ser el reconocimiento de la planificación de la familia como derecho humano básico, con la intención de contribuir al bienestar del grupo familiar y a proporcionarle acciones educativas y asistencia clínica en el uso de métodos anticonceptivos.

¿Qué ha ocurrido en el país al cabo de estos años? ¿Se han cumplido estos objetivos en su totalidad o en una relativa proporción? Es incuestionable que la frecuencia total del aborto se ha reducido, como lo demuestran las cifras que exhibió la Dra. Monreal, como asimismo han decrecido significativamente las muertes maternas por aborto. Sin embargo, en el decenio 1962-1971 las muertes maternas totales descendieron en un porcentaje de 52,7%, lo cual es impresionante y muy saludable (Tabla 1).

Tabla 1. Mortalidad materna por abortos, por otras causas y total, Chile

Decenio 1962-1971. Tasas por 10.000 Nacimientos			
Año	Aborto	Otras causas (embarazo, parto, puerperio, otras)	Total
1962	10,0	20,0	30,0
1965	9,9	18,0	27,9
1968	8,4	12,8	21,2
1971	5,2	9,0	14,2
Porcentaje de descenso	48,0	55,0	52,7

No obstante, los decesos por aborto descendieron en 48% y todas las otras causas —embarazo, parto, puerperio y otras— en 55%. Agréguese que el título “muertes por aborto” involucra un buen número de casos catalogados como “muerte evitable”. Son muertes voluntarias, inútiles que dejan familias abandonadas.

El desarrollo histórico de los conceptos y actitudes de la mujer frente a la reproducción humana es claro a este respecto. En una etapa primitiva, no existe idea alguna de limitar la fertilidad, y la familia se reproduce de acuerdo con su potencial natural; en una segunda etapa, la mujer aprende que es posible controlar la fecundi-

dad y recurre al aborto. Finalmente, la planificación de la familia surge como solución promisoría, para prevenir el aborto, evitando el embarazo no deseado. Pero surge también una paradoja: la motivación de la mujer, ante una campaña de este tipo, la lleva a reincidir en el aborto ante el fracaso clínico de los métodos anticonceptivos. Es por este motivo que en otras regiones del mundo se ha interpuesto, después de la segunda etapa, el aborto legal, que no excluye el uso de anticonceptivos y por el contrario, habrá de asociarse como medida de protección después del raspado, dentro del hospital.

En Chile hemos observado, en los últimos años dos tendencias bastante peligrosas y alarmantes. Por una parte, el aborto ha aumentado en las áreas rurales, al menos en la provincia de Santiago. Acaso la mujer del campo se está incorporando a la cultura de la mujer de radicación urbana o marginal y recurre al aborto con una frecuencia progresiva. El segundo aspecto en la incidencia cada vez mayor del aborto en niñas menores de veinte años, o de dieciséis o menos, lo cual está creando un problema sumamente complejo de difícil solución.

Observa que las cifras de cobertura en el país, anotadas por la Dra. Monreal, parecen excesivamente altas y sobrepasa las estimaciones que se hacen en APROFA.

En suma, reitera su concordancia con los conceptos básicos emitidos por el autor de este relato. Sin embargo, cree que en Chile se impone una revisión de la legislación sobre aborto para permitir el aborto terapéutico de una manera restrictiva, progresivamente más liberal, con vistas a prevenir el aborto inducido ilegal, practicado por manos ineptas, fuera de instituciones. Se incluirían, entre las indicaciones aceptables, el embarazo incestuoso, la violación, el embarazo en adolescentes, los fracasos de la anticoncepción bajo control de los Servicios de Salud y en general, el embarazo no deseado que se presenta con una documentación fidedigna. Es preciso dejar constancia de que la ampliación del aborto legal en caso alguno debe alcanzar la liberalidad de algunas recientes legislaciones en el mundo; que debe limitarse a doce semanas de preñez y que la protección anticonceptiva de la mujer con alto riesgo de abortar debe extenderse de una manera urgente e imperiosa en los programas de salud de la mujer a cargo de organismos estatales.

