

VI. ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA CON FINES ANTICONCEPTIVOS.

La esterilización con fines anticonceptivos debe considerarse como un método irreversible desde el punto de vista práctico aunque pueda ser reversible desde el punto de vista médico. La persona que elija este método debe estar completamente decidida a no tener hijos o no tener más hijos.

La legislación frente a este método es variada. En algunos países se considera como un método de planificación de libre elección por parte del usuario, sin condicionantes y en otros es muy restringido y una vez solicitado debe esperarse una aprobación médica, previa valoración de la edad, el estado civil y el número de hijos, incluso en algunos casos se exige tener hijos de ambos sexos. En cualquier situación la persona debe firmar una declaración de “consentimiento informado” en el cual manifiesta: (1) que no desea tener más hijos; (2) que conoce la irreversibilidad del procedimiento y el tipo exacto de operación incluyendo sus riesgos y beneficios; (3) que ha tenido información sobre métodos anticonceptivos temporales; (4) que existe una pequeña posibilidad de falla; (5) que el paciente tiene la opción de declinar la anticoncepción quirúrgica sin pérdida de beneficios médicos y económicos³³⁸.

Se estima que cerca de una de cada cien personas que se han practicado una esterilización quirúrgica con fines anticonceptivos, buscan una “desesterilización”. Las razones por las que se solicita son cambio de pareja, muerte de los hijos, mejora de situación médica o social o razones psicológicas. Las alternativas médicas para estas personas son la conexión tubárica (anastomosis microquirúrgicas tubáricas)^{lxv} o la fertilización *in vitro*³³⁹. La reversión de la esterilización femenina o masculina exige una cirugía mayor que la propia esterilización y requiere habilidades especiales por parte del personal médico; además tiene los riesgos de cualquier intervención quirúrgica. En algunos pacientes no se recomienda el procedimiento, ya sea por su edad avanzada, por su estado de salud, por la forma como se practicó la esterilización o por la infertilidad del cónyuge. No se puede garantizar el éxito aún en las mejores condiciones. En el caso de la reversión de la esterilización femenina existe un riesgo —entre 2% y 5% según el tipo de cirugía empleado en la esterilización— de embarazo ectópico. Las tasas de éxito —embarazos intrauterinos después de la reversión— también

lxv anastomosis (gr. anastómosis, embocadura) f. ANAT. Comunicación existente entre vasos procedentes de distintas ramificaciones, ya partan éstas de un mismo tronco o de otro distinto.

dependen del tipo de cirugía y varían entre 43% y 88%. En la esterilización masculina o vasectomía, las tasas de éxito —tasas informadas de embarazo— también pueden variar entre 16% y 79%. No obstante la proporción de hombres con espermatozoides en el eyaculado varía entre 81% y 98%.³⁴⁰

La FFS preguntó a las mujeres^{bxvi} si se consideraban fértiles, es decir, suponiendo que si desearan tener un hijo les sería físicamente posible tenerlo. En España, ocho de cada cien mujeres en edad fértil manifestó que con seguridad no podría tener hijos porque le han hecho una operación que le impide tenerlos (Cuadro VI.1). En el conjunto de todas las edades, las razones de salud son tan importantes como las anticonceptivas, sin embargo, en las de 45-49 las razones de salud duplican a las anticonceptivas. La mayor parte (93%) de estas mujeres que se consideran estériles vivían en unión en el momento de la encuesta, y estaban compuestas por un 44% que se habían operado con fines anticonceptivos, 40% por razones de salud y 9% por ambas razones (Gráfico VI.1)

Cuadro VI.1 Tasas de esterilidad femenina por razón de la operación según edad al momento de la entrevista. España, FFS-95

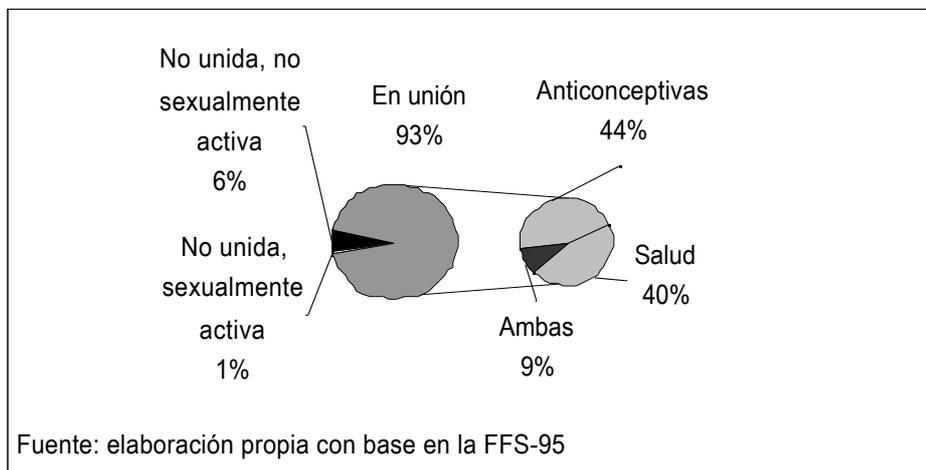
	Anticonceptivas	Salud	Ambas	Total	Nº casos
25-29	0,4	0,3	0,0	0,7	5
30-34	3,4	2,1	0,4	5,9	45
35-39	7,9	5,2	1,8	14,9	100
40-44	8,2	7,7	2,5	18,4	96
45-49	7,1	14,4	1,0	22,5	89
Total	3,8	3,8	0,8	8,4	335

Fuente: elaboración propia con base en la FFS-95

Para efectos de los análisis de anticoncepción se toman en cuenta las esterilizaciones practicadas con este fin o las que combinan razones de salud y anticoncepción y la tasa de prevalencia se construye únicamente para las mujeres en unión. Como se vio en el capítulo sobre anticoncepción, en España hay una proporción importante de usuarios de anticoncepción quirúrgica voluntaria. Cerca de 13 de cada cien mujeres en edad fértil que conviven con su pareja están esterilizadas y en otras 8 de cada cien es su cónyuge quien lo está. Es decir que una de cada cinco parejas usan la esterilización como método anticonceptivo y es uno de los países con mayor uso de este método en Europa. Las condiciones de irreversibilidad del método y las bajas tasas de falla propias del mismo aportan elementos de eficacia en la anticoncepción española. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que

esterilizaciones practicadas en edades avanzadas del período fértil tienen menor impacto —por cuanto se solapan con edades en que declina la fertilidad— que si se realizan a edades más tempranas. Su impacto demográfico también varía si se realizan en parejas que ya tienen muchos hijos, o más hijos de los deseados. Por otra parte, esterilizaciones realizadas en personas jóvenes y con pocos hijos, puede generar en el largo plazo una mayor demanda de reversión del método, con los consiguientes costos personales y para la salud pública, y también en el largo plazo puede ocasionar disminución de los usuarios por la percepción en la sociedad de esta desventaja del método.

Gráfico VI.1 Distribución de las mujeres de 25-49 años que consideran que no pueden tener hijos según tipo de unión y distribución de las mujeres unidas según razón para la esterilización. España, FFS-95



El objetivo de este apartado es conocer las características demográficas, sociales y de uso previo de anticoncepción de los usuarios de esterilización quirúrgica voluntaria (EQV) en España. En primer lugar se retomarán las tasas de prevalencia de esterilización en el período 1977-1995, luego se analizarán las características demográficas y de comportamiento reproductivo de las personas que han optado por este método y por último sus patrones de dinámica demográfica. Para este fin se recurrirá a tabulaciones específicas de la Encuesta de Fecundidad y Familia de 1995.

^{lxvii} El cuestionario de los hombres recogió esta información sobre la cónyuge, es decir no investiga si el hombre se considera imposibilitado para tener hijos.

VI.1 PREVALENCIA DE ESTERILIZACIÓN POR EDAD Y SEXO

Según la ENF-77 entre dos y tres parejas de cada cien usaban esterilización como método anticonceptivo (Cuadro VI.2). La tasa puede parecer baja, pero hay que tener en cuenta que para esa época tanto la esterilización como la anticoncepción estaban prohibidas por el código penal. En la publicación de la encuesta figura esta cifra dentro de los métodos anticonceptivos usados por las mujeres pero en otra tabla aparece que prácticamente todas estas intervenciones se realizaron por problemas de salud. Debe recordarse que para esa época el uso de la píldora también se aducía con fines terapéuticos con lo cual se comprende que no se excluyeran estos casos de la medición de prevalencia anticonceptiva. Para 1985, año en que se realizó la siguiente encuesta la tasa había ascendido levemente (3.2%). Hacía siete años que el uso de los anticonceptivos temporales había sido despenalizado mientras que la esterilización por su parte muy recientemente había dejado de ser considerada como lesión en código penal. La pequeña diferencia entre las dos cifras puede deberse a un problema de definición, es decir en 1977 se incluyeron las esterilizaciones por razones de salud en la medición de la prevalencia anticonceptiva y en 1985 no, pero también puede ser que no hubo incremento, precisamente por el mayor acceso a una variada gama de métodos temporales. Da la impresión de que la encuesta de 1985 se refiere casi exclusivamente a la esterilización con fines anticonceptivos dado el patrón por edad que describe de mayor prevalencia en las edades centrales y menor en las avanzadas cuando se han acumulado más intervenciones por motivos de salud o por la combinación de motivos. El aumento en las edades centrales no es sólo en la esterilización femenina sino también en la masculina. Entre 1995 la tasa fue seis veces mayor que la de 1985, una pareja de cada cinco usaba la esterilización como método anticonceptivo y dentro del total de la esterilización, la masculina representaba más de un tercio. En este año se observan casos de esterilización tanto femenina como masculina en edades muy tempranas (20-24) y entre los 25 y los 34 años la tasa de esterilización masculina supera la femenina. La mayor prevalencia está en parejas en que la mujer tenía 40-44 años donde una de cada tres usaban la esterilización y en menor proporción —una de cada cuatro— los que estaban en las edades más avanzadas del período fértil.

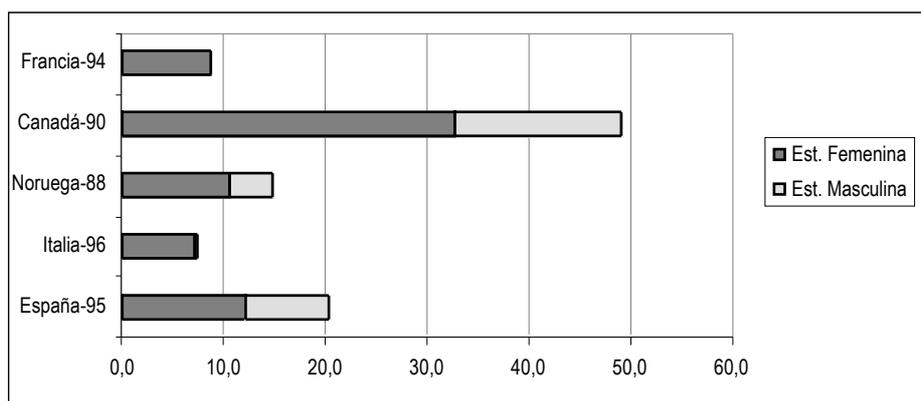
Cuadro VI.2 Tasas de prevalencia de esterilización voluntaria con fines anticonceptivos. España, 1977-1985-1995

	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total (20-49)
1977							
E. Femenina	0,0	0,6	1,2	1,8	4,5	5,5	2,5
E. Masculina	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
1985							
E. Femenina	0,0	1,4	4,1	5,0	4,3	1,3	2,9
E. Masculina	0,0	0,0	0,5	0,8	0,4	0,0	0,3
1995							
E. Femenina	0,6	1,1	6,7	15,5	19,6	22,9	12,2
E. Masculina	0,6	3,5	8,1	13,1	12,0	4,8	8,1

Fuente: ENF-77 cuadro 4.5 pag 163; ENF-85 cuadro 2.2.4.1 pag 240; FFS-95 Tabla 4.3 pag 71

En el Gráfico VI.2 se presenta la comparación con otros países de Europa y con Canadá. La mayor prevalencia se observa en Canadá donde casi la mitad de la parejas usaban esterilización en el momento de la encuesta. Ninguno de los países seleccionados tiene una tasa similar, España que le sigue en magnitud tiene una tasa mucho menor (20%) y luego está Noruega (15%). En estos tres países se destaca la importancia de la esterilización masculina que en España representa un 40% del total de los usuarios de este método, en Canadá 33% y en Noruega 28%. Italia y Francia tienen tasas bajas de esterilización femenina y la masculina prácticamente no existe.

Gráfico VI.2 Tasas de esterilización femenina y masculina en países de Europa y Canadá según la encuesta FFS



Fuente: Fertility and Family Surveys in Countries of the ECE Region. Standard Country Report, Tabla 19

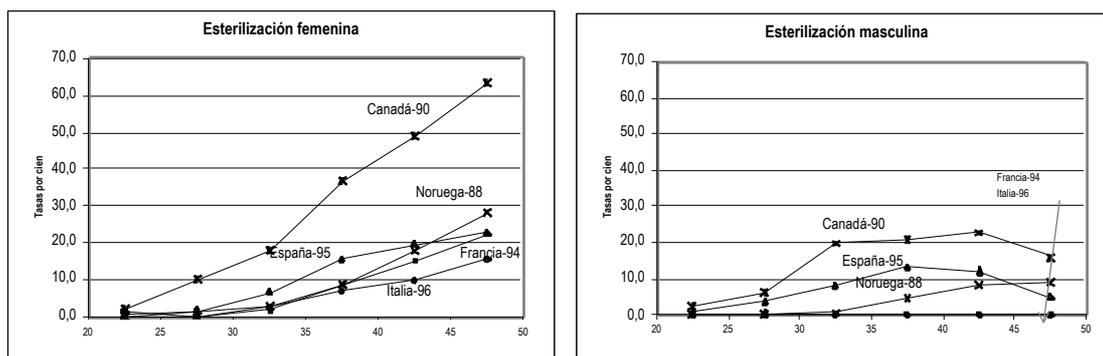
En Canadá las tasas son altas desde edades tempranas del período fértil tanto en hombres como en mujeres y se alejan del resto de países seleccionados, en los cuales, las tasas de esterilización femenina ofrecen menores diferencias que la esterilización masculina (Cuadro VI.3, Gráfico VI.3).

Cuadro VI.3 Tasas de esterilización femenina y masculina por edad, según la encuesta FFS-95 en los países seleccionados

		20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total (20-49)
España-95	E. Femenina	0,6	1,1	6,7	15,5	19,6	22,9	12,2
	E. Masculina	0,6	3,5	8,1	13,1	12,0	4,8	8,1
Italia-96	E. Femenina	0,0	1,5	2,4	7,1	9,7	15,7	7,3
	E. Masculina	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
Noruega-88	E. Femenina	0,0	0,2	2,9	8,8	17,9	28,2	10,7
	E. Masculina	0,0	0,0	0,7	4,7	8,3	9,0	4,2
Canadá-90	E. Femenina	2,1	10,2	18,0	37,0	48,9	63,2	32,9
	E. Masculina	2,3	6,4	19,8	20,5	22,8	16,0	16,4
Francia-94	E. Femenina	1,6	0,0	1,7	8,4	15,0	22,5	8,8
	E. Masculina	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Fertility and Family Surveys in Countries of the ECE Region. Standard Country Report, Tabla 19

Gráfico VI.3 Tasas de esterilización femenina y masculina por edad en los países seleccionados según la encuesta FFS



Fuente: Fertility and Family Surveys in Countries of the ECE Region. Standard Country Report, Tabla 19

VI. 2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS USUARIOS DE EQV

Dadas las condiciones de irreversibilidad de la esterilización, puede suponerse que las personas que optan por este método tienen algunas características que las hacen diferentes del promedio nacional o de los usuarios de los métodos temporales. En el Gráfico VI.4 y tablas del Anexo 6 se presentan indicadores demográficos por edad y sexo para los usuarios de EQV y para la población total los cuales se describen a continuación.

EDAD MEDIANA A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

Al igual que en la población general, en las cohortes más jóvenes la edad de inicio de las relaciones sexuales es menor que en las mayores, sin embargo, se observa que en las mujeres la edad mediana a la primera relación sexual en todos los grupos de edad es menor en las usuarias de EQV que en las mujeres en general, es decir que fueron más precoces en el inicio de la actividad sexual; en los hombres en cambio es ligeramente mayor en los esterilizados aunque no hay uniformidad ya que en las edades extremas los que optaron por EQV habían iniciado las relaciones sexuales a edades más tempranas que el promedio de su edad, en los de 45-49 la diferencia llega a ser de tres años mientras que en 40-44 es de cerca de dos años pero siendo mayor la edad mediana en los esterilizados.

EDAD AL INICIO DE ANTICONCEPCIÓN Y USO DE ANTICONCEPCIÓN EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

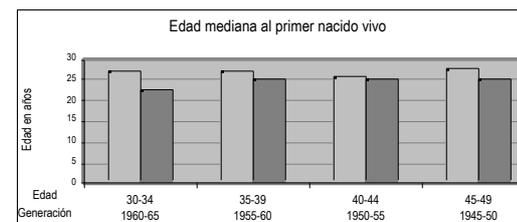
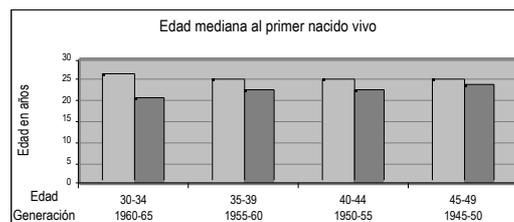
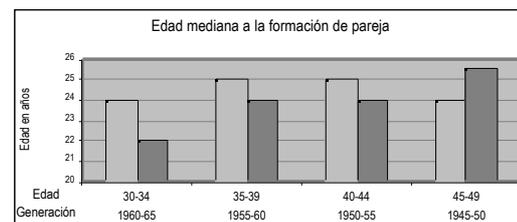
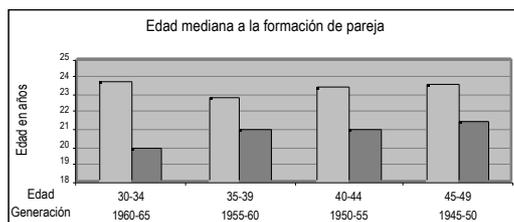
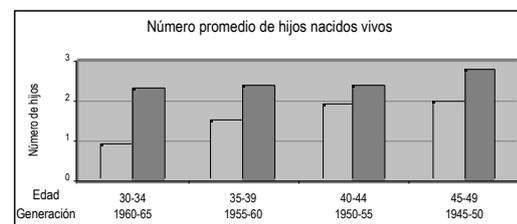
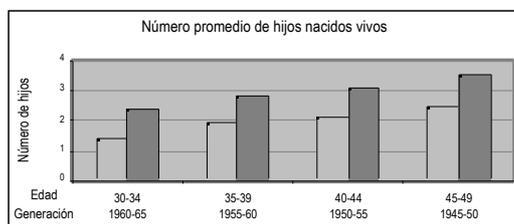
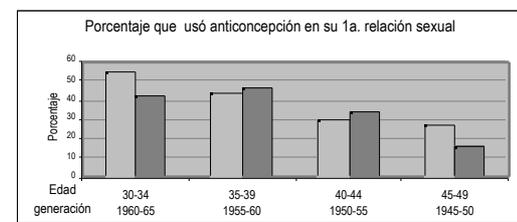
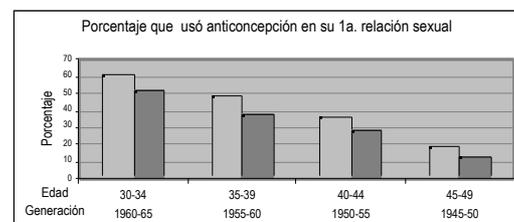
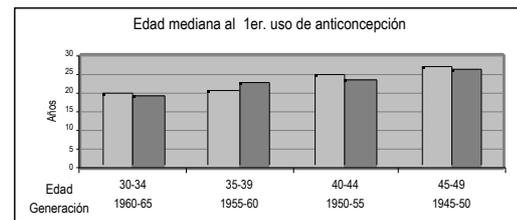
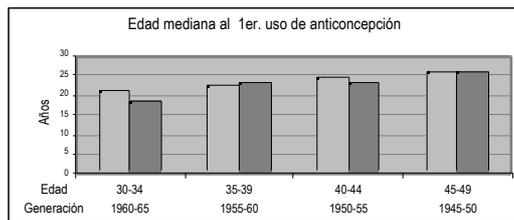
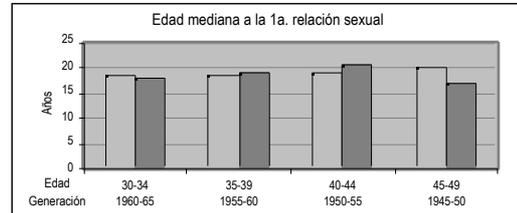
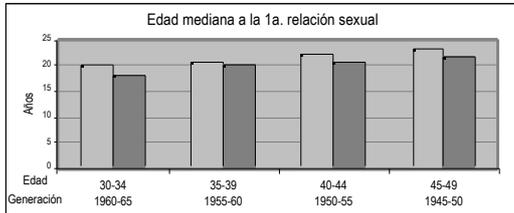
En este caso también se observa aumento en la edad de inicio de uso de anticoncepción a medida que aumenta la edad de los usuarios de EQV pero aunque, en conjunto, el inicio de la anticoncepción fue más temprano que en la población general, no hay tendencia clara por edad, y al parecer los más jóvenes tuvieron un inicio más tardío que los de edades más avanzadas.

