

## Introducción

En 1991, los Estados Unidos de Norteamérica experimentaron una notable reducción en sus tasas de homicidios, específicamente aquellos relacionados a crímenes violentos. La academia y los medios masivos de comunicación comenzaron a indagar sobre las posibles causas de este fenómeno señalando que fue una mezcla de diversos factores la que produjo esta reducción sostenida, tales como un mayor número de oficiales de policía, políticas más agresivas y una mejora generalizada en el sistema de justicia. Todos estos factores, decían, dieron como resultado más criminales encarcelados, alejándolos de la sociedad y evitando sus crímenes (Blumstein and Wallman, 2005). El epitome de esta estrategia frontal contra el crimen fue Rudolph William Louis "Rudy" Giuliani y su política de "cero tolerancia" que aplicó durante su administración como mayor de la ciudad de Nueva York de 1994 a 2001. La política consistía en no dejar ni una sola felonía desatendida, por pequeña que fuera, incluso detalles menores como romper el vidrio de unas ventanas.

Se creyó que esta política era el principal componente en la reducción del crimen y fue incluso utilizada como ejemplo de una buena implementación de estrategias administrativas en el renombrado libro de los Profesores de la escuela francesa de negocios INSEAD, Renée Mauborgne y W. Chan Kim, "La estrategia de los océanos azules" (2005). Sin embargo, algunos años antes, un artículo publicado por Donohue II y Steven Levitt (2001) mencionaba que ninguna de las causas señaladas hasta ese momento como responsables de la reducción del crimen eran las correctas y que muy al contrario de lo que se pensaba sólo había una única causa que era la legalización del aborto.

## Discusión

Mientras que la política de cero tolerancia fue aclamada como la responsable de reducir el crimen a tal punto que Giuliani se convirtió en consultor de diversos gobiernos con este mismo problema (México entre sus clientes), Levitt y Donohue (2001) hicieron hincapié en que la reducción del crimen se manifestó en la misma escala en ciudades que no ejercían dicha política de cero tolerancia y que no se encontraban geográficamente cercanas a la ciudad de Nueva York, lo cual eliminaba la relación entre la causa y el efecto que hasta entonces se argumentaba. De esta forma iniciaron una investigación más profunda y determinaron que la causa real fue la resolución de la Suprema Corte de los Estados Unidos de legalizar el aborto en la nación 25 años antes del fenómeno en estudio.

A siete años de la decisión de la Corte, se llevaban ya a cabo 1.6 millones de abortos legales anualmente, lo que significaba un ratio de un aborto por cada dos nacidos vivos. Así, cuando esta cohorte de niños alcanzaban la edad en la que usualmente se involucran en actividades criminales, 15-20 años, había muchos menos niños desatendidos y vulnerables, adelgazando la lista de reclutamiento del crimen y como consecuencia, menos crimen. El punto clave detrás de este efecto, según los autores, es que las mujeres que usualmente buscan los servicios de aborto legal (o ilegal cuando no es permitido por las leyes locales), son aquellas con mayores niveles de vulnerabilidad (infantes y adolescentes, madres solteras, personas en estados de pobreza, falta de educación y otros factores comunes de este estado), crían hijos con mayor propensión de involucrarse en actividades ilegales, tal como lo explican a mayor

detalle Gruber, Levine and Staiger (1999). Así, la legalización del aborto reduce el crimen ya sea por la reducción de la cohorte (base de reclutamiento) o por la reducción de las tasas de delitos per capita.

En resumen, el proceso es bastante simple de explicar: el gobierno ofrece un servicio seguro para evitar hijos no planeados o que enfrentarán condiciones precarias y muchas veces insuficientes para su correcto desarrollo, que generalmente se manifiestan con mayor frecuencia en la población de la base de la pirámide, y como resultado la cantidad de niños atendidos y en buenas condiciones de desarrollo aumenta proporcionalmente, incrementando así la "calidad" de la población emergente. Esto debido a que los niños que son planeados, generalmente tienen ventajas inherentes como su mayor probabilidad de recibir educación y tener sus necesidades básicas cubiertas, por supuesto, esto dando por descontado un cierto nivel educativo de la población en salud reproductiva. Esto junto con la reducción de la población tiene como consecuencia una situación benéfica para el sector público y se podría convertir fácilmente en una medida replicable en otros países con culturas similares.