Dr. Alfredo Pérez. Me siento obligado a hacer uso de la palabra respecto de la presentación de la Dra. Monreal, quien propone la legalización del aborto en Chile, pues no quiero que mi silencio sea interpretado como una aprobación tácita de esta proposición.

Como Profesor de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Católica de Chile, rechazo enfáticamente la idea de legalizar el aborto en nuestra patria.

No pretendo desconocer la importante morbimortalidad que produce el aborto provocado en nuestro medio. Debemos encaminar nuestros esfuerzos para tratar de evitar este verdadero flagelo que corroe a nuestra sociedad, sin embargo, debemos entender claramente que la solución del problema es multidisciplinaria, ya que están en juego importantes factores de orden educacional, social, económico, cultural y moral y no podemos pretender nosotros, los médicos obtener la solución total del problema. Pensamos que tratar de solucionarlo legalizando el aborto sería una solución de "medicina veterinaria".

Quiero sumarme y hacer más las expresiones vertidas anteriormente por el Dr. Thonet.

Rechazo la idea de legalización del aborto propuesta por la Dra. Monreal, fundamentalmente por dos motivos; como médico católico mis principios morales me obligan a rechazar un procedimiento que atenta contra la vida del ser intrauterino, la cual debo respetar y cuidar como la de todo ser humano y por supuesto me está impedido terminarla. Desde el punto de vista de la más elemental moral natural está claramente establecido que la solución a un mal no se puede lograr con un mal mayor, eso es en el fondo lo planteado en la presentación de hoy día.

No quisiera terminar sin comentar un concepto del Dr. Robinovich, en la introducción de la comunicación, quien se refirió a la libertad de decisión que se debería reconocer a la madre frente a la continuación de un determinado embarazo. Yo les pregunto: ¿Qué libertad le dejaríamos en ese caso al paciente intrauterino para poder continuar su vida?

Dr. Joaquín Iglesias. El trabajo es muy interesante, aunque extraño la proyección de experiencias en EE.UU. particularmente el estado de Nueva York, que muestran algunas situaciones

contrarias a las aquí expresadas respecto a la legalización del aborto, largas de analizar y que lo haremos en un futuro, ya que el tema es extraordinariamente polémico.

Personalmente rechazo la postulación de legalizar el aborto más allá de la legislación presente, desde luego por razones de orden moral elemental, en seguida porque si bien 162 madres fallecen a raíz de maniobras criminales para interrumpirse gestaciones no deseadas, para evitarlas habría que eliminar alrededor de 250.000 individuos intrauterinamente, todos seres humanos, cuyo destino nadie conoce ni puede predecir, como lo ha expresado muy bien el Dr. Thonet. Debe, pues, buscarse otros sistemas para prevenir el aborto provocado a este respecto es necesario decir que el Servicio de Salud no ha planificado hasta hoy ninguna campaña similar, por ejemplo, a las de las vacunaciones para prevenir mortalidad infantil, destinada a combatir el aborto provocado.

Finalmente, debo agregar que someter a la mujer chilena al aborto legalizado es una situación que no se compadece con el actual estado de la atención obstétrica nacional de todos conocidas: falta de recursos humanos y materiales en las Maternidades, persistencia del dos por cama y aún 48.000 mujeres cuyos partos se producen sin asistencia profesional ni institucional.

Dr. Mario Herrera. Se alegra que un debate de tan alto interés, se promueva en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología, a propósito de un tema de actualidad creciente como es el de la legalización del aborto y sus consecuencias.

El directorio de la Sociedad, no dudó en permitir la presentación del trabajo de la Dra. Monreal. Esto es justamente lo que diferencia a las Sociedades abiertas de las cerradas, que sólo dan una información dosificada, uniforme y monocorte.