El porcentaje de mujeres que usó anticoncepción en su primera relación sexual tiene comportamiento similar al de las mujeres en general en el sentido que disminuye a medida que aumenta la edad de la mujer. No obstante, las usuarias de EQV iniciaron su vida sexual con menos prevención del embarazo; por ejemplo, en las mujeres de 35-39 años en general 49% usaron anticoncepción en su primera relación sexual, mientras que en las esterilizadas 38% usaron en esa ocasión. En los hombres, por su parte no hay tendencia por edad ni un diferencial claro con la población general. El mayor uso en la primera relación sexual se observa en 35-39 (46%) siendo casi igual al de la población general de ese grupo de edad, en tanto que en el grupo anterior la proporción es menor (42%) y dista del promedio de esa edad (55%).

Gráfico VI.4 Características demográficas de hombres y mujeres que han optado por la esterilización voluntaria con fines anticonceptivos y comparación con el total nacional. España, FFS-95

Mujeres

Hombres



Fuentes: Fertility and Family Surveys in Countries of the ECE Region Standard Country Report, Spain, 1998 y tabulados para el presente trabajo. Tabla resumen en Anexo 6

EDAD DE ENTRADA A LA UNIÓN

La edad mediana a la formación de pareja, tanto en hombres como en mujeres es menor en los usuarios de EQV que en la población general (2.7 años más temprana en las mujeres y 2.0 en los hombres). La mayor diferencia —casi cuatro años— se observa en las mujeres de 30-34 años; en los hombres la mayor diferencia también está en ese grupo de edad pero es menos marcada. Este comportamiento se refleja en que, en las mujeres esterilizadas la edad de entrada a la unión casi no ha variado de un grupo de edad a otro situándose alrededor de 21 años tanto en las jóvenes como en las mayores.

NÚMERO DE UNIONES

Mayor proporción de mujeres esterilizadas han tenido dos o más uniones que el total de mujeres de su misma edad. En los hombres sucede lo contrario, o sea han tenido menos uniones salvo los de 45-49 años. La tendencia a mayor número de uniones, en el caso de las mujeres puede, a largo plazo, incrementar la demanda de “desesterilización” por el deseo de tener hijos en una segunda o tercera unión.

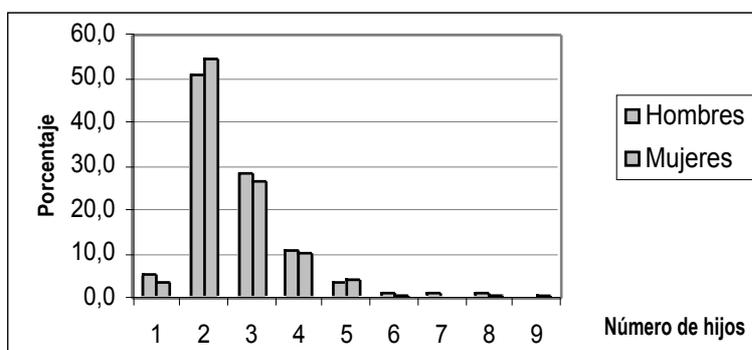
NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS

La característica que ofrece una diferencia más clara entre los esterilizados y la población en general es el número de hijos. Mientras que, según la encuesta, las mujeres esterilizadas tienen en promedio 2.9 hijos y los hombres 2.4, el promedio para la población general se sitúa en 1.3 y 0.9 hijos respectivamente. Aún en las primeras edades del período fértil, los esterilizados tienen dos hijos o más, esto quiere decir que han alcanzado la fecundidad deseada o mayor que la deseada y, tal vez más pronto de lo deseado, razón por la cual prefieren optar por un método definitivo y muy seguro.

En la encuesta no se registraron casos de personas esterilizadas que no hubieran tenido hijos y son muy pocos los que tienen solo un hijo (5 por ciento de los hombres y 3 por ciento de la mujeres esterilizadas) y más de la mitad han tenido dos hijos. Aunque son pocos los casos de niveles altos

de fecundidad, se encuentra que cerca de dos por ciento tenían entre 6 y 9 hijos, es decir que se optó por este método cuando ya se había una familia grande (Gráfico VI. 5).

Gráfico VI.5 Distribución de usuarios de esterilización quirúrgica según el número de hijos por sexo. España, FFS-95



Fuente: elaboración propia con base en FFS-95

NÚMERO DE ABORTOS

En la encuesta no se registraron casos de aborto en las mujeres esterilizadas. Pero este dato no puede considerarse concluyente dado que en general el nivel de aborto reportado en la FFS-95 es bajo comparado la información proveniente de la notificación obligatoria.

VI.3 ANTICONCEPCIÓN ANTERIOR A LA ESTERILIZACIÓN (EQV)

TIPO DE ANTICONCEPCIÓN CON QUE INICIÓ EL USO DE MÉTODOS

En el cuadro VI.4 se puede observar la distribución de los usuarios de esterilización quirúrgica según el método usado por primera vez. Los hombres que finalmente optaron por esterilización iniciaron anticoncepción principalmente con el preservativo (39%) seguido muy de cerca por la píldora (37%) y el coitus interruptus (13%). Siete de cada cien iniciaron su anticoncepción directamente con la esterilización ya fuera de ellos mismos o de su cónyuge. Esta distribución es similar a la del total de hombres entrevistados aunque con mayor proporción en el caso del preservativo y menor de la píldora (Gráfico VI.6).

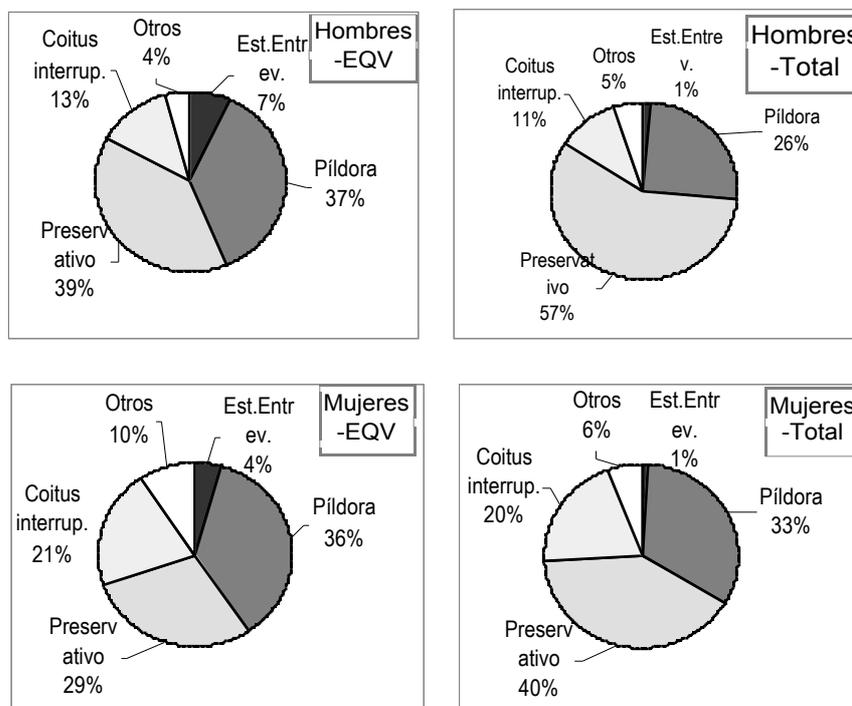
También en caso de las mujeres los métodos más usados por primera vez fueron la píldora (36%) y el preservativo (29%); así mismo, estos fueron los métodos más por el total de mujeres pero siendo mayor el uso del segundo método mencionado. El *coitus interruptus* fue más usado por las mujeres que por los hombres.

Cuadro VI.4 Distribución de usuarios de EQV según método usado por primera vez, sexo y edad al momento de la entrevista. España, FFS-95

Hombres	Esterilización			Píldora	DIU	Preservativo	Abstin. periódica	Coitus interrup.	Otros métodos	Total	Nºcasos
	Entrev.	Cónyuge	Ex-cóny.								
18-29	0,0	25,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	100,0	4
30-39	2,7	1,4	0,0	39,2	0,0	41,9	2,7	10,8	1,4	100,0	74
40-49	3,7	4,9	0,0	34,6	2,5	38,3	2,5	13,6	0,0	100,0	81
Total	3,1	3,8	0,0	37,1	1,3	39,0	2,5	12,6	0,6	100,0	159
Mujeres											
18-29	0,0	0,0	0,0	21,1	0,0	52,6	5,3	21,1	0,0	100,0	19
30-39	2,7	0,9	0,0	38,2	3,6	29,8	3,1	20,4	1,3	100,0	225
40-49	4,3	1,2	0,0	35,4	3,0	25,0	5,5	22,0	3,7	100,0	164
Total	3,2	1,0	0,0	36,3	3,2	28,9	4,2	21,1	2,2	100,0	408

Fuente: elaboración propia con base en la FFS-95

Gráfico VI.6 Comparación de la distribución de los usuarios de EQV y usuarios de métodos en general según primer método usado por sexo. España, FFS-95



Fuente: elaboración propia con base en FFS-95

RESUMEN DEL PERFIL DE LOS USUARIOS DE EQV

En el Cuadro VI.5 se presenta una síntesis de las características demográficas de los usuarios de esterilización quirúrgica voluntaria por edad y sexo. Se observa que las mujeres que optan por este método anticonceptivo en general iniciaron relaciones sexuales y entraron en unión más precozmente que el promedio de las mujeres de su misma edad, han tenido más uniones y empezaron más tarde a usar anticoncepción y con métodos menos modernos, tuvieron su primer hijo a edades más tempranas y su número medio de hijos supera al promedio.

En los hombres este balance no es tan claro, no hay tanta uniformidad entre las edades. Las características más constantes entre ellos son que tuvieron su primer hijo a edades más tempranas que sus coetáneos y que tuvieron más hijos.

Cuadro VI.5 Situación relativa de los usuarios de esterilización quirúrgica voluntaria con respecto a la población total. España, FFS-95

Generación	1960-65	1955-60	1950-55	1945-50	Total
Edad	30-34	35-39	40-44	45-49	
Mujeres					
Edad mediana 1ª rel. sexual	Más precoz				
Edad mediana 1er uso anticoncepción	Más precoz	-	Más precoz	-	-
Porcentaje que usó anticoncepción en 1ª rel.sex.	Menos uso				
Ha tenido aborto inducido (%)	Menos aborto				
Edad mediana a la formación de pareja	Más precoz				
Porcentaje con dos o más uniones	Más uniones	Más uniones	Más uniones	Más uniones	Más uniones
Edad mediana al primer nacido vivo	Más precoz				
Nº promedio de hijos nacidos vivos	Más hijos				
Hombres					
Edad mediana 1ª rel. sexual	Más precoz	-	-	Más precoz	-
Edad mediana 1er uso anticoncepción	Más precoz	-	Más precoz	Más precoz	-
Porcentaje que usó anticoncepción en 1ª rel.sex.	Menos uso	Más uso	Más uso	Menos uso	Menos uso
Edad mediana a la formación de pareja	Más precoz	Más precoz	Más precoz	-	Más precoz
Porcentaje con dos o más uniones	-	-	-	Más uniones	-
Edad mediana al primer nacido vivo	Más precoz				
Nº promedio de hijos nacidos vivos	Más hijos				

LAS CONDICIONES PARA LA OPERACIÓN

Cada vez son menos los países que imponen restricciones legales respecto de la edad y el número de hijos que debe tener una mujer o un hombre para optar por una esterilización quirúrgica. Actualmente se considera que debe ser una decisión libre de la persona y por lo tanto no hay normas

establecidas. De todas maneras quedan los argumentos personales expuestos por proveedores de los servicios que se resisten a practicar la operación a personas que no han tenido hijos o que tienen un solo hijo, o que a su juicio, son demasiado jóvenes. A continuación se analizarán algunas de estas características para el caso de España.

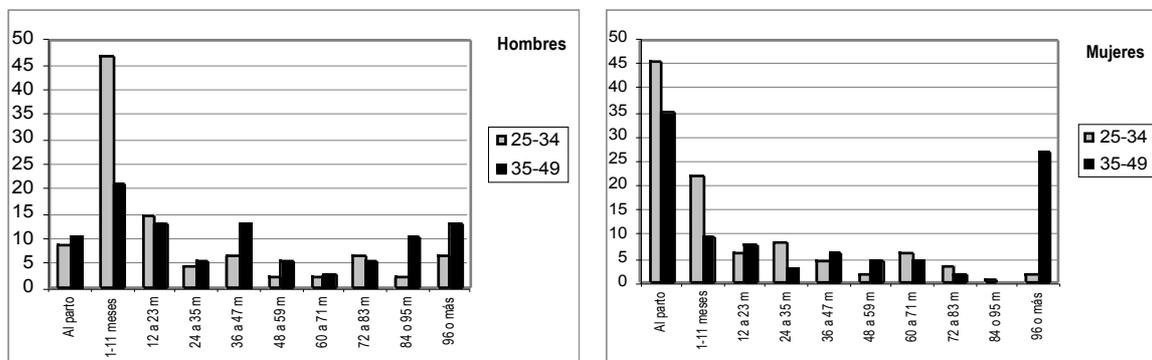
Edad del último hijo nacido vivo

En ocasiones se recomienda a las personas que han decidido recurrir a la EQV para que aprovechen la atención del parto con el fin de que simultáneamente les realicen la operación y esta es una de las razones por las que en algunos países han aumentado los partos por cesárea. En este caso la mujer embarazada debe firmar el consentimiento informado antes de iniciar el trabajo de parto. En el caso de los hombres no hay un momento como este para que concentren las operaciones aunque es de esperar que en muchos casos la decisión se tome cerca del nacimiento del último hijo, pero no necesariamente que coincida precisamente por la importancia del parto.

La FFS-95 permite establecer el momento en que se realizó la operación, con respecto al nacimiento del último hijo nacido vivo, distribución que se puede observar en el gráfico VI.7. Se encontraron algunos casos de esterilización anterior al nacimiento que podría tener lógica en el caso de los hombres pero dado que eran más frecuentes en el caso de las mujeres y que en los hombres indicaría esterilización anterior a la concepción, se consideraron datos erróneos y por tanto no se tuvieron en cuenta.

Se han denominado “al momento del parto” los casos en que coincide el mes y el año de nacimiento con el mes y el año de la esterilización. En las mujeres que tenían entre 25 y 34 años cuando se esterilizaron, se encuentra que en poco menos de la mitad de ellas la operación se realizó en el mismo mes del nacimiento del hijo, presumiblemente al momento del parto. En las mujeres que tenían entre 35 y 49 cuando se esterilizaron, es menor la proporción que lo hizo al momento del parto, pero es interesante observar que está polarizado pues el otro intervalo importante en este grupo es el que esperó ocho o más años. En los hombres la distribución es más uniforme y aunque es menos frecuente la coincidencia con el momento del parto no deja de ser interesante.

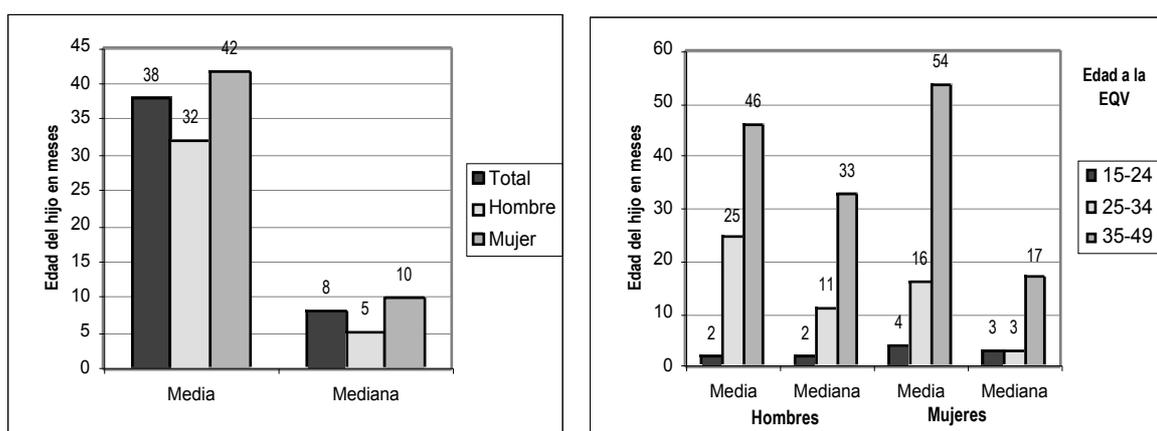
Gráfico VI.7 Distribución de los usuarios de esterilización según el intervalo entre el nacimiento del último hijo y la EQV por edad al momento de la operación y sexo. España, FFS-95



Fuente: elaboración propia con base en FFS-95

El notorio sesgo de la distribución se confirma con la deferencia entre la media y la mediana. Mientras en promedio se espera un poco más de tres años (38 meses) para la esterilización, la mediana indica que la mitad de los usuarios y usuarias decide operarse entre el momento del parto y los primeros ocho meses de vida del recién nacido (Gráfico VI.8). Los hombres muestran en general intervalos más cortos.