Sin embargo, esta estrategia tiene ciertas restricciones, ya que sólo puede ser exitosa bajo ciertas circunstancias que no todos los países tienen, principalmente aquellos de medianos y bajos ingresos, y que tienen que ser tomadas en consideración antes de pensar en la implementación de esta medida. Por ejemplo, la población objetivo debe de contar con un alto nivel de acceso a servicios médicos, no deberá de haber objeción social o religiosa de consideración cuyo nivel de resistencia ponga en peligro la estabilidad social, entre otras consideraciones. Todas las estimaciones que se realicen antes de la implementación de esta medida deberán de considerar las consecuencias de su aplicación en todos los sectores sociales y se deberán de crear programas integrales tratando de controlar aquellos efectos negativos de la medida. Por ejemplo, debido a que la ilegalidad del aborto y la dificultad y peligro que implica para las personas buscar estos servicios, es probable que pueda estar funcionando como una barrera para que algunas mujeres tengan sexo inseguro ¿Cuáles serían las consecuencias de eliminar esta barrera a corto, mediano y largo plazo? ¿Cómo se afectaría la percepción de riesgo y su consecuente repercusión en la conducta sexual de la población objetivo? Pudiera ser que la ganancia en "calidad de la población" sea diluida por una mayor prevalencia de HIV y otras enfermedades sexualmente transmisibles.

Otra consecuencia a tomar en cuenta es el impacto psicológico hacia aquellas mujeres que lo llevan a cabo, ya que puede provocarles depresión, desórdenes emocionales y estigmatización entre otros problemas conductuales (Reardon et al., 2003) que pudieran convertirse en un nuevo problema para la sociedad provocado por el mismo sistema de salud público, lo cual es conocido como "violencia estructural" (Farmer, 1996).

## Conclusión

No existe ni la solución ni la forma perfecta de implementar esta estrategia que cuenta con evidencia sólida comprobando su correlación con la reducción del crimen (ver estudios referenciados) ya que es difícil prever las consecuencias en otros aspectos de salud y más aún en otros sectores, sobre todo porque cambian de acuerdo al contexto en el que es aplicada. Cada país, estado y



Inteligencia Epidemiológica 2013;1:45-46.

municipio tendrán que evaluar y estimar la utilidad de adoptarla si es de su interés y deberán de realizar un análisis profundo del impacto probable en su contexto específico, considerando sus propios recursos para regular y controlar posibles efectos negativos, así como los elementos impulsores y detractores en su población objetivo y llevar a cabo mayor investigación para finalmente tomar una decisión con evidencia específica. A pesar de que el análisis per se no asegurará el éxito de la medida, sí es una herramienta fundamental para crear un programa holístico que se integre sin conflicto con los programas en curso.

## Bibliografía

1. BLUMSTEIN, A. & WALLMAN, J. 2005. *The crime drop in America*, Cambridge University Press.
2. DONOHUE, J. & LEVITT, S. D. 2001. The impact of legalized abortion on crime. *Quarterly Journal of Economics*, 116.
3. FARMER, P. 1996. On suffering and structural violence: a view from below. *Daedalus*, 125, 261-283.
4. GRUBER, J., LEVINE, P. & STAIGER, D. 1999. Abortion Legalization and Child Living Circumstances: Who is the Marginal Child? *The Quarterly Journal of Economics*, 114, 263-291.
5. KIM, W. C. & MAUBORGNE, R. 2005. *Blue ocean strategy: How to create uncontested market space and make competition irrelevant*, Harvard Business Press.
6. REARDON, D. C., COUGLE, J. R., RUE, V. M., SHUPING, M. W., COLEMAN, P. K. & NEY, P. G. 2003. Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth. *Canadian Medical Association Journal*, 168, 1253-1256.