Los argumentos a favor y en contra han sido entregados libremente y quiero referirme más bien a planteamientos sobre Planificación Familiar en Chile que la Dra. Monreal ha detallado. En este aspecto a mi juicio, no se explica el gasto tremendo de recursos y esfuerzos con el solo y único propósito de combatir el aborto provocado. Creo que el propósito aparece menguado frente al problema de la explosión demográfica, de trascendencia mucho mayor. Insistir en el primer aspecto

no me parece sincero. ¿Significa esto que erradicado el aborto provocado se acaba el control de la natalidad?

En Chile con una cobertura de un 18% de acciones de Planificación se ha reducido, sin proponérselo, significativamente las tasas de fecundidad y natalidad. Las curvas presentadas por la Dra. Monreal certifican este aserto. Aunque no se diga, esto último es lo importante. Es necesario envejecer la población y aumentar la productividad del hombre disminuyendo la natalidad.

Una política unisectorial que enfatizara sólo este ángulo al margen de consideraciones económicas y culturales estaría condenado al fracaso; sin embargo, un esquema que desconociera absolutamente la Planificación Familiar, como parte de una solución global a la elevación del standard de vida de nuestro pueblo, haría las metas inalcanzables.

Expuestas así estas premisas es indispensable analizar los peligros de una planificación a "cualquier precio". Los genetistas, han dado la voz de alarma. Si disminuye la varianza genética por descenso de la natalidad, reducción de la mortalidad, dispendio de cigotos concebidos y bajo margen de reposición de la población se estrechan los márgenes de selección natural. Por lo tanto, se incrementan genes recesivos por la menor dispersión de la población. El Japón muestra riesgos disgenéticos importantes en este aspecto.

Con todo pienso que el problema demográfico concebido en sus justos términos debe primar sobre meras consideraciones contingentes que en Chile, en relación al aborto, aparecen como simple excusas.

Dr. Jorge Robinovich. Antes de referirme al trabajo presentado, desearía hacer un par de consideraciones:

- a) Creemos que no se debe confundir u homologar los términos de aborto legal con eugenesia o eutanasia.
- b) En lo referente a las menores posibilidades de varianza genética, los trabajos editados hasta el momento limitan sus apreciaciones a grupos cerrados, caso del que se excluye un país, que se considera como una comunidad abierta. Sobre el trabajo en sí: a) En Suecia no existe el aborto legalizado, pues las disposiciones no han pasado por el Parlamento, lo que se practica es una liberación del aborto, en cinco circunstancias:

1. Indicación médica y médica-social: Ante peligro de vida o salud de la mujer (desde 1939).
 2. Indicación médico-social: Riesgo de la fuerza física o síquica de la mujer según sus condiciones de vida (desde 1946).
 3. Indicación humanitaria: Ante violación, incesto, coacción criminal, atrasadas mentales, legalmente enajenadas y menores de 15 años (desde 1939).
 4. Indicación eugenésica: Trasmisión de demencia hereditaria, imbecilidad, severas enfermedades o inconvenientes físicos severos (desde 1939).
 5. Indicación de lesión fetal: Ante una enfermedad grave o deformidad por lesiones recibidas durante la vida fetal (1963)
- c) Llama la atención que en la encuesta de opinión entre los varones, aducen como justificación de aborto legal, las cuatro causas menos frecuentes en la vida diaria.

Ninguna prohibición o penalidad en ningún lugar del mundo ha logrado detenerlos. Las leyes restrictivas han hecho que sea más difícil obtener el aborto, más peligro y más degradante" (del libro *¿Quiénes vivirán?* de los cuáqueros americanos).