Gráfico VI.8 Intervalo entre el nacimiento del último hijo y la esterilización quirúrgica por sexo y por edad a la operación. España, FFS-95



Fuente: elaboración propia con base en FFS-95

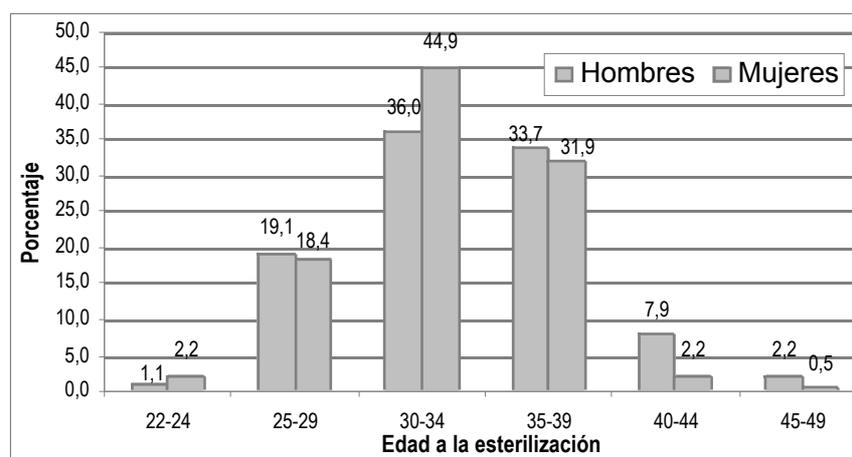
Las diferencias más marcadas se presentan según la edad a la que se realiza la operación. La mitad de los hombres que optaron por este método antes de los 25 años han esperado hasta dos meses

después del nacimiento del último hijo y las mujeres tres meses, es decir muy cercano al parto lo cual es un resultado lógico dado que su vida reproductiva ha sido corta y quizás ya han superado sus expectativas de fecundidad. A medida que avanza la edad a la operación el intervalo aumenta especialmente en los hombres.

Edad a la esterilización

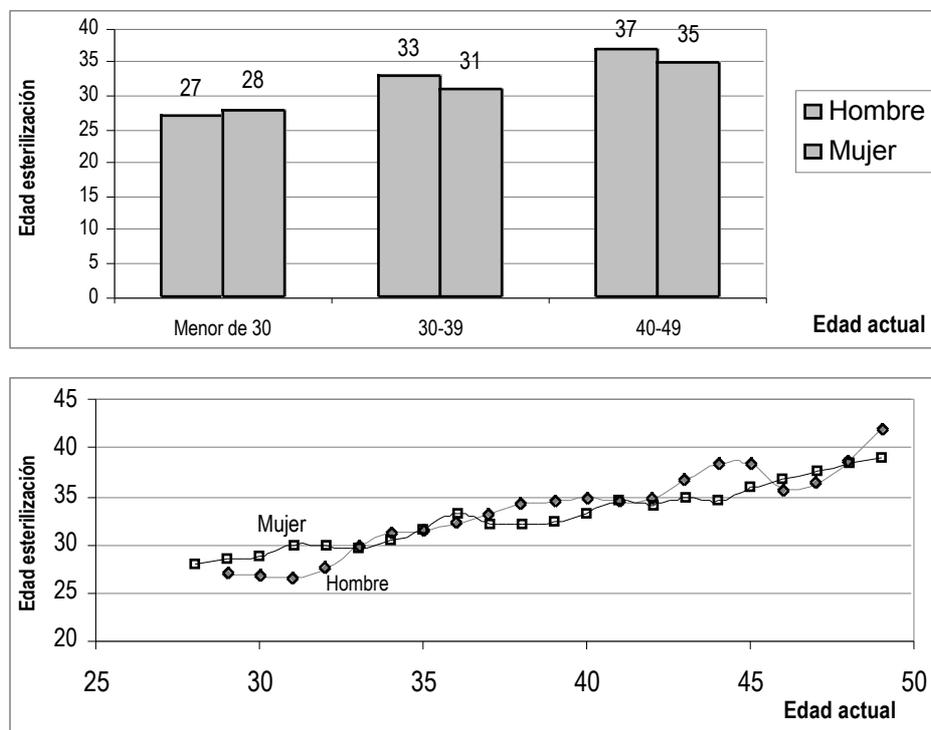
La mayor parte de las operaciones se realizaron entre los 30 y 39 años de edad —70 por ciento en el caso de los hombres y 77 por ciento en las mujeres— sin embargo, una de cada cinco esterilizaciones se realizó antes de los 30 años de edad (Gráfico VI.9). Dado que es un método que en la práctica se considera irreversible, las operaciones realizadas a edades muy tempranas pueden en el largo plazo causar insatisfacción en la usuaria que ha cambiado de parecer frente el número de hijos o porque ocurren segundas uniones en las que se desea tener un hijo. Salvo estas circunstancias la operación es ventajosa precisamente por su seguridad, cuando se ha sobrepasado el número de hijos deseado. En las edades mayores las operaciones son menos frecuentes y como se vio anteriormente, en el caso de las mujeres obedecen tanto a razones de salud como de anticoncepción.

Gráfico VI.9 Distribución de los usuarios de EQV según edad a la esterilización por sexo. España, FFS-95



Fuente: elaboración propia con base en FFS-95

Gráfico VI.10 Edad mediana a la esterilización por sexo y edad actual. España, FFS-95



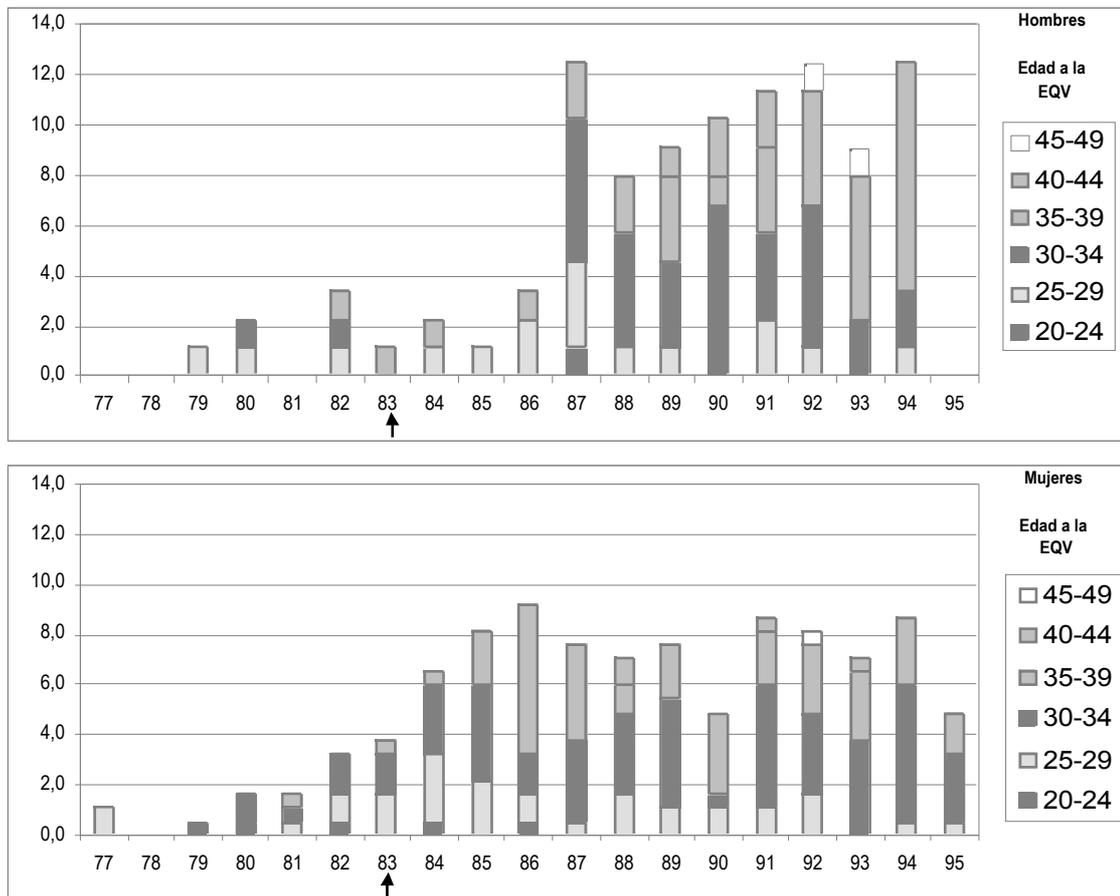
Fuente: elaboración propia con base en la FFS-95

En el gráfico VI.10 se presentan las edades medianas de la operación según la edad al momento de la entrevista. Se observa que en el grupo de menor edad los hombres se operaron a edades más tempranas (27 años) que las mujeres (28 años), mientras que en los mayores las mujeres se esterilizan con dos años menos de edad. En los hombres puede haber esterilizaciones con fines anticonceptivos hasta edades superiores a los 50 años pero la encuesta no entrevistó personas de edad por encima de este límite.

AÑO DE LA ESTERILIZACIÓN

Como se recordará, la despenalización de la esterilización con fines anticonceptivos ocurrió en 1983, sin embargo antes de este año se habían realizado operaciones tanto en hombres como en mujeres. En estas últimas quizás se argumentaban motivos de salud, aunque en la encuesta se reconoce el efecto anticonceptivo (Gráfico VI.11). De hecho en la ENF-77 ya se habían registrado algunas esterilizaciones.

Gráfico VI.11 Distribución de las esterilizaciones por edad al momento de EQV según año de la operación para cada sexo. España, FFS-95



Fuente: elaboración propia con base en la FFS-95

Se puede observar que, en el caso de los hombres las operaciones se concentran principalmente (85%) en los años 1987 a 1994; en la encuesta no se registran casos para el año 1995 lo cual parece lógico dado que la recolección de la información terminó en febrero de dicho año. Dentro del segundo quinquenio de los 80, el año 1987 marca quizás el cambio de actitud hacia la esterilización masculina y muestra un *boom*, aunque su nivel es alcanzado en años posteriores, destaca frente a sus adyacentes. Otra característica en ese año es la presencia de esterilizaciones a edades tempranas (menores de 25 años) y un porcentaje importante en los de 25-29. A través de los años van concentrándose las esterilizaciones en edades centrales del período fértil y la edad media pasa de 32.6 años en 1982-83 a 35.5 en 1992-93 aunque en los últimos años ha habido un ligero descenso en la edad media (Anexo 6). En las mujeres las esterilizaciones han estado menos concentradas en el período de referencia, doce de cada cien ocurrieron antes de la despenalización y en el año 86 se da

el mayor número. Llama la atención la proporción tan alta para 1995 año del que solo se incluyen dos meses pues, como se ha dicho, la recolección terminó en febrero. La edad media también aumentó de cerca de 30.1 años en 1982-83 a 34.7 hacia 1992-93 para luego descender un poco.

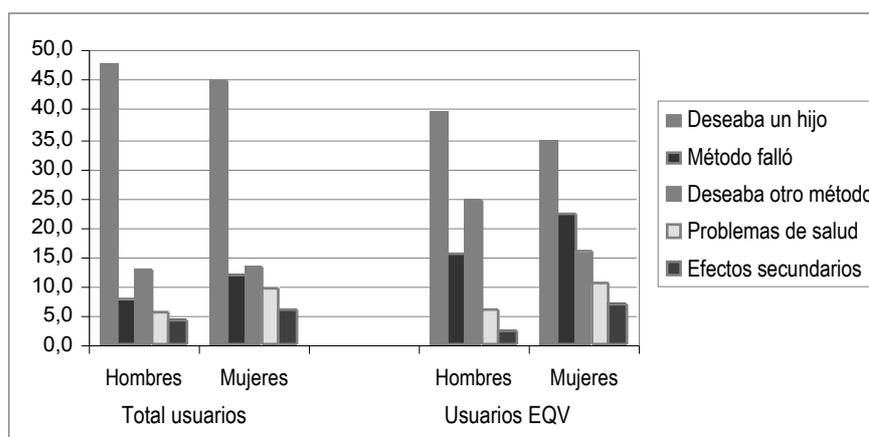
VI.4 DINÁMICA ANTICONCEPTIVA ANTERIOR A LA ESTERILIZACIÓN

Las personas que han optado por la esterilización quirúrgica, que es un método irreversible, pueden venir de tener experiencias menos favorables con los métodos temporales como efectos secundarios que pretenden evitar, dificultades de uso o mayor frecuencia de fallas. A continuación se hará una descripción las principales razones por las cuales discontinuaron los métodos temporales que pueden indicar porqué se optó finalmente por una solución definitiva.

RAZONES DE DISCONTINUACIÓN

En el gráfico VI.12 se presenta la proporción discontinuaciones de métodos anticonceptivos temporales según razones por las que se discontinuaron, tanto para los usuarios de EQV como para el total de usuarios.

Gráfico VI.12 Porcentaje de segmentos cerrados por razón de discontinuación y sexo. Usuarios de métodos en general y usuarios de EQV. España, FFS-95



Fuente: elaboración propia con base en la FFS-95

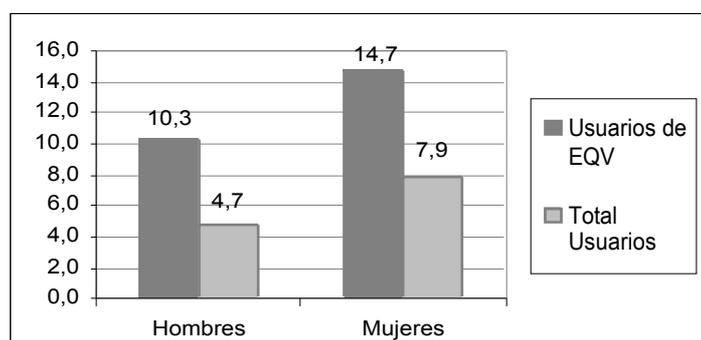
Se observa que en los hombres y las mujeres, tanto en los usuarios de EQV como en el total de usuarios, la principal razón para dejar de usar un método es querer tener un hijo pero hay diferencia

en la frecuencia con que esto se presenta. Mientras en el total de usuarios un poco menos de la mitad (47% en los hombres y 45% en mujeres) de los segmentos fueron discontinuados por esta razón, en los usuarios de EQV esta proporción llegaba solo a 40 y 35% respectivamente. En cambio, los usuarios de EQV presentan dos veces mayor frecuencia de falla de los métodos temporales que la población usuaria en general. Otra razón importante por la que los usuarios de EQV discontinuaron los métodos temporales es “desear otro método”, puede ser un método más seguro o más fácil de usar por ejemplo.

TASAS DE FALLA

Ya se mencionó la mayor proporción de segmentos discontinuados por falla de los métodos temporales en los que finalmente optaron por la EQV. En el gráfico VI.13 se presenta la tasa bruta de discontinuación por esta razón y la tasa para la población en general como referencia. El denominador lo constituyen todos los segmentos iniciados, es decir, tanto los segmentos cerrados como los censurados. Los hombres esterilizados tuvieron más del doble de riesgo de discontinuar un método por falla del mismo que la población usuaria en general y en las mujeres el riesgo relativo es un poco menor pero también cercano al doble.

Gráfico VI.13 Tasa bruta de discontinuación por falla del método, según usuarios de EQV y usuarios de métodos en general, por sexo. España, FFS-95



Fuente: elaboración propia con base en la FFS-95

VII. EL ABORTO EN ESPAÑA. NIVELES, TENDENCIAS Y DIFERENCIALES

Antes de analizar los datos del aborto en España conviene presentar los niveles de aborto en otros países y particularmente en los del contexto europeo.

VII. 1 SITUACIÓN DEL ABORTO A NIVEL MUNDIAL

En el Cuadro VII.1 se presenta, para 1995, el número de abortos inducidos por regiones del mundo así como el porcentaje de aquellos que ocurren en situación de ilegalidad, la tasa por mil mujeres en edad fértil y la proporción con respecto a la suma de los nacidos vivos y los abortos (llamados en el artículo los “embarazos conocidos”).

Se estima que en el mundo ocurren cerca de 45 millones de abortos al año, de los cuales un poco menos de la mitad (44%) se dan condiciones de ilegalidad. Prácticamente la totalidad de estos abortos ilegales (cerca de 20 millones) provienen de las regiones en desarrollo: Asia, África y América Latina. En estos dos últimos continentes los abortos están fuertemente restringidos por la ley (entre 95 y 100% son ilegales) y aún así representan una quinta parte del total mundial, lo cual sigue corroborando que la prohibición no ejerce un efecto inhibitorio sobre la práctica sino que sólo la pone en circunstancias discriminatorias y de peligro para la vida de las mujeres. En las regiones desarrolladas, prácticamente la totalidad de los abortos son legales mientras que en las regiones en desarrollo más de la mitad son ilegales y si se excluye China, entonces tres de cada cuatro abortos son ilegales.

PROPORCIÓN DE ABORTOS POR EMBARAZOS

El peso de los abortos en el total de embarazos también revela diferencias interesantes pero debe tenerse cuidado en el análisis pues está influido por el nivel de fecundidad. Por ejemplo en África, donde la fecundidad es muy alta los abortos sólo representan el 15 por ciento de los embarazos conocidos, con pocas diferencias al interior del continente africano. En Europa, en donde la fecundidad es baja, representa 48 por ciento de los embarazos. A simple vista parecería que la legalización del aborto ocasiona mayor frecuencia del mismo (argumento frecuente de los opositores del aborto), pero en realidad es que en los países donde está legalizado también hay alta prevalencia de uso de anticonceptivos y bajas tasas de falla de los mismos, en resumen un control eficiente de los nacimientos de manera que el aborto aumenta su peso relativo.

Cuadro VII.1 Número estimado de abortos inducidos, según la condición legal del aborto, y porcentaje de todos los abortos que son ilegales, tasa de aborto y proporción de aborto, por región y subregión, 1995

Región y subregión	No. de abortos (millones)			Porcentaje de aborto ilegal	Tasa (*)	Proporción (†)
	Total	Legal	Ilegal			
Total	45.5	25.6	19.9	44.0	35.0	26.0
Regiones desarrolladas	10.0	9.1	0.9	9.0	39.0	42.0
- Excluida Europa Oriental	3.8	3.7	0.1	3.0	20.0	26.0
Regiones en desarrollo	35.5	16.5	19.0	54.0	34.0	23.0
- Excluida China	24.9	5.9	19.0	76.0	33.0	20.0
Africa	5.0	‡	5.0	99.0	33.0	15.0
Africa Oriental	1.9	‡	1.9	100.0	41.0	16.0
Africa Media	0.6	‡	0.6	100.0	35.0	14.0
Africa Septentrional	0.6	‡	0.6	96.0	17.0	12.0
Africa Meridional	0.2	‡	0.2	100.0	19.0	12.0
Africa Occidental	1.6	‡	1.6	100.0	37.0	15.0
Asia	26.8	16.9	9.9	37.0	33.0	25.0
Asia Oriental	12.5	12.5	‡	§	36.0	34.0
Asia Sud-central	8.4	1.9	6.5	78.0	28.0	18.0
Asia Sud-oriental	4.7	1.9	2.8	60.0	40.0	28.0
Asia Occidental	1.2	0.7	0.5	42.0	32.0	20.0
Europa	7.7	6.8	0.9	12.0	48.0	48.0
Europa Oriental	6.2	5.4	0.8	13.0	90.0	65.0
Europa Septentrional	0.4	0.3	‡	8.0	18.0	23.0
Europa Meridional	0.8	0.7	0.1	12.0	24.0	34.0
Europa Occidental	0.4	0.4	‡	§	11.0	17.0
América Latina	4.2	0.2	4.0	95.0	37.0	27.0
Caribe	0.4	0.2	0.2	47.0	50.0	35.0
América Central	0.9	‡	0.9	100.0	30.0	21.0
América del Sur	3.0	‡	3.0	100.0	39.0	30.0
América del Norte	1.5	1.5	‡	§	22.0	26.0
Oceanía	0.1	0.1	‡	22.0	21.0	20.0

* Abortos por cada 1.000 mujeres de 15-44 años. † Abortos por cada 100 embarazos conocidos. (Los embarazos conocidos se definen como los abortos más los nacimientos vivos.) ‡ Menos de 50.000. § Menos del 0,5%. Notas: Las regiones desarrolladas incluyen Europa, América del Norte, Australia, Nueva Zelanda y Japón; todos las demás son consideradas regiones en desarrollo. Las regiones obedecen a la definición de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Las cifras no coinciden con los totales porque los números han sido redondeados. Fuentes: Poblaciones--ONU, The Sex and Age Distribution of the World Population, The 1996 Revision, New York: ONU, 1997. Nacimientos--ONU, World Population Prospects, The 1996 Revision, Annex II and III, Demographic Indicators by Major Area, Region and Country, New York: ONU, 1996. Abortos ilegales--Organización Mundial de la Salud (OMS), 1998, Abortos legales—estadísticas suministradas por las Oficinas de Estadística o expertos en el tema.

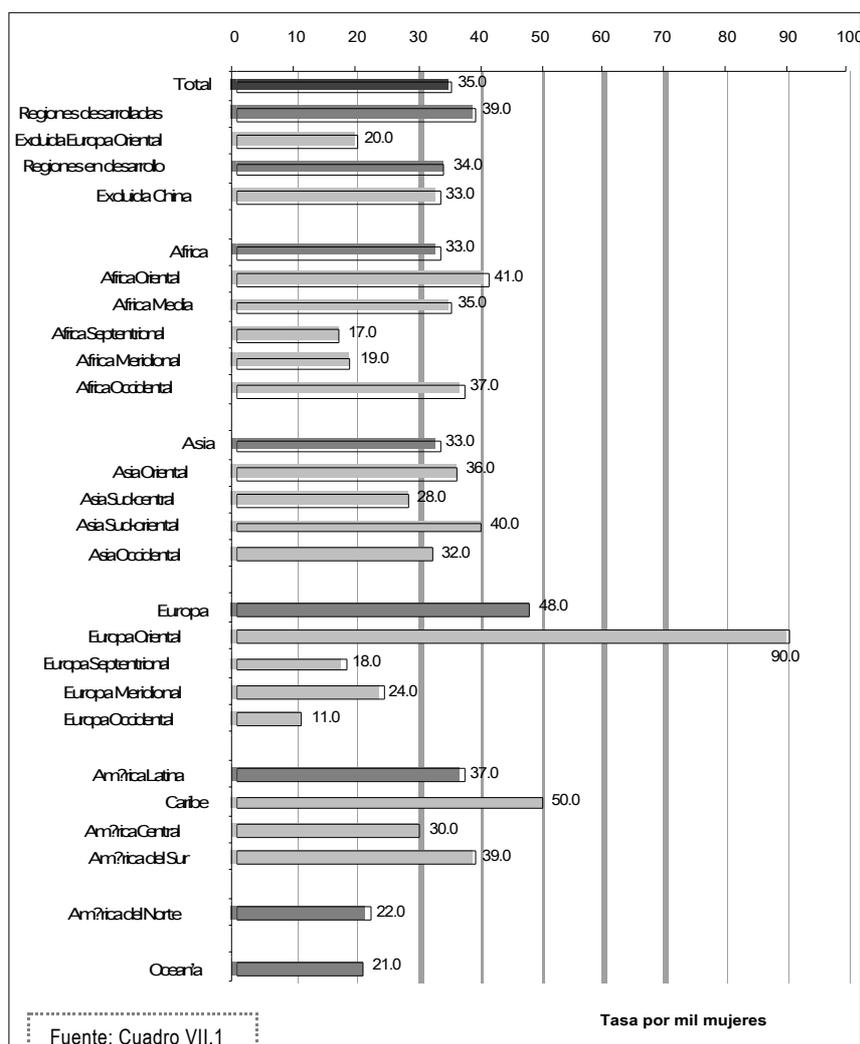
Fuente: HENSHAW S., SINGH S., HAAS T. (1999) "La incidencia del aborto a nivel mundial" *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, Número especial

INCIDENCIA DE ABORTO

Según estas estadísticas a nivel mundial, 35 de cada mil mujeres en edad fértil experimentó un aborto, en 1995 (Gráfico VII.1). La mayor tasa se observa en Europa Oriental que comprende los países de la antigua Unión Soviética en los que el aborto llegó a constituir el principal método de

control del tamaño de la familia. En estos países la tasa es tres veces el promedio mundial (90 por mil mujeres) seguida aunque de lejos por el Caribe que tiene una tasa de 50 por mil (en este caso tiene un peso importante Cuba). En estas condiciones, el continente europeo es el que presenta la mayor heterogeneidad interna pues además de la tasa más alta ya citada también tiene la menor tasa en Europa Occidental con 11 abortos por cada mil mujeres seguida de Europa Septentrional con 18 por mil^{boxvii}. La tasa de abortos en África, a pesar de las prohibiciones, es similar al promedio mundial (33 por mil) y lo mismo sucede en América Latina (37 por mil).

Gráfico VII.1 Tasas de aborto por regiones y subregiones del mundo. 1995



^{boxvii} Europa Occidental : Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Países Bajos y Suiza. Europa Septentrional: Dinamarca, Estonia, Finlandia, Irlanda Letonia, Lituania, Noruega, Reino Unido y Suecia. Europa Meridional: Albania, Bosnia y Herzegovina, Croacia, Eslovenia, España, Grecia, Italia y Portugal; Europa Oriental: Belarús, Bulgaria, Federación de Rusia, Hungría, Moldova, Polonia, República Checa, República Eslovaca, Rumania y Ucrania.

Dentro del contexto mundial en general y europeo en particular, España tiene una de las tasas más bajas (5.7 abortos por mil mujeres), similar a las de Irlanda (5.9), Países Bajos (6.5) y Bélgica (6.8). Puede ser un poco más alta si se acepta que adolece de problemas de registro^{lxviii}; pero aún admitiendo que este problema es grave y ajustando la tasa fuertemente siempre quedará clasificado como un país de bajo nivel de aborto (Gráfico VII.2).

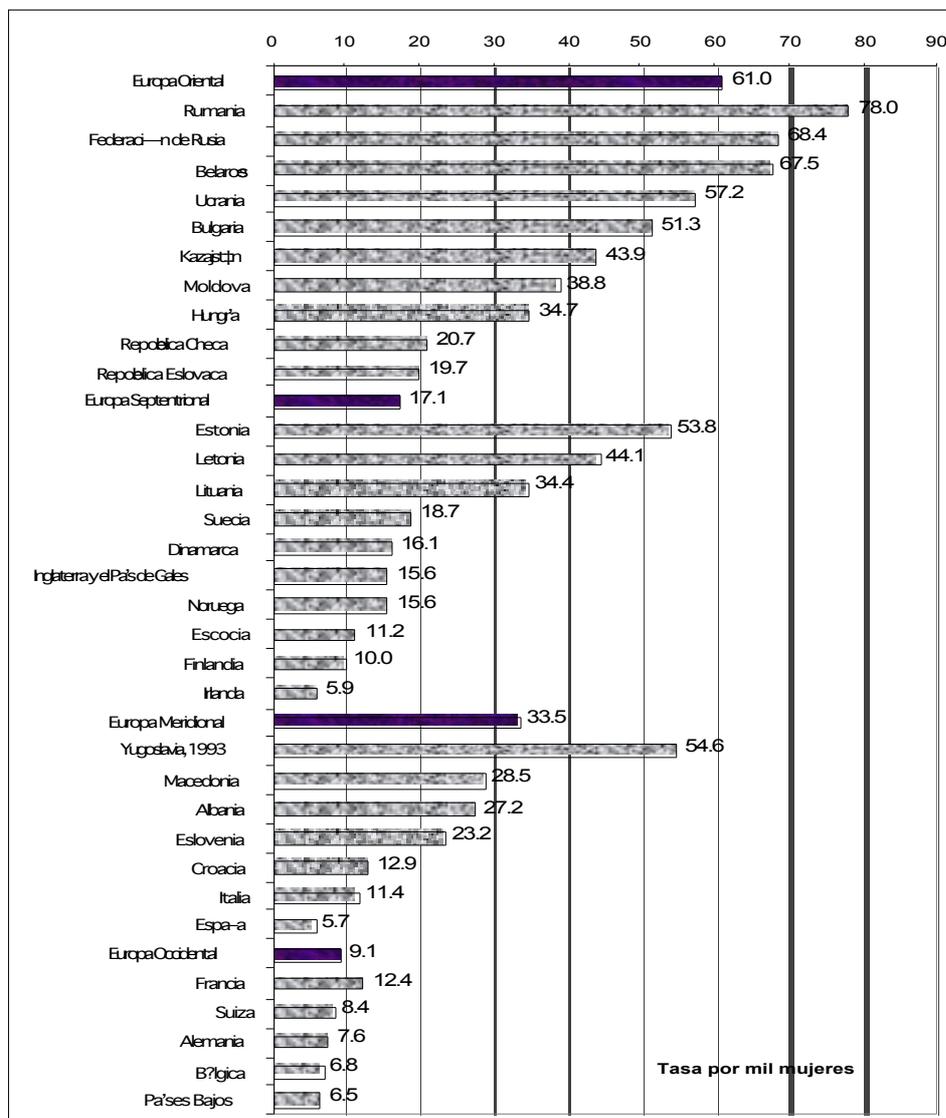
Los países de Europa Oriental y aquellos limítrofes que han tenido regímenes políticos similares presentan las tasas más altas en el mundo. Ante la escasez de métodos anticonceptivos y la mala calidad de los disponibles, el aborto se constituyó por mucho tiempo en un método de planificación familiar, manejado en variadas ocasiones por los gobiernos, como instrumento de política demográfica restringiéndolo cuando se quería impulsar la natalidad. Recientemente se ha difundido el uso de métodos anticonceptivos y hay mayor acceso a servicios de planificación familiar —entre otras razones por la presión del mercado farmacéutico—, por consiguiente se espera que la frecuencia de aborto disminuya. Algunos autores creen que no será fácil que esto suceda dado el largo tiempo durante el cual se usó, por lo que la población lo considera una alternativa eficaz y relativamente fácil para el control de los nacimientos. En el caso particular de Rusia se observó un descenso de cerca de 37% entre 1990 y 1995 (pasó de 100 abortos por mil mujeres de 15-49 años a 56 en 1996)³⁴¹ pero sigue teniendo las tasas más altas. También hay dudas sobre la calidad de la información tanto de aborto como de prevalencia anticonceptiva, pues no parece concordante, como se ha observado en la década del 90, que coexistan tasas altas en ambos casos; algunos estudios, basados en encuestas específicas realizadas en algunas ciudades rusas han corroborado los indicadores de aborto y anticoncepción y encuentran que ésta es alta (entre 69% y 78% sin incluir métodos como duchas u otros métodos folclóricos) con alta prevalencia de DIU (entre 28% y 35%) y relativamente baja demanda insatisfecha (entre 11% y 15%)^{lxix}. Por su parte, las tasas de aborto eran ligeramente mayores que las estimadas por otras fuentes para las áreas investigadas en la encuesta, con lo cual

^{lxviii} En el trabajo de Henshaw *et al.* se menciona que “España también presenta una tasa de aborto inferior a 10 por cada 1000 mujeres, aunque los datos son incompletos y la tasa subestimada”. En el artículo no se dan indicios de las causas ni de la magnitud del subregistro. Así Mismo Margarita Delgado dice acerca de los datos de aborto: “Se es conciente que las cifras de IVE están infraestimadas” [DELGADO (1999)]. Aventurando una cifra de 30 por ciento de subregistro, la tasa ajustada sería de 8,1 abortos por mil mujeres, que seguiría siendo muy baja. En este trabajo también se clasifica a Francia como de registros incompletos lo cual concuerda con lo consignado en el informe de resultados de la FFS-94, donde dice que “muchos abortos no son registrados a pesar de ser realizados en hospitales o clínicas autorizadas”. Según este informe el subregistro de aborto es de 25% (170000 registrados, 225000 estimados). [TOULEMON L., GUIBERT-LANTOINE C. 1998: 40].

^{lxix} Demanda insatisfecha: corresponde a la proporción de mujeres sexualmente activas, fecundas, no preñadas en el momento de la encuesta, no intentando una preñez, que no desean quedar preñadas y que no usan métodos de planificación familiar de reconocida eficacia (GOLDBERG, SHERWOOD, BODROVA . 1999)

se descartan los problemas de medición³⁴², se acepta que coexisten altas tasas y queda por ver por cuanto tiempo será así y las razones para que ello ocurra.

Gráfico VII.2 Tasas de aborto en países de Europa, por subregiones (mujeres de 15-44 años) 1995-1996



Fuente: : HENSHAW S., SINGH S., HAAS T. (1999) Número especial Cuadro 2. Los cálculos para las subregiones se realizaron para el presente trabajo mediante promedios ponderados con base en los datos de países

Por otra parte, investigadores como Karol Pastor piensan que es difícil disminuir la tasa de abortos mientras la legislación lo permita y la seguridad social asuma los costos. Considera que no sólo el acceso restringido a los métodos anticonceptivos es la razón para que se recurra ampliamente al aborto sino que el régimen político es un factor determinante. Observando las tendencias del aborto en

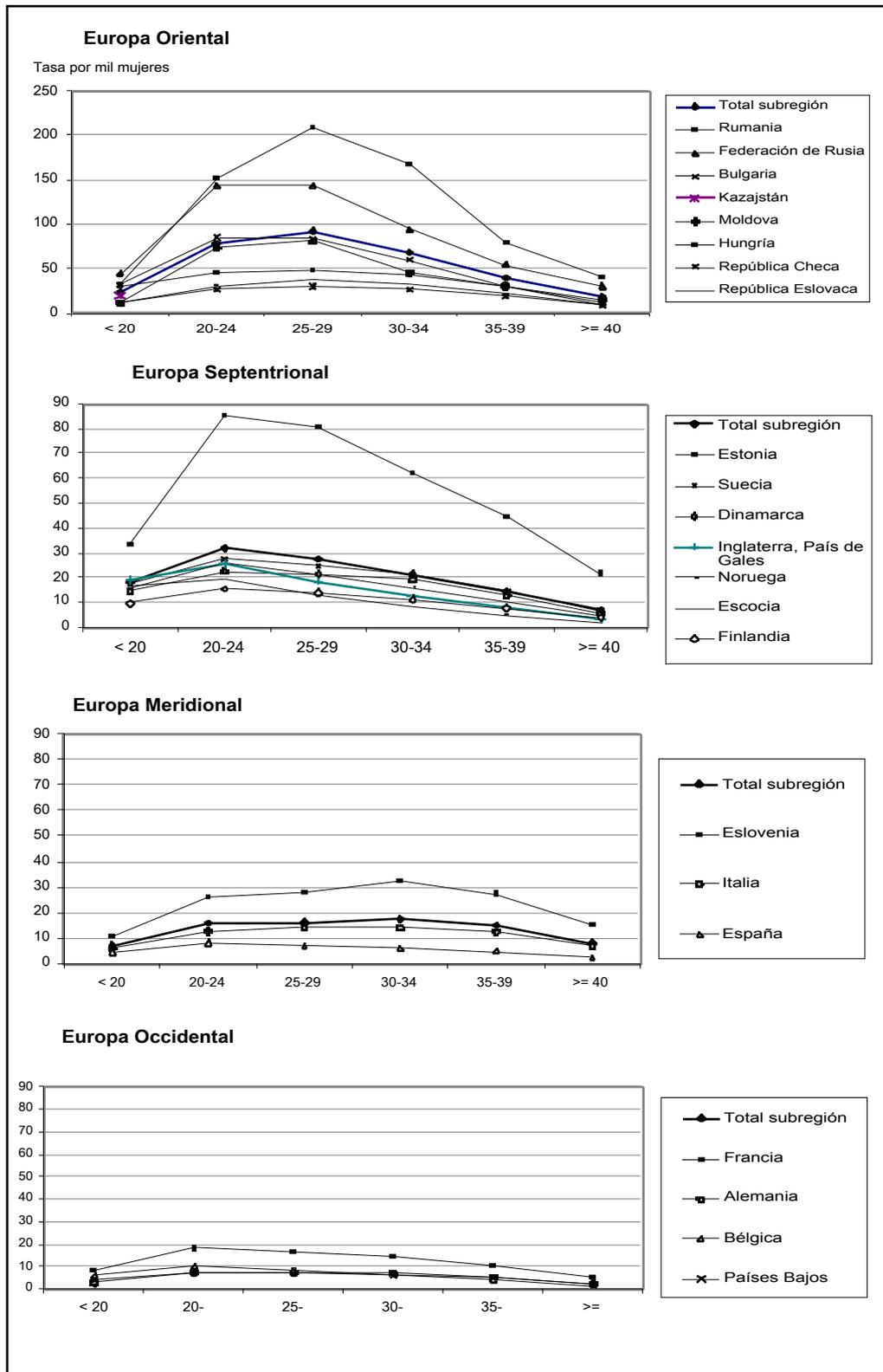
los países de Europa del Este, resalta que cuando ha habido restricciones legales al aborto, el número de abortos inducidos (legales e ilegales) desciende “porque se incrementan los costos” y cambia el comportamiento reproductivo. La liberalización disminuye los costos, particularmente en ausencia de otras autoridades morales. El autor concluye que los anticonceptivos no son suficientes para disminuir el número de abortos, que el acceso al aborto es la principal razón por la cual la demanda de anticonceptivos es baja, que la prevalencia de anticoncepción no puede servir como indicador de salud reproductiva en estos países y que en orden a cambiar el número de abortos es necesario incrementar sus costos relativos³⁴³.

INCIDENCIA DE ABORTO POR EDAD

Las dificultades para estimar el número total de abortos de una población o región se multiplican cuando se intenta hacerlo por edad. A los problemas de integridad de las cifras se suman los problemas de la declaración de la edad; además, el cálculo de las tasas se enfrenta a las deficiencias implícitas de las estimaciones de población. Tampoco ha sido satisfactorio el resultado de la medición de aborto a partir de encuestas, con frecuencia quedan subenumerados y los sesgos no afectan con la misma intensidad a todas las edades, posiblemente afecta más a las mujeres mayores, bien sea por problemas de memoria o bien porque ellas vivieron épocas de mayor oposición al aborto, lo cual las lleva a ocultar los hechos. Pese a ello, los resultados son reveladores y permiten sacar algunas conclusiones.

El momento en que ocurre un aborto en la vida de la mujer está asociado con muchos factores. Por ejemplo, que quiera postergar el inicio de la maternidad, espaciar los nacimientos, limitar el tamaño de la familia, razones que se asocian con la maternidad responsable. Pero también con las condiciones personales, como no tener pareja estable o que la pareja rechaza el hijo por nacer y que ella no quiere afrontar sola esa responsabilidad. Otras que son menos frecuentes dependen de las condiciones del hijo, es decir el riesgo de que nazca con problemas de salud o que el embarazo y el parto sean de alto riesgo para ella.