Dada la importancia del aborto criminal en nuestro país como problema de Salud Pública, tanto en los aspectos preventivos como curativos y su alta incidencia en las tasas de morbilidad materna agregado a la problemática sobre la morbilidad infantil que es secundaria a la gran multiparidad, creemos que la legislación del aborto debiera ser acuciosamente estudiada por un equipo multidisciplinario, que dictara proposiciones prudentes y justas en base a nuestra realidad local.

Creemos que una legislación sobre aborto podría ser factible en Chile, siempre que sea formulada en el contexto del Programa de Atención Integral de la Mujer y como último paso a una escala que debe considerar en primer término acciones de orden educativos, de control pre y postnatal, de regulación de la natalidad, salpingoligaduras, vasectomías y aborto legal.

Por último, nos parece de gran interés conocer la opinión de alguna mujer, ya que hasta el momento sólo hemos hecho uso de la palabra hombres y por más esfuerzos que hagamos, nunca sospecharemos si en el fondo el aborto legal sería

una agresión o una solución para algunas gestantes en un momento dado.

Dra. Tegualda Monreal. Las tasas de mortalidad por abortos legalizados en Suecia y Dinamarca que fueron presentadas, corresponden sólo a estos abortos y no incluyen abortos ilegales. Son más altas que las de Hungría o Checoslovaquia, porque a diferencia de éstas incluyen muertes por interrupciones de embarazos mayores de 12 semanas de gestación, lo que no está autorizado en las legislaciones de estos últimos países.

Los datos presentados referentes a la cobertura alcanzada por las acciones de protección o planificación de la familia en el país incluyen todos los establecimientos del S.N.S. (corregidas las omisiones), SERMENA y otros que controla APROFA. Además se ha hecho la mejor estimación de las acciones privadas en base a los anticonceptivos orales que controla la Sección Farmacia del S.N.S. y a la proporción entre orales, DIU y esterilizaciones encontrada para sectores acomodados en algunos estudios en Santiago. Todas las cifras obtenidas, tanto de instituciones públicas como privadas han sido corregidas anualmente considerando las pérdidas ocurridas.

Se ha hablado de falta de respeto a la mujer chilena, de medicina veterinaria la que se propone—cabe la pregunta—evitar 135 muertes (promedio anual de los últimos tres años) de mujeres jóvenes, la mayoría madres ¿es una falta de respeto? El aborto legalizado bajaría esta cifra casi a cero.

Respecto a la interpretación que hiciera el Dr. Herrera que el propósito de estas acciones no sería otro que demográfico, o sea, reducir la natalidad, podríamos asegurarle que las autoridades de Salud

o el Gobierno, tanto actuales como en el pasado, nunca tuvieron en mente reducir la natalidad. Desde un comienzo han respondido a la necesidad de poner a disposición de la mujer un sustituto del método que ella espontáneamente había elegido para regular su fecundidad, cuál era el aborto provocado, con todas sus implicancias por tratarse de un método cruento y lleno de peligros.

En Chile han sido las propias mujeres las que han decidido controlar su natalidad. Los Servicios de Salud, posteriormente han tratado de que este control se haga con el mínimo de riesgos para su salud como es la prevención del embarazo no deseado.

En otros países latinoamericanos, donde existen programas verticales, superimpuestos, la situación es diferente. Allí el aborto tiene una mínima expresión y allí sí hay un claro propósito, a veces explícito, de reducir los nacimientos con el objeto de obtener mejores niveles de vida de los pueblos.

La objeción referente a la varianza genética ha sido contestada por el Dr. Robinovich.

Respecto a que el aborto legalizado no debería ser una medida aislada sino integrada a un programa, en la proposición que se plantea se señala que una modificación de la legislación debería estar dirigida a cumplir con dos objetivos de los cuales el segundo dice:

“Medida complementaria a las acciones de Protección o Planificación de la Familia”.

A su vez estas acciones en Chile están incorporadas a los programas de salud integral de la mujer.

Finalmente cabe la pregunta para quienes objetan la modificación de la legislación que se propone: ¿Dejarían la legislación vigente como está?