Gráfico VII.3 Tasas de aborto por edad para los países de Europa por subregiones. 1995-1996



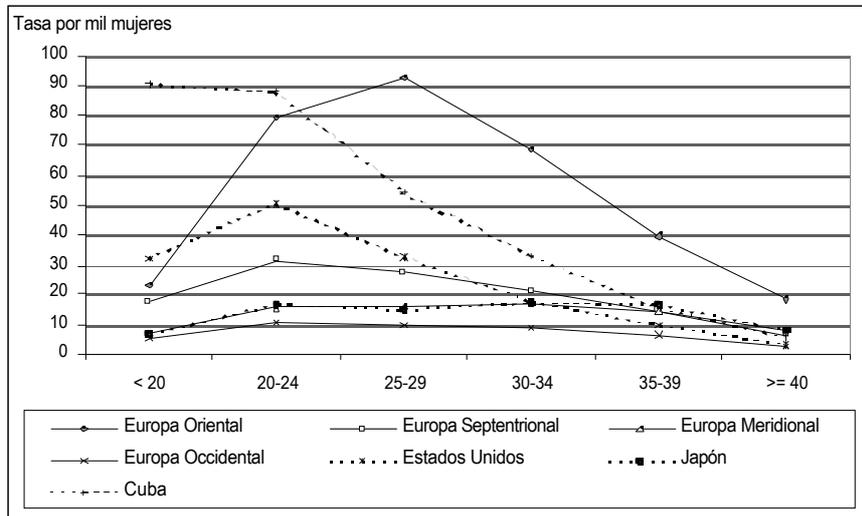
Fuente: BANKOLE A., SINGH S., HAAS T. (1999) "Characteristics of Women who Obtain Induced Abortion: A Worldwide Review" International Family Planning Perspectives Vol. 25 Nº 2 Table 2.

Todos los problemas mencionados se reflejan en la edad en que ocurre el aborto. En edades jóvenes se asociará con falta de pareja estable, dificultades socioeconómicas, rechazo social, y serán más frecuentes en mujeres que no han tenido hijos. En las edades intermedias y finales del período fértil indicarán principalmente deseo de espaciar nacimientos o de no tener más hijos. Las tasas más o menos elevadas en cada uno de estos tramos de edad indicará las necesidades de la población en materia de anticoncepción eficiente. La información para este apartado proviene del trabajo con datos de 56 países de Akinrinola Bankole, Sushela Singh y Taylor Haas sobre las características de las mujeres que optan por un aborto³⁴⁴. En el Gráfico VII.3 se presentan las tasas por edad para los países de Europa agrupados desde el punto de vista geográfico.

Se observa, también en estos indicadores la mayor frecuencia de aborto de los países de Europa Central y Oriental. Exceptuando el primer grupo de edad, las tasas más altas se presentan en Rumania, por ejemplo en las mujeres de 25-29 años, 209 por mil experimentaron anualmente un aborto en el período 1990-93 y las de 20-24 años una tasa de 153 por mil mujeres. Le siguen en dimensión las de la Federación de Rusia. En todos estos países las mayores tasas están en los grupos centrales del período fértil, lo cual indica que se recurría al aborto para espaciamiento y limitación del tamaño de familia. En las otras subregiones destacan Estonia y Eslovenia, aunque con tasas menores que las mencionadas. Para los países nórdicos se observa que las tasas van de 15 por mil en adolescentes a 30 por mil en los grupos centrales y luego caen a 6 por mil en los últimos grupos de edad. En los de Europa meridional las tasas de adolescentes son menores a 10 por mil mujeres, en las edades centrales están alrededor de 18 por mil y al final del período fértil vuelven a estar por debajo de 10 por mil. En los países de Europa occidental las tasas son aún más bajas.

Para dar una idea más general de las regiones se han calculado las tasas promedio con base en los datos de los países (Gráfico VII.4) para los que se dispone información. Como referencia y comparación con otras regiones del mundo se presentan los datos de Estados Unidos y Cuba. Destacan las altísimas tasas de adolescentes y mujeres jóvenes en Cuba, país que describe un patrón por edad prácticamente único. Japón y Europa Meridional tienen un comportamiento muy similar con las tasas más bajas. Estados Unidos también tiene tasas altas en adolescentes y mujeres jóvenes con un patrón similar al de Europa Septentrional. Las tasas descienden después de los 25 años y al final del período fértil ocurren menos de diez abortos por cada mil mujeres excepto en Europa Oriental que se sitúa en 20 por mil.

Gráfico VII.4 Tasa promedio por edad para las subregiones de Europa y países de referencia. 1995-1996

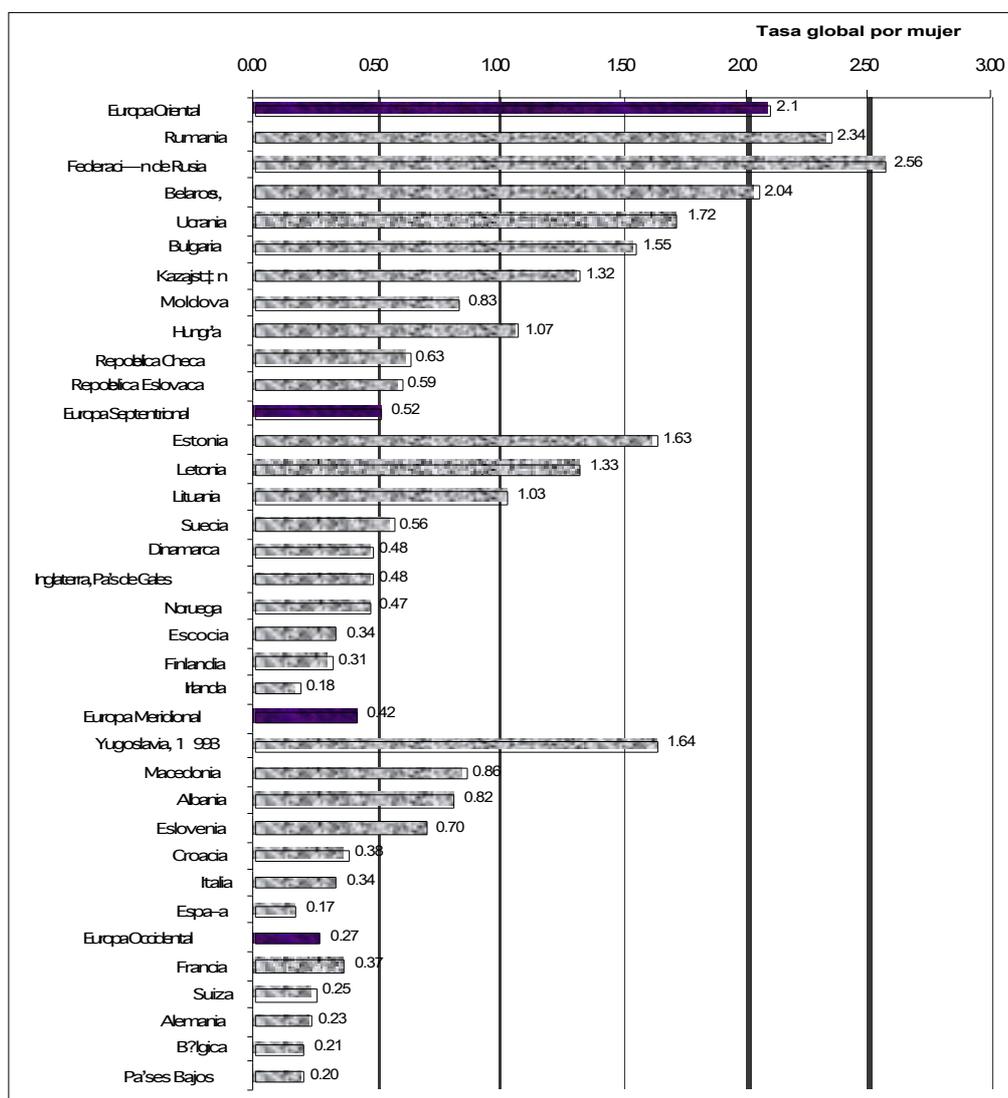


Fuente: BANKOLE A., SINGH S., HAAS T. (1999) Table 2.

ÍNDICE SINTÉTICO DE ABORTO (ISA)

Para el conjunto de países de los que se dispone información relativamente confiable se encuentra que cada mujer habrá tenido en promedio 0.65 abortos al final de su período reproductivo si durante su vida va a estar sometida a las tasas por edad que regían en 1995. El promedio mundial será menor que esta cifra, porque en este cálculo no participan países que están lejos de tener una tasa de abortos del nivel observado en la Europa Oriental. Esta tasa, al igual que los otros indicadores de aborto, presenta un rango amplio de variación, desde 0.17 abortos por mujer en España, a 2.56 abortos por mujer en la Federación de Rusia. En otras palabras, al final de su vida reproductiva las mujeres españolas habrán dejado de tener en promedio 0.17 hijos mediante el aborto mientras que las mujeres rusas habrán dejado de tener 2.56 hijos. La mayoría de los países de Europa se sitúan por debajo de los 0.5 con nivel similar a Canadá (0.49 abortos por mujer) y Japón (0.40) en tanto que Estados Unidos tiene una índice de 0.69, China 0.78 y Turquía 0.75.

Gráfico VII.5 Número promedio de abortos por mujer al final del período reproductivo. Países de Europa, por subregiones, 1995-1996



Fuente: HENSHAW S., SINGH S., HAAS T. (1999 Cuadro 2. [Los cálculos para las subregiones se realizaron para el presente trabajo mediante promedios ponderados con base en los datos de países].

En el Gráfico VII.5 se presentan las tasas totales de aborto (TAR) para los países de Europa por subregiones. Para el continente europeo la tasa se sitúa en un aborto por mujer. Se observan las altas tasas descritas para los países de Europa Oriental (2.1) seguidos con mucha diferencia por los de Europa Septentrional (0.52), Europa Meridional (0.42) y Europa Occidental (0.27). En cada una de las subregiones se destacan las altas tasas de los países que pertenecieron a la Unión Soviética o con regímenes similares.

VII.2 NIVELES Y TENDENCIAS DEL ABORTO EN ESPAÑA

De los datos anteriores se puede resumir que España tiene un bajo nivel de aborto dentro del contexto internacional, aún suponiendo que a la información disponible se le hacen los ajustes por problemas de cobertura del registro. El patrón por edad muestra que la tasa de adolescentes es baja (4.5 por mil) se duplica en 20-24 años para luego bajar paulatinamente hasta llegar a un mínimo de 2.4 por mil en las mujeres mayores de 40 años. La medida resumen que es la tasa total de aborto indica que al final del período fértil las españolas habrán tenido en promedio 0.16 abortos.

En el presente apartado se analizarán las posibles razones del subregistro y su magnitud, los niveles y la tendencia observada desde la despenalización del aborto, los cambios en el patrón por edad, el comportamiento por cohortes.

RAZONES DEL SUBREGISTRO Y SU MAGNITUD

Como se mencionó anteriormente diferentes autores que analizan el nivel de aborto en España coinciden en que la cobertura del registro no es completa pero ninguno presenta mediciones recientes de la misma. Se dispone de un estudio realizado por la Subdirección General de Epidemiología del Ministerio de Sanidad y Consumo³⁴⁵ con base en datos de 1990, esto es a cinco años de la despenalización, a cuatro de la reglamentación de los servicios y de la notificación obligatoria y siendo el cuarto año de estadísticas al respecto en España. Se estimó que en 1990 se habrían dejado de registrar cerca de 18500 abortos en España, una subnotificación de 33 por ciento, es decir que no se notificaba una de cada tres interrupciones voluntarias de embarazo. Mediante análisis factorial y de conglomerados, se construyeron cinco grupos homogéneos de comunidades autónomas en cuanto a características sociodemográficas, económicas y culturales, de práctica anticonceptiva, disponibilidad de servicios sanitarios, fecundidad y salud materno-infantil. Se partió de la hipótesis que si eran homogéneos en estas características también lo serían en cuanto al nivel de aborto y con base en esta hipótesis se asumió que todas las comunidades autónomas del conglomerado debían tener la misma tasa de aborto y ésta correspondía a la más alta registrada. A partir de esta tasa se calculó cuántos serían los abortos esperados en cada comunidad autónoma. Canarias, Asturias, Madrid, la Rioja y Baleares no tendrían subregistro (tienen la tasa más alta del conglomerado, que se

da por correcta) y en el otro extremo estarían Navarra y Andalucía donde no se notifican siete de cada diez abortos, seguidas de Extremadura, Cataluña, y el País Vasco donde la mitad no son notificados. En números absolutos la mayor subnotificación (cerca de 6000 casos) se presentaría en Cataluña. El número total de abortos estimados, 55.577, sugiere una tasa de 6.5 abortos por mil mujeres de 15-44 años en 1990 y no 4.3 como indica el registro.

Otros países europeos, entre los que se encuentran Francia e Italia, que tienen legislaciones más amplias que España y donde el aborto es cubierto por sistemas de seguridad social también son catalogados como de registros incompletos. En el caso particular de Francia, Chantal Blayo³⁴⁶ encuentra que la ausencia de declaración resulta de una negligencia o de una voluntad deliberada de no declarar los abortos practicados. Esta afirmación se basa en los resultados de un estudio realizado por el Servicio de Estudios Estadísticos y de Sistemas de Información del Ministerio de Asunto Sociales (SESI) que identificó casos de abortos practicados en instituciones y dentro de las normas legales pero que no fueron registrados. El estudio SESI comparó, para el período 1986-1992 el número de boletines IVE reportados por los establecimientos y el número de IVE que realizan, deducido de encuestas hospitalarias sobre la actividad de los establecimientos. Este cotejo permitió "recuperar" los abortos no declarados por negligencia, que se estima representan entre 11 y 14% según los años. Sin embargo, la tasa de no cobertura puede ser mayor porque este procedimiento no permite estimar el número de abortos clasificados por los establecimientos dentro de una categoría de acto quirúrgico ni hacerles el seguimiento estadístico. El trabajo de Blayo recurre a otras fuentes de información como son los reembolsos que por este concepto se hacen a través de la Seguridad Social. En el ejercicio de 1992, del Régimen General de Seguridad Social fueron hechos 190.843 reembolsos de IVE. Aumentando a esta cifra el número de IVE de mujeres afiliadas a regímenes especiales, se obtienen 198.617 IVE reembolsados en 1992, cifra comparable a la estimada para 1991 y 1992 después de la "recuperación". Esta cifra, comparada con la registrada (167.458) indica una cobertura de 84.3%, es decir por cada cien IVE realizadas en Francia dejan de registrarse 16. La tasa de cobertura es más elevada en el sector público que en el privado, la proporción de abortos practicados en los establecimientos públicos disminuye después que se han hecho las correcciones (según el registro 67% eran del sector público y 33% del privado; después de la "recuperación" fue 61 contra 39 y teniendo en cuenta las otras fuentes de información para los ajustes, fue 52% del sector público, 48% del privado)³⁴⁷. La evaluación global del subregistro por distintas fuentes indica que en 5 de cada cien abortos practicados dentro de los hospitales públicos y en la mitad de los

practicados en las clínicas privadas no tendrá lugar el llenado de un boletín. Sin embargo, la subdeclaración no es diferencial por características de las mujeres, por consiguiente la información estadística da una imagen representativa de las mujeres que abortan^{lxxx}.

En un reciente artículo sobre la situación del aborto en Francia, Catherine Lagarde menciona varios problemas que afectan el acceso de las mujeres a estos servicios; aunque la autora no relaciona estos hechos con la calidad del registro, no se puede descartar que den origen a subregistro. Uno de los problemas es la exigencia de la autorización paterna cuando se trata de menores de edad, otro es la obligación de residir durante tres meses antes de poder acceder a una IVE, lo cual plantea un gran problema en los casos de las refugiadas particularmente. Un tercer problema es la insuficiencia del plazo de 12 semanas; numerosas mujeres se encuentran en situación de haber superado el plazo por diversas razones como falsas menstruaciones, diagnósticos equivocados, períodos de espera demasiado largos por falta de disponibilidad de los recursos sanitarios. Ella calcula que cerca de cinco mil francesas viajan anualmente a países que tienen legislaciones más progresistas —principalmente Inglaterra, Holanda, y recientemente Cataluña— para obtener la intervención que requieren. La disponibilidad de servicios puede ir a peor por la falta de personal de salud que releve a los que actualmente dan esta asistencia y la razón es la falta de incentivos y respaldo por parte de las instituciones de salud³⁴⁸.

En el caso de España no se dispone de un estudio reciente para la medición del subregistro. Podría ser ligeramente superior al estimado para Francia dado que en España la legislación es más restrictiva, lo cual favorece que abortos que no se acomoden a ninguno de los supuestos sean practicados en la clandestinidad, se reporten como abortos espontáneos o no se elabore el boletín con la información. De otro lado, el subsidio por parte de la seguridad social depende de cada comunidad autónoma, es decir, en algunas no existe ningún tipo subvención por lo que aquellas personas que no

^{lxxx} El estudio sugiere que los niveles de aborto deben analizarse con cuidado dada la calidad diferencial del registro durante esos años: (1) Una parte del aumento de abortos declarado entre 1976 y 1981 será un mejoramiento del registro, otra parte del aumento se deberá a la evolución de la estructura por edad de la población femenina. El número medio de abortos por mujer quedará así estable durante este período mientras que el número de abortos irá ligeramente en aumento (de 250000 a 265000). (2) Los signos de mejoría del registro se incrementan desde 1983. El descenso de los abortos declarados de 1983 a 1987 corresponde a un real descenso del número de abortos practicados y la mejora el registro estará enmascarada, entre 1981 y 1983 debido a esta baja. (3) De 1987 a 1991 la tendencia a un ligero aumento del número de abortos declarados parece deberse de nuevo a una pequeña mejoría del registro. El número real será estable durante este período y ligeramente bajo después. Se contarán ahora un poco menos de 230000 abortos por año (4) En resumen, hay un período de disminución sensible del número medio anual de abortos por mujer que pasará de 0.67 a 0.54 de 1981 a 1988, encuadrado en dos períodos de estabilidad de este índice, de 1976 a 1981 (0.67) y de 1988 a 1993 (0.53). El nivel de este índice en 1993 (0.53 abortos por mujer) ubica a Francia dentro de una posición media en Europa con respecto a este fenómeno [BLAYO C. 1995, pag. 783].

pueden cubrir los costos podrían recurrir a instituciones o personas no autorizadas y por consiguiente en condiciones de clandestinidad. Sin embargo, en opinión de profesionales cercanos a la prestación de estos servicios³⁴⁹, es muy difícil que en España ocurran abortos clandestinos aún en comunidades donde el rechazo social es más fuerte, donde con mayor frecuencia el personal de salud ha hecho objeción de conciencia y por supuesto la disponibilidad del servicio es mínima; lo que puede ocurrir es que las mujeres se desplacen a otras comunidades buscando la atención de salud, caso en el cual el aborto quedará registrado en otra comunidad (debe aclararse que esto es posible si la persona declara como lugar de residencia el municipio donde tiene lugar el aborto). En este nuevo “turismo abortivo” el problema es que se subestima la frecuencia de aborto de una comunidad y se sobrestima la de otra, pero se contabiliza dentro del conjunto de España.

Los profesionales consultados tampoco encuentran razón para que en una institución se deje de llenar el formulario, porque, si bien la ley es restrictiva, lo es para todos los abortos, es decir, siempre se está en el filo de la norma, siempre sujeta a interpretaciones, entonces no encuentra cuál puede ser la razón para que algunos casos pasen ese límite y definitivamente no se ajusten a las disposiciones legales. Aceptando situaciones extremas, la única posibilidad de practicar un aborto y no registrarlo es considerándolo como un aborto en curso, para el cual no es obligatoria la notificación. Ante la pregunta de si estos casos pueden afectar más a algunas edades o que se asocie a ciertas características de las mujeres, tampoco se encuentra algún rasgo a mencionar. Por ejemplo, la ley no es explícita en cuanto al procedimiento a seguir en menores de edad y muchas clínicas piden a las adolescentes que estén acompañadas por alguno de los padres en el momento de la intervención; la primera reacción es de angustia y rechazo pero en la mayoría de los casos las adolescentes encuentran el apoyo de sus padres en la decisión. La adolescente puede recurrir a otra clínica que no le ponga esta restricción pero definitivamente no se ve la razón para que no se realice el registro.

EL NÚMERO DE ABORTOS DESDE LA DESPENALIZACIÓN

Como se ha mencionado, antes de la despenalización del aborto en España, la mujeres que requerían de un aborto viajaban a otros países, principalmente al Reino Unido donde, ya en 1970 se registraron 100 abortos a españolas; la cifra máxima se observó en 1983 cuando se registraron 22002 abortos. A partir de este año comienza a descender y coincide con el inicio del debate sobre la despenalización, lo cual demuestra que numerosos abortos ya se estaban realizando dentro de España. Para 1985,

año en que se aprobó la ley no se dispone de información estadística acerca de lo que pasaba en España porque las normas sobre notificación obligatoria e información estadística se dictaron en 1986; para ese año se notificaron 17.688 abortos en el Reino Unido. Para el año 1987^{lxxxii}, del que se disponen estadísticas para todo el año en España, se registraron 16.766 abortos, que sumado a los abortos de españolas ocurridos en el Reino Unido, se llega a 22.644 abortos de españolas lo cual equivale a una tasa registrada de 2.7 abortos por mil mujeres, que evidentemente dista de la tasa para una población real. Debe recordarse que durante el debate se ventilaban cifras entre 100000 y 300000 abortos anuales a españolas lo cual equivaldría a una tasa de 12 a 36 abortos por mil mujeres.

Cuadro VII.2 Sub-notificación del aborto y estimaciones de los abortos ocurridos en España, según diferentes autores.

Fuente	Periodo	Número de abortos notificados o estimados	Sub-notificación	Observaciones
Gascó-Cano M. (1990) ³⁵⁰	1989	30.518 notificados (más 4.246 de Cataluña) 100.000 estimados	Notificados 30.518; subregistro de 69%. Con los datos de Cataluña el subregistro sería de 65%)	A los 30518 deben agregarse 4246 interrupciones practicadas en Cataluña, comunidad que utilizaba un boletín distinto.
Tietze, C. ³⁵¹	1989	30.518 notificados 63.900 estimados	subregistro de 52%	
Rodríguez C., Sendra J. Regidor E. y otros (1994) ³⁵²	1990	37.114 notificados 55.577 estimados	En 1990 no se declararon unos 18.643 abortos, subregistro de 33%	
Peiró R., Colomer C. Ashton J., Álvarez C. (1994) ³⁵³	1974 - 88	195.923 En Inglaterra y Gales		
Aracil E., De la Mata I. (s.f.) ³⁵⁴	1987-92		No menciona subregistro	Destaca el aumento de 16.766 casos en 1987 a 44.962 en 1992
Aracil E., (1998) ³⁵⁵	1974 - 85	Se estima que 400.000 ocurrieron en España y 191.000 fuera de España		1987-1994 se triplicó el número por disminución del aborto en extranjero y por disminución del aborto ilegal.
Aracil E., García L., De la Mata I. (1998) ³⁵⁶	1994		30% estimado para 1990 por Rodríguez et al.	16766 casos en 1987 a 47.832 en 1994 11% en 1994 y 17% en 1996 de aborto en Madrid es de inmigrantes de Europa del Este, África y Suramérica
Mompert A., Pérez G. (1998) ³⁵⁷	1987 - 93		Cataluña. Mencionan que existe subregistro pero no lo cuantifican.	Las IVE aumentan desde su despenalización
Delgado M. (1999) ³⁵⁸	1987-95		No descarta la hipótesis de que exista sub-notificación	{La publicación en la REIS no ofrece cifra absoluta alguna. Sólo tasas y proporciones}

En el cuadro VII.2 se presenta un recuento de estimaciones y análisis que diferentes autores hacen del aborto durante los años previos a la despenalización o durante la misma, así como de la diferencia con los abortos notificados desde 1987, lo cual permite tener un dato aproximado de la posible subnotificación o subregistro. En el cuadro se observa que para 1989 Mercé Gascó Cano, entonces

^{lxxxii} La Orden del MSC que disponía la obligatoriedad de la notificación se dictó en junio de 1986.

presidenta la Federación de Planificación Familiar de España sostenía que con base en la experiencia de otros países y dadas las características de fecundidad y anticoncepción de la población española se realizaron cerca de 100.000 abortos a españolas, dentro o fuera de las fronteras, cifra que comparada con lo notificado ese año indicaría un subregistro de cerca de 70 por ciento. Si se toman como referencia los 63.900 abortos estimados con base en una encuesta a proveedores para 1989, citada en el Informe Mundial sobre el Aborto de Christopher Tietze,³⁵⁹ el subregistro para ese año sería menor pero muy importante, alrededor de 52%. Rodríguez y co-investigadores³⁶⁰ en un trabajo de la Subdirección General de Epidemiología del Ministerio de Sanidad y Consumo, estiman que para 1990 podrían haber ocurrido 55.577 abortos en España, 18.000 más que los notificados, es decir que uno de cada tres abortos no se notificó. Encarnación Aracil en varios trabajos sobre el aborto aborda la cuestión de los realizados fuera de España y del aumento del aborto después de la despenalización; según lo que ella ha podido establecer, para el período 1974-85 algunas estimaciones daban cerca de 50.000 abortos anuales realizados dentro o fuera de España. Posterior a este período la autora destaca el aumento del aborto registrado en España por disminución de los abortos en el extranjero y por disminución de los abortos ilegales. En otro trabajo recoge la estimación del subregistro realizada por Rodríguez (1994), destaca el aumento de los casos y el incremento en la comunidad de Madrid de los abortos realizados a extranjeras en situación irregular, información que obtiene de otras fuentes, diferentes al registro del Ministerio de Sanidad y Consumo. Mompart y Pérez en un trabajo realizado para Cataluña (1987-1993) mencionan que su estudio no contempla todos los abortos pues no se dispone de datos de "los realizados en otros países, los que incumplen la legislación y los no notificados a pesar de realizarse dentro de los supuestos legales"³⁶¹ pero no señalan una aproximación a la magnitud del problema.

En la bibliografía revisada se encuentra que en los años cercanos a la despenalización había un interés por saber cuál era el número de abortos y cuál la integridad del registro, pero al parecer este interés se desvaneció y se fueron aceptando sin mayores reservas las cifras dadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Con mucha frecuencia se dice que el aborto ha aumentado cuando lo que ha aumentado es el número de casos notificados y se sabe poco de la tendencia del aborto. En un trabajo reciente, realizado por Margarita Delgado³⁶² y publicado en la revista REIS en 1999, cuyo objetivo era justamente analizar la evolución de la influencia del aborto en las tasas de embarazo desde la despenalización, no se descarta que exista subnotificación. Sin embargo, dado que es un trabajo específico para medir cambios no sólo para el conjunto de España sino por Comunidades

Autónomas, este recaudo metodológico parece insuficiente, por una parte, por el eventual subregistro actual y por otra, por la diferente magnitud del mismo a través del período de análisis y por comunidades.

Cuadro VII.3 Abortos registrados y estimados, tendencia de las tasas y razones. España 1975-1999

		Mujeres	Nacimientos	Nº abortos registrados en:			Nº abortos estimados	Tasas (por mil mujeres)		Razón abortos/ nac.vivos	
				España	Reino Unido	Total Esp+UK		Registradas	Estimadas	Registradas	Estimadas
(1)	(a)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
1974-85	(a)	7693542	6276738		174992		591000		6,40		0,09416
1986		8304241	438750		11395						
1987		8313481	426782	16766	5878	22644		2,02		0,03928	
1988		8409215	418919	26069	3118	29187		3,10		0,06223	
1989	(b)	8504949	408434	30552	2002	32554	63900	3,59	7,51	0,07480	0,15645
1990		8600683	401425	37231	886	38117	55577	4,33	6,46	0,09275	0,13845
1991		8670288	395989	41910				4,83		0,10584	
1992		8749277	396747	44962				5,14		0,11333	
1993		8819538	385786	45503				5,16		0,11795	
1994		8878758	370148	47832				5,39		0,12922	
1995		8923446	363469	49367				5,53		0,13582	
1996		8956731	362626	51002				5,69		0,14065	
1997		8980919	369035	49578				5,52		0,13434	
1998		9002093	365193	53847				5,98		0,14745	
1999		9027956	377809	58399				6,47		0,15457	
2000		8941556	395756								

(a): Mujeres: promedio del período

(b): la col.(4) no incluye 4246 abortos registrados en Cataluña. Si los incluyera, la tasa registrada sería 4,09 y si incluyera los del Reino Unido llegaría a 4,33 abortos por mil mujeres

Fuente: i) datos Reino Unido => del English Office of Population Censuses and Surveys (OPCS) *Abortion Statistics* AB nº 1-15 citados en IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) y PEIRÓ R., COLOMER C., ASHTON J., ÁLVAREZ-DARDET (1994).

ii) Datos de España => Ministerio de Sanidad y Consumo http://www.msc.es/salud/epidemiología/ies/tablas_figuras.htm Estimaciones de los autores citados en el Cuadro 6.5

iii) Datos de nacimientos y población => INE "Evolución de la Población Española en el período 1961.1978. Madrid pag. 73-81 y página web del INE para los datos de población de la última década www.ine.es

En el cuadro VII.3 se presentan los datos de abortos registrados y los estimados por algunos de los autores citados, así como las tasas resultantes y la razón de abortos por nacidos vivos. En el Gráfico VII.6 se muestran las tasas que tradicionalmente se manejan para España y que se basan únicamente en las cifras del Ministerio de Sanidad y Consumo (Cuadro VII.3, col. 4) así como las tasas derivadas de las estimaciones de abortos mencionadas. Se observa que antes de 1994 las tasas son demasiado bajas para una población real; si se quiere analizar la evolución del aborto es recomendable tomar en cuenta estimaciones de lo no notificado y lo ocurrido fuera de sus fronteras. Evidentemente las conclusiones son diferentes, es decir, si se acepta que el nivel del aborto durante los años de la despenalización y hasta 1990 es de cerca de 6 abortos por mil mujeres como

mencionan por separado Rodríguez, Aracil y Tietze, se concluye que el aborto ha permanecido relativamente constante y que el aumento de las tasas registradas entre 1987 y 1999 obedece a mejoras del registro. En todo caso, no se puede afirmar que el aborto haya aumentado. Este resultado podría ser una respuesta que refuta la debatida hipótesis de que si el aborto se despenaliza, aumenta incontrolablemente, hipótesis que seguramente se ha originado en una interpretación errónea de la calidad de la fuente estadística. En los últimos años hay un incremento que puede ser real pero también puede ser efecto de la estimación del denominador, el cual no está contemplando la inmigración femenina en edad fértil mientras que el registro de abortos sí contabiliza aquellos que provienen de esta población^{lxxxii} que como ya se ha dicho están representando una cuota importante en los datos de algunas comunidades. De seguir la tendencia, en el año 2000 habrían ocurrido cerca de 62.000 abortos.

Las fuentes consultadas hasta ahora —basadas en registros continuos— indican que en España el nivel de aborto es bajo, comparado con los países de Europa Occidental y en general dentro del contexto internacional, y suele pensarse que hay un problema en la declaración. También se ha observado que aún considerando un factor de ajuste por subregistro, las tasas siguen siendo bajas. Una fuente alternativa a los registros son las encuestas, las cuales refuerzan el resultado de un bajo nivel de aborto en España. En un estudio³⁶³ sobre infertilidad y subfecundidad mediante encuestas realizado en cinco países^{lxxxiii} por médicos de los departamentos de Epidemiología de dos universidades (una de Estados Unidos y otra de Dinamarca) se observa que las mujeres españolas tienen el menor nivel de aborto del conjunto de mujeres encuestadas. Mientras que 31 de cada cien mujeres danesas, 20 de cada cien alemanas, 13 de cada cien polacas e italianas encuestadas habían tenido un aborto alguna vez, las españolas solo llegaban al dos por ciento. En cuanto al aborto espontáneo revelan nivel similar al del resto del estudio (16% en las españolas, 15% en el promedio) de manera que no parece haber “traslado” o “enmascaramiento” de la información.

^{lxxxii} De hecho la tasa estimada para el presente trabajo difiere de la publicada por el MSC y la explicación reside en el denominador. El número de mujeres de 15-44 que aparece en el Cuadro 6.5 es el más reciente del INE consultado en la página web el 2001-09-20. La publicación del MSC aunque utiliza cifras del INE, éstas parecen ser anteriores y producen tasas más altas, como se observa en cuadro adjunto.

Año	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Nº abortos	41910	44962	45503	47832	49367	51002	49578	53847	58399
Mujeres 15-44	8672444	8808918	8841272	8889482	8935113	8970760	8984456	8978174	8959865
Tasa	4,83	5,10	5,15	5,38	5,53	5,69	5,52	6,00	6,52

^{lxxxiii} Dinamarca, Alemania, Italia, Polonia y España

Gráfico VII.6 Tasas de aborto según el registro en España y lo estimado por diferentes autores. 1987-1999

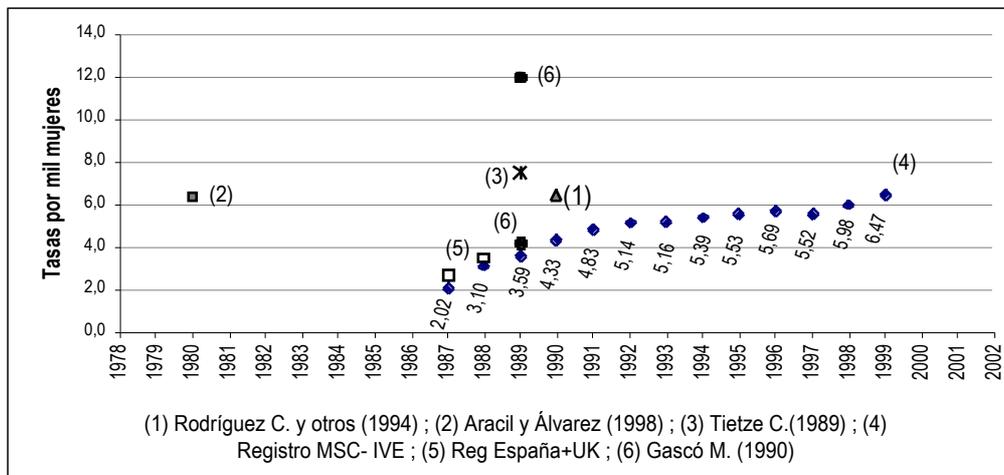
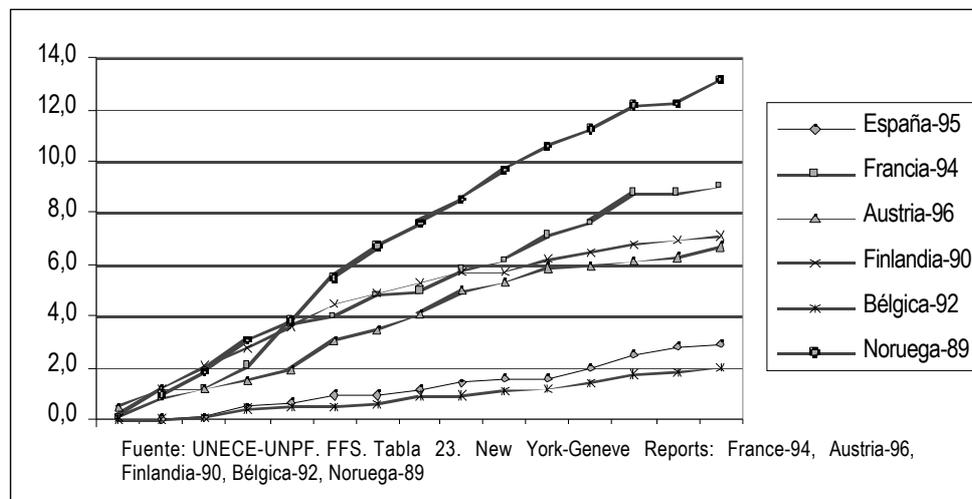


Gráfico VII.7 Porcentaje acumulado de mujeres de 30-34 años que han tenido un primer aborto inducido en países seleccionados según la encuesta FFS

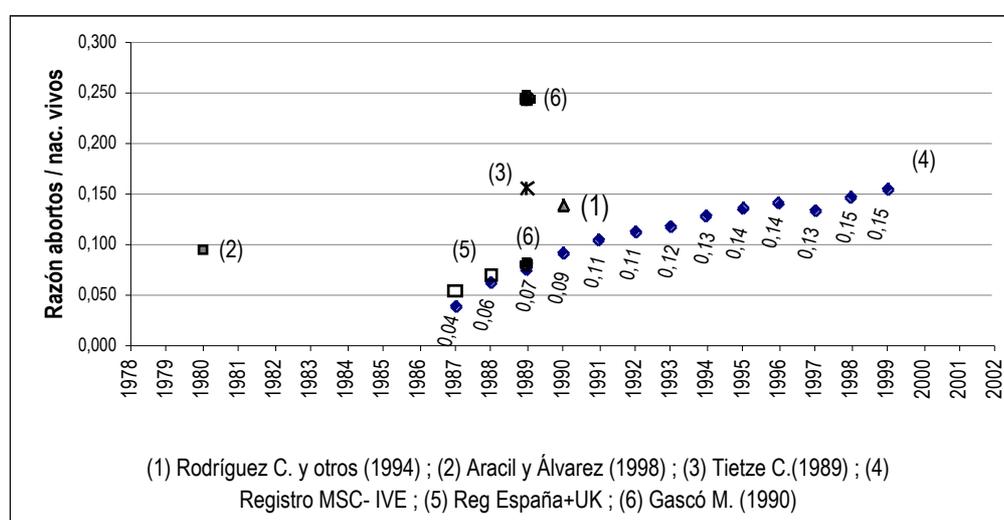


Otra encuesta que da luces sobre el asunto es la de Fecundidad y Familia realizada en varios países de Europa con igual metodología y con muestras representativas para cada país; en el Gráfico VII.7 se presenta, para las mujeres de 30-34 años en el momento de la encuesta, el porcentaje acumulado que había tenido un primer aborto según la edad. Se observa que solamente Bélgica está por debajo del nivel de España. Al llegar a los 30 años, 3 por ciento de las españolas habían tenido un primer aborto, 2 por ciento las belgas, 14 por ciento las noruegas, 8 por ciento las francesas y cerca de 7 por ciento las finlandesas y austríacas. Puede concluirse que definitivamente el aborto en España tiene menos frecuencia y a esta conclusión se llega desde las distintas fuentes.

RAZÓN ABORTOS POR NACIDOS VIVOS

La razón de abortos por nacidos vivos indica cuántos abortos ocurren por cada nacimiento vivo. Es un indicador fácil de obtener porque intervienen solo dos elementos pero es más difícil de interpretar que las tasas porque, en la medida que disminuyan los nacimientos, los abortos pueden incrementar su peso relativo sin que necesariamente haya aumentado la frecuencia de aborto.

Gráfico VII.8 Razón de aborto por nacidos vivos según registro del MSC y estimadas por diferentes autores. España, 1987-1999



Si se toman en cuenta sólo los abortos registrados en España este cociente es de 4 abortos por cada cien nacidos vivos en 1987 y pasa a 6 por cada cien en 1988 y a 15 por cada cien en 1999. Si se toman las estimaciones del número de abortos citadas anteriormente, este aumento sería menos marcado, habría pasado de 10 abortos por cien nacidos vivos en la década de los ochenta a 15 por ciento a finales de los noventa (Gráfico VII.8). De manera que, el mismo número de abortos (de cerca de 55.000 abortos anuales) presenta una tasa relativamente constante —de seis por mil mujeres— y una razón aborto por nacidos vivos que aumenta su magnitud en 50 por ciento y esto es debido a la disminución de los nacimientos (419000 en 1988 a 378000 en 1999).

PROPORCIÓN DE EMBARAZOS QUE TERMINAN EN ABORTOS

También se puede hacer una aproximación de la frecuencia con que los embarazos terminan en nacido vivo, nacido muerto —muerte fetal— o aborto. Los abortos espontáneos no son objeto de

notificación, entre otras razones porque muchos pasan inadvertidos o no requieren atención de salud, en consecuencia, es prácticamente imposible conocer el número total de embarazos. Un estudio tendiente a estimar el número total de embarazos en un año dado parte de la premisa de que algunos abortos inducidos evitarán abortos espontáneos y viceversa, son abortos censurados, espontáneos o inducidos según el caso. Mediante la metodología de tablas de vida, dicho estudio estimó para los Estados Unidos (1980) en 19 por ciento la probabilidad de que un embarazo termine en aborto espontáneo. Una vez descontados los efectos del aborto espontáneo, las mujeres intentaron llevar a término 73 por ciento de sus preñeces³⁶⁴. Si se recurre a la suma de los nacidos vivos, las muertes fetales y los abortos para aproximar el número de embarazos, se tiene el problema de que los partos múltiples incrementan la cifra, en todo caso será la estimación más aproximada.

En el Cuadro VII.4 se presenta el número de embarazos en España calculado mediante la suma de los nacidos vivos, las muertes fetales y los abortos para los años 1995-1999, período en el cual la cobertura de la notificación de abortos puede ofrecer comparabilidad. Así, el número estimado de embarazos pasó de 414000 en 1995 a 438000 en 1999 y la composición cambió ligeramente durante el período, mientras que los nacimientos disminuyeron su peso relativo (de 88% a 86%), las muertes fetales oscilaron alrededor de 0.3% y los abortos aumentaron de 12% a 13% del total de embarazos.

Cuadro VII.4 Distribución porcentual de los embarazos según el resultado del embarazo. España, 1995-1999

Años	Número de:				Distribución porcentual de los embarazos			
	Nacimientos	Abortos	Muertes fetales	Embarazos(*)	Nacimientos	Abortos	Muertes fetales	Embarazos
1995	363469	49367	1254	414090	87,78	11,92	0,30	100,0
1996	362626	51002	1422	415050	87,37	12,29	0,34	100,0
1997	369035	49578	1531	420144	87,84	11,80	0,36	100,0
1998	365193	53847	1416	420456	86,86	12,81	0,34	100,0
1999	377809	58399	1424	437632	86,33	13,34	0,33	100,0

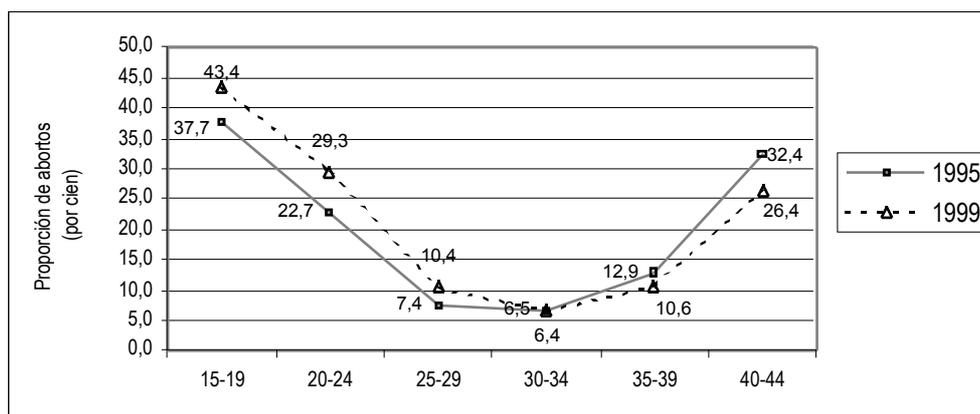
(*) suma de nacimientos, abortos y muertes fetales. Los partos múltiples incrementan la cifra pero por otra parte quedan faltando los abortos espontáneos.

Proporción de “embarazos conocidos” que terminan en aborto, por edad

Anteriormente se ha mencionado la dificultad para obtener el número de embarazos ocurridos en una población, este problema es mayor cuando el análisis se quiere hacer por edad de la mujer. La

solución intermedia es recurrir a la suma de los nacidos vivos y los abortos para obtener una aproximación de los embarazos, es lo que en varios documentos se denomina “embarazos conocidos”. Dada la baja frecuencia de muertes fetales registrada en España, los embarazos conocidos serán una buena aproximación del total de embarazos.

Gráfico VII.9 Proporción de “embarazos conocidos” que terminan en aborto, por edad. España 1995-1999



Fuente: elaboración propia con base en registro de IVE-MSC y MNP-INE

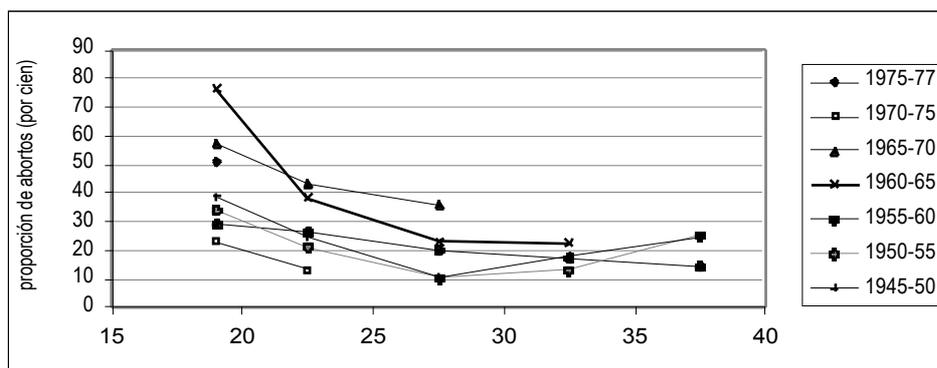
En estudios realizados en muchos países se han identificado dos patrones de comportamiento de esta tasa por edad. Uno de estos patrones es el de los países de la Europa del Este en los cuales la proporción de abortos sobre embarazos conocidos aumenta monótonamente con la edad; por ejemplo, en Bulgaria³⁶⁵ las menores de 20 años registran 35 abortos por cada cien embarazos y las de más de 40 años, 90 de cada cien. El otro patrón es el que describe una “U”, es decir es más alta en las adolescentes, desciende en los años centrales del período fértil y asciende en las de 35 y más años. Como se observa en el Gráfico VII.9 este es el patrón en España, pero con un cambio durante el período 1995-1999. Al comienzo del mismo las adolescentes tenían una proporción de abortos por embarazo menor que las de 40 y más años y al final superan a las de mayor edad.

COMPORTAMIENTO POR COHORTES

Para hacer el seguimiento por cohortes se recurrió a los datos de la Encuesta de Fecundidad y Familia de 1995. Como se ha dicho, esta fuente de información dio un nivel relativamente bajo de

aborto que puede afectar más a las mujeres de mayor edad en el momento de la encuesta^{lxxxiv}. Las cohortes mayores (1945-50 y 1950-55) describen un comportamiento similar, con proporciones más altas en los extremos del período fértil (forma de “U”), cuando uno de cada tres embarazos terminó en aborto (Gráfico VII.10). La cohorte de 1955-60, en cambio tuvo proporciones ligeramente más altas al comienzo del período fértil y luego descendió. Las mujeres nacidas en 1960-65 reportaron que en su adolescencia siete de cada diez embarazos había terminado en aborto siendo la proporción más alta de las siete cohortes estudiadas y de este grupo de edad; en las siguientes edades disminuye de manera que cuando llegan a los 30-34 años tienen una frecuencia de aborto apenas un poco más alta que las cohortes anteriores. Un comportamiento similar ha tenido la cohorte de los años 1965-70, aunque más moderado en sus inicios y con proporciones más altas en sus 25-29 años. La que se aleja de estos niveles, hasta donde se alcanza a observar en la encuesta es la cohorte 1970-75 con los niveles más bajos de aborto en sus primeros años del período fértil. Considerando que la encuesta hace referencia a hechos recientes, no se puede decir que obedezca a problemas de memoria; por otra parte es una cohorte que inició su vida reproductiva después de haber sido despenalizado el aborto, por consiguiente no se puede atribuir a temores u otra razón que las haya afectado especialmente en su declaración. Todo parece indicar que puede ser una cohorte que en realidad ha tenido un bajo nivel de aborto en los comienzos de su período fértil, favorecido tal vez por mejores servicios de planificación familiar y educación sexual.

Gráfico VII.10 Proporción de embarazos que terminan en aborto, por cohortes de nacimiento según edad. España, FFS-1995



Fuente: elaboración propia con base en la FFS-95

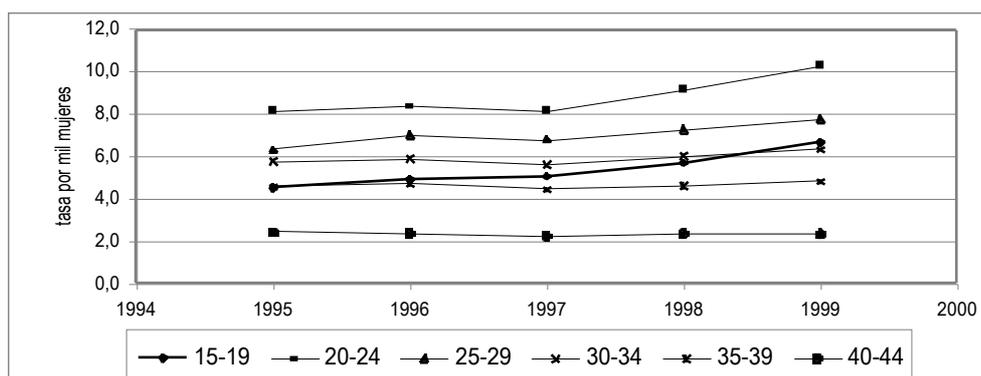
^{lxxxiv} Por otra parte, en algunos grupos de edad de las cohortes de mayor edad no se reportaron abortos quedando la proporción reducida a cero y produciéndose una fluctuación inexplicable. En estos casos se hizo un suavizamiento de la curva.

CAMBIOS EN EL PATRÓN POR EDAD

En el Gráfico VII.11 se presentan las tasas de aborto por edad para el período 1995-99. En este apartado también se recurrirá al registro del MSC y se analizarán solo los años en los cuales la calidad diferencial del registro no invalide el análisis.

Se observa que las mayores de 40 años presentan la menor tasa, cercana a 2.3 con un mínimo en 1997. Para los grupos intermedios 35-39, 30-34 y 25-29, la tasa se incrementa a medida que disminuye la edad —tasa promedio del quinquenio es 4,6 abortos por mil mujeres, 5,9 y 7,0 respectivamente— y la tendencia es similar a la de 40-44 con ligero descenso hasta 1997 y aumento en los últimos años, alza que es más fuerte a medida que disminuye a edad (8% en 35-39, 13% en 30-34 y 14% en 25-29). El grupo de 20-24 se aleja de todos en cuanto a nivel, con 8 abortos por mil mujeres hasta 1997 y termina la década con 10.3 por mil (aumento de 26%). La edad que mayores cambios ha tenido durante el quinquenio es 15 a 19 que pasó de ser la quinta tasa en orden descendente de magnitud a ser la tercera, superada por las de 20-24 y 25-29. La tasa aumentó 32% en el período al pasar de 4.5 por mil mujeres en 1995 a 6.7 por mil en 1999.

Gráfico VII.11 Tendencia del aborto por edad en España en el período 1995-1999



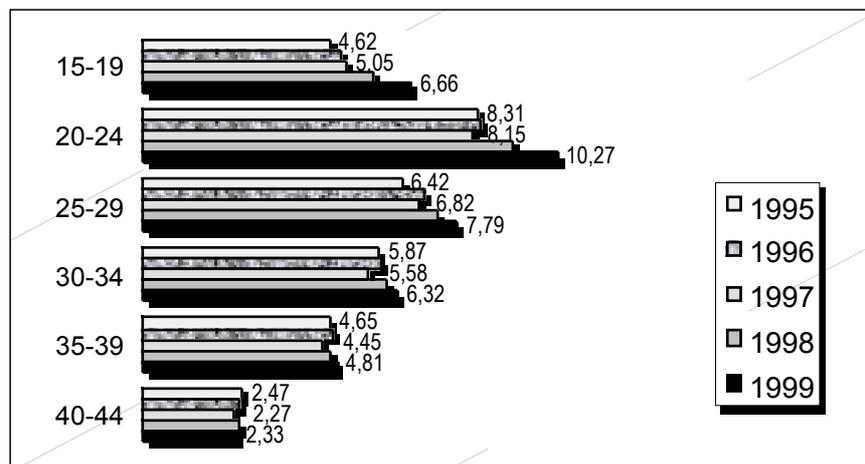
Fuente: elaboración propia con base en MSC http://www.msc.es/salud/epidemiología/ies/tablas_figuras.htm y www.ine.es

Los mismos datos por edad se observan en el Gráfico VII.12 mostrando cómo se comportan las edades en cada año. En general, el patrón por edad no ha tenido cambios sustanciales en el período. La tasa más alta siempre ha estado en 20-24 años seguida de 25-29. Las adolescentes tienen tasas

más bajas que las edades mencionadas y salvo en 1999, menores también que las de 30-34. La razón para que esta tasa sea menor radica en que en estas edades hay menos exposición al riesgo de embarazo, en tanto que el denominador se refiere al total de mujeres, expuestas o no. Las mayores tasas en 20-24 pueden relacionarse con la mayor proporción de mujeres que han iniciado relaciones sexuales pero tienen intención de retardar el inicio de la maternidad y en las edades centrales del período fértil 25-35 se asocia más con el espaciamiento de los nacimientos o limitación del tamaño de la familia. En las edades avanzadas del período fértil, que como se ha visto las tasas son sensiblemente más bajas, el aborto está asociado con la creencia de las mujeres de que son subfecundas y descuidan el uso de métodos seguros de anticoncepción.

Por comodidad, en el gráfico se muestran los datos de las tasas de 1995, 1997 y 1999 solamente. Se observa que, salvo en 15-19 años, hay un descenso entre 1995 y 1997 y luego un aumento. En 20-24 principalmente hay un destacado ascenso en 1998 y 1999 siendo también importante en 25-29 y 30-34. Las adolescentes en cambio presentan aumento durante el período.

Gráfico VII.12 Tasas de aborto por edad en el período 1995-1999. España

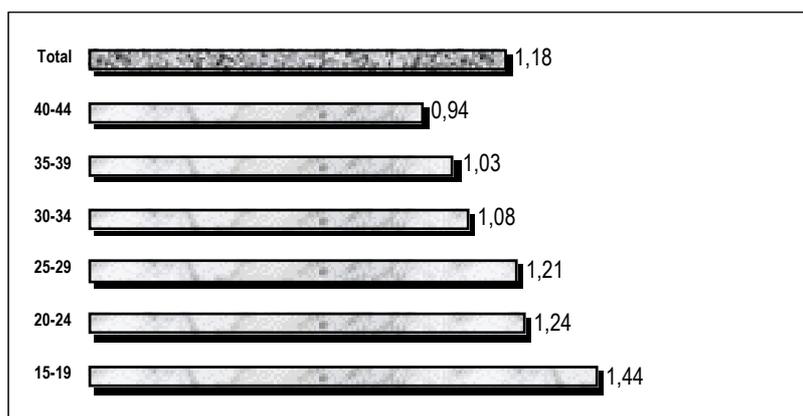


Fuente: elaboración propia con base en MSC <http://www.msc.es/salud/epidemiología/ies/tabla> y www.ine.es

ÍNDICE DE RIESGO RELATIVO

Como se ha visto, en los últimos años ha habido un aumento de la tasa de aborto en España especialmente en las edades jóvenes. El cociente entre las tasas de 1995 y 1999 indica el mayor o menor riesgo de abortar que tiene una mujer en 1999 con respecto a otra de la misma edad en 1995. En el Gráfico VII.13 se presentan estos riesgos relativos (RR) por edad; se observa que en general, en 1999 una española tenía un 18 por ciento más de probabilidad de abortar que en 1995 (riesgo relativo, RR =1.18) y este mayor riesgo relativo se explica básicamente por las adolescentes quienes en 1999 tenían un 44 por ciento más de riesgo de abortar que las de la misma edad en 1995 (15-19, RR =1.44) y por las jóvenes de 20-24 quienes tienen un 24 por ciento más de riesgo de tener un aborto (RR =1.24). En las demás edades el riesgo de tener un aborto se incrementó poco durante el período considerado o incluso tendió a disminuir como en el caso de las de 40 y más años. Esto indica que el patrón por edad del aborto está cambiando en España concentrándose en las edades jóvenes y posiblemente con el objeto de aplazar el inicio de la maternidad hasta momentos más propicios para la mujer.

Gráfico VII.13 Riesgo relativo de abortar en 1999 con respecto a 1995 según edad. España.



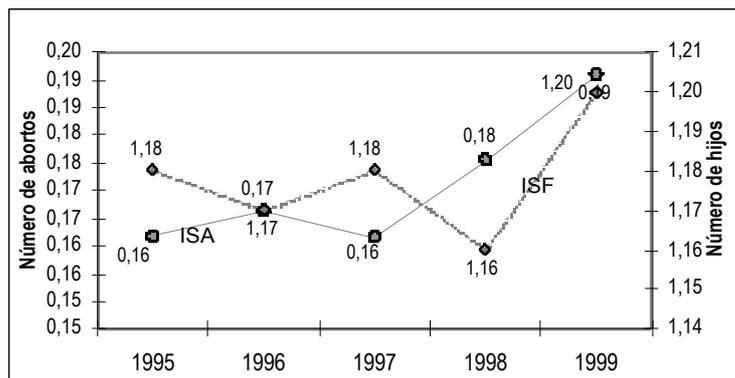
Fuente: elaboración propia con base en MSC
http://www.msc.es/salud/epidemiología/ies/tablas_figuras.htm y <http://www.ine.es>

TENDENCIA DEL ÍNDICE SINTÉTICO DE ABORTO 1995-1999

El índice sintético de aborto o número promedio de abortos al final de la vida reproductiva se situó entre 0.16 y 0.17 en los años 1995 a 1997 y aumentó en los dos años siguientes hasta 0.19 abortos

por mujer en 1999 (Gráfico VII.14). Aunque un aborto voluntario no evita exactamente un nacido vivo puesto que ese embarazo podría haber terminado en aborto espontáneo o muerte fetal, en general se interpreta como si evitara un nacido vivo. En ese caso el ISA indica que una española dejó de tener en promedio 0.19 hijos mediante el aborto a finales de década de los año 90.

Gráfico VII.14 Índice sintético de fecundidad e Índice sintético de aborto España, 1995-1999



Fuente: elaboración propia con base en (1) Tabla 2.2 de Anuario Estadístico-INE, (2) MSC http://www.msc.es/salud/epidemiologia/ies/tablas_figuras.htm y(4) <http://www.ine.es>

El índice sintético de fecundidad por su parte muestra fluctuaciones mayores durante el período. Se observa que entre 1995 y 1997 se entrecruzan las líneas, es decir que cuando aumenta el aborto descende la fecundidad mientras que después de ese año aumentan ambos índices, lo cual puede deberse eventualmente a los patrones femeninos migratorios.

Sin embargo, para comparar la evolución del aborto con la evolución de la fecundidad no es recomendable hacerlo directamente las cifras por años calendario sino referir los eventos al mes de ocurrencia puesto que abortos realizados entre abril y diciembre evitarán, en su mayoría, nacimientos del año siguiente. Además, abortos realizados a una cierta edad de la mujer evitan, en su mayoría nacimientos de mujeres de la edad siguiente. Para hacer estos refinamientos es necesario disponer de tabulaciones por mes de ocurrencia o del microdato, tanto de los nacimientos como de los abortos, información de la que no se dispuso para este trabajo.

VIII. INFECUNDIDAD Y ESTERILIDAD EN ESPAÑA

La demografía se interesa por la dinámica poblacional, es decir el crecimiento o decrecimiento de una población dada y su movilidad y las causas que favorecen o inhiben estos procesos. Los incrementos provienen de los nacidos vivos y los inmigrantes y los decrementos de las defunciones y los emigrantes. En cuanto a fecundidad, la preocupación gira en torno al "nivel de reemplazo de la población", los niveles máximos y mínimos observados en poblaciones reales en general no son recomendables para el futuro de una sociedad y pareciera que el número ideal de hijos convergiera a dos hijos por mujer. Como todo promedio, esta cifra depende de que una cierta proporción de la población no tenga hijos mientras otros tienen más de dos (menor proporción de padres y madres) o que la gran mayoría tenga hijos (mayor proporción de padres y madres) y que el número de hijos esté cercano a dos. Como se ha dicho anteriormente, las causas para terminar el período fértil sin hijos pueden ser voluntarias o involuntarias. También tener pocos hijos obedece a causas voluntarias o involuntarias; una vez se ha sido padre o madre pueden ocurrir problemas de salud que impiden tener más hijos.

Dado que la infecundidad se deriva de tres componentes principales como son: la no exposición al riesgo de concepción, la inhabilidad para concebir y la mortalidad fetal se hará una revisión de diferentes fuentes de información que pueden aportar luces sobre la magnitud de la infecundidad en España. Luego se intentará estimar los niveles de esterilidad primaria y secundaria con base en la Encuesta de Fecundidad y Familia.

VIII.1 NIVELES Y TENDENCIAS DE LA INFECUNDIDAD EN ESPAÑA

CELIBATO DEFINITIVO MASCULINO Y FEMENINO

La frecuencia de soltería al finalizar el período reproductivo es un indicador aproximado de la frecuencia de personas que no llegan a ser padres o madres en una sociedad. Es cierto que se puede ser padre soltero o madre soltera y que estos casos vienen aumentando, pero aún en sociedades modernas, los nacimientos por fuera de uniones siguen siendo relativamente pocos en

comparación con el total de nacimientos. En España los nacimientos extramatrimoniales representaban 7 por ciento del total de nacimiento de 1985, 9 por ciento en 1990 y 11 por ciento en 1995. Aunque esta proporción es creciente puede considerarse baja si se compara con el 56 por ciento de nacimientos ocurridos fuera del matrimonio en 1996 en Suecia³⁶⁶. En el Cuadro VIII.1 y el Gráfico VIII.1 se presentan las proporciones de solteros y solteras a los 50 años de edad a lo largo de un siglo.

Cuadro VIII.1 Proporción de solteros y de solteras a los 50 años. Indicadores de momento y por generaciones España, 1885-1990.

Años	De momentos		Generación de nacimiento	Por generaciones	
	Mujeres	Hombres		Mujeres	Hombres
1885	10,2	6,8	1856-60	9,5	5,9
1890	10,1	6,6	1861-65	9,6	6,3
1895	10,0	6,4	1866-70	9,8	6,9
1900	9,9	6,2	1871-75	10,0	7,2
1905	9,7	6,1	1876-80	10,4	7,2
1910	9,5	7,0	1881-85	11,6	7,6
1915	9,7	6,6	1886-90	12,9	8,3
1920	9,9	7,2	1891-95	13,7	8,8
1925	10,3	7,2	1896-00	14,4	9,0
1930	10,7	7,2	1901-05	14,6	8,9
1935	12,1	8,0	1906-10	14,3	8,5
1940	13,4	8,7	1911-15	14,2	8,2
1945	14,1	8,9	1916-20	13,8	8,0
1950	14,8	9,1	1921-25	12,0	8,2
1955	14,5	8,7	1926-30	10,9	9,1
1960	14,1	8,3	1931-35	9,5	9,9
1965	14,0	8,2	1936-40	8,7	10,1
1970	12,9	8,0	1941-45	8,9	11,0
1975	11,3	8,4	1946-50	3,5	11,4
1980	10,3	9,5			
1985	9,1	10,0			
1990	7,7	9,1			

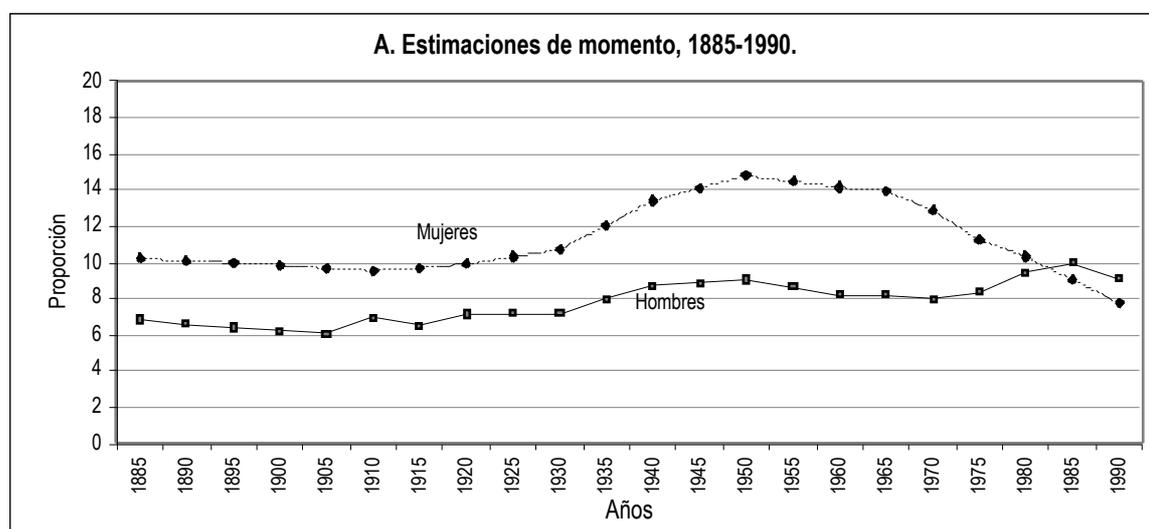
Fuente: hasta 1985 Cabre A (1999); Tablas 2.10 y 2.12
1990 : Censo 1991

Fuente: hasta 1941-45, Cabré, A. (1999) Tablas 2.11, 2.13
1946-50 : Censo 1991

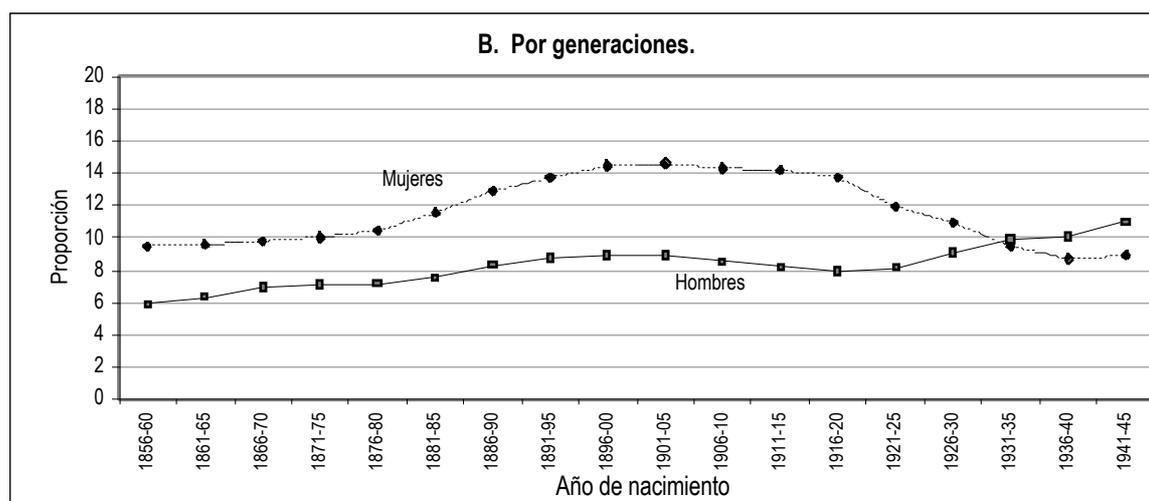
La soltería definitiva española osciló durante el siglo XX, entre 9% y 15% para las mujeres y 7% y 10% para los hombres. En las generaciones de mujeres que terminaron su período fértil entre 1885 y 1920 (nacidas entre 1835 y 1870) el celibato definitivo o permanente se mantuvo prácticamente constante en poco menos de 10%. Las generaciones siguientes registraron mayor celibato alcanzándose el punto máximo en las nacidas al comienzo del siglo XX, lo cual es explicable por los diferentes conflictos vividos durante la primera mitad del siglo: dos guerras mundiales y la Guerra

Civil Española, situaciones todas que no favorecían la formación de uniones, especialmente en el caso de las mujeres, puesto que a las dificultades económicas y sociales para establecer una unión había que añadir la mayor mortalidad y la emigración masculina. Es así como 14 de cada cien mujeres de estas generaciones (1895-1915) terminaron su período fértil solteras y puede presumirse que en su mayoría, sin hijos. Para las generaciones posteriores se observa una recuperación de la nupcialidad y descenso del celibato alcanzándose el punto más bajo de la serie en 1990 (para las nacidas en 1940) con menos de 8% de mujeres solteras al final de su vida fértil.

Gráfico VIII.1 Proporción de solteros y solteras a los 50 años de edad. España, 1885-1990.



Fuente: hasta 1985, Cabré, A. (1999) Tablas 2,10 y 2,12. Para 1990, Censo 1991



Fuente: hasta 1941-45, Cabré, A. (1999) Tablas 2.11, 2.13

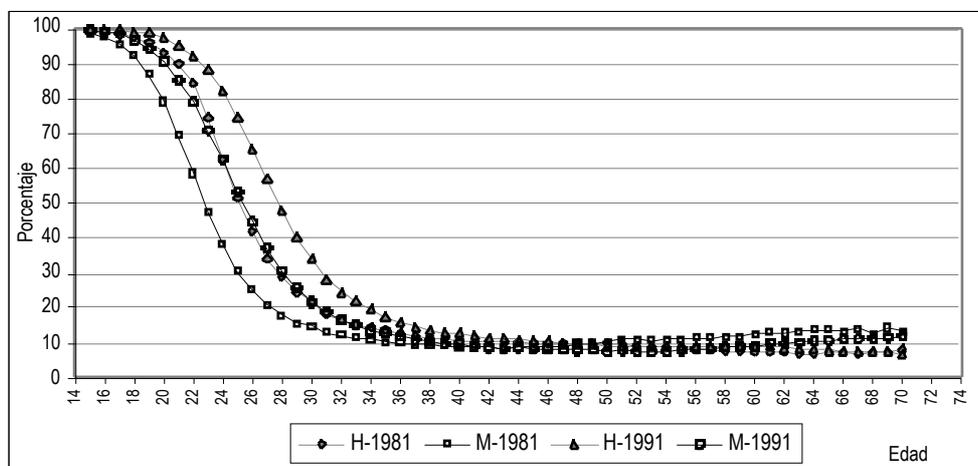
En el caso de los hombres, el celibato a los 50 años de edad fue menor que el de las mujeres durante gran parte del siglo XX, aunque a lo largo del mismo se observa un aumento paulatino y en 1980 pasan a ser los hombres los de mayor celibato mientras que las mujeres siguen acusando descenso. En la última década del siglo el celibato permanente se situaba alrededor de 11 por ciento para los hombres y 7 por ciento para las mujeres.

En Francia también se observó mayor celibato permanente femenino en épocas pasadas y luego, hacia 1955, un intercambio en el diferencial por sexo, debido principalmente a disminución del celibato femenino. De cada cien mujeres nacidas en 1900, 11 eran célibes a sus 50 años, mientras que las nacidas entre 1930 y 1940, solo 7 de cada cien llegaron a esta edad solteras. La proporción de hombres solteros, en cambio ha oscilado entre 9 y 10 por ciento y un poco superior a diez en los nacidos entre 1925 y 1935. Las posibles explicaciones se derivan, por una parte, de una mayor inmigración de hombres solteros y de otra parte, de una mayor propensión de los separados y divorciados a formar nuevas uniones, muchas de las cuales se realizan con mujeres solteras³⁶⁷.

CELIBATO MASCULINO Y CELIBATO FEMENINO POR EDAD

La proporción de solteros y solteras por edad también ofrece diferencias y ha cambiado en últimos años. En el gráfico VIII.2 se presentan las proporciones de solteros y solteras por edad según los censos de 1981 y 1991. El censo de 1991 permite ver que las generaciones jóvenes están permaneciendo solteras hasta edades mayores en comparación con lo que sucedía en 1981, es decir que la edad de entrada a la unión entre los dos censos aumentó. Además, se observa que en las primeras edades del período fértil es mayor la frecuencia de hombres solteros que de mujeres solteras y hacia los 40 años las diferencias entre los dos sexos son pequeñas. Este diferencial se mantiene en los censos, es decir que tanto hombres como mujeres retardaron la entrada a la unión al punto que en 1991, las mujeres se asimilan al patrón de los hombres en 1981. En las generaciones que han culminado su período fértil en estos años -la proporción de solteros equivale al celibato permanente- se observa el mayor celibato definitivo en las mujeres que en los hombres, comportamiento analizado anteriormente.

Gráfico VIII.2 Proporción de solteros y solteras por edad. España, censos de 1981 y 1991



Fuente: Censos de la Población de España. 1981, 1991

MUJERES ALGUNA VEZ CASADAS SIN HIJOS

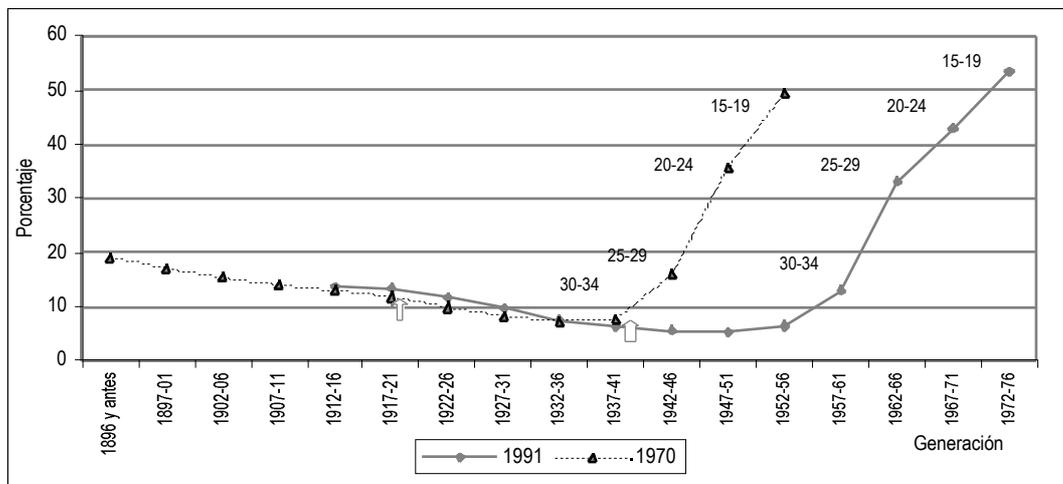
Como se ha dicho, los nacimientos ocurren en su mayoría dentro de uniones estables, o visto de otra manera, la mayor parte de las uniones tienen por fin el nacimiento y crianza de los hijos. En este orden de ideas, la falta de hijos dentro de las uniones, o en las personas que han conformado una unión puede estar asociada de manera importante con los problemas de fertilidad de la pareja.

En el gráfico VIII.3 se presentan las proporciones de no solteras sin hijos, según los censos de 1970 y 1991 para las generaciones nacidas desde finales del siglo XIX hasta la década de los años setenta en el siglo XX. Las mayores diferencias están en las primeras edades y se refleja la postergación de la maternidad dentro del matrimonio. Mientras que 36 de cada cien mujeres nacidas en 1942-46 y alguna vez casadas permanecían sin hijos a los 20-24 años (1970), en las nacidas en 1967-71 y que tenían estas mismas edades en 1991, 43% permanecían sin hijos. La mayor diferencia se observa en las de 25-29 en cada año censal, en 1970 sólo 16% frente a 33% en 1991. Al completar el período fértil las proporciones de mujeres alguna vez casadas sin hijos se acercan pero en términos de infecundidad -que ya puede asociarse a esterilidad definitiva- las diferencias son importantes: 6% de las nacidas en 1942-46 y 10% de las nacidas en 1922-26 terminan su período fértil sin hijos.

Cuadro VIII.2 Porcentaje de no solteras sin hijos por año de nacimiento España, censos de 1970 y 1991

Generación \ Censos	1896 y antes	1897-1901	1902-1906	1907-1911	1912-1916	1917-1921	1922-1926	1927-1931	1932-1936	1937-1941	1942-1946	1947-1951	1952-1956	1957-1961	1962-1966	1967-1971	1972-1976
1991					13,8	13,3	11,6	9,8	7,7	6,2	5,5	5,3	6,4	12,9	33,0	43,0	53,4
1970	19,2	17,0	15,4	14,0	12,9	11,8	9,9	8,3	7,3	7,8	15,8	35,9	49,4				

Gráfico VIII.3 España, proporción de no solteras sin hijos por año de nacimiento según censos de 1970 y 1991



Fuente: Censos de la Población de España 1970, 1991

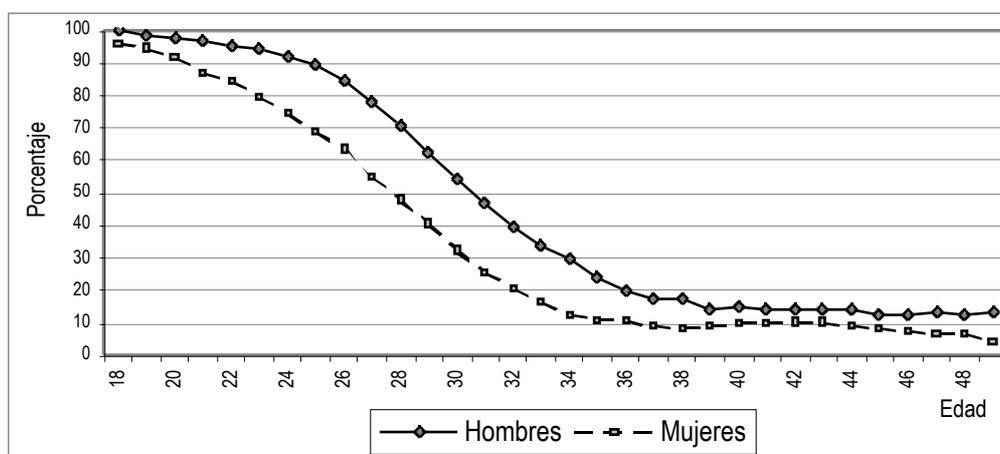
Para las generaciones de 1912 a 1931 se observa una ligera inconsistencia en los datos provenientes de los dos censos al presentar menor proporción de mujeres sin hijos el censo de 1970 que el de 1991, siendo que lo esperado es que disminuya, o a lo sumo, se mantenga constante. Entre un censo y otro la única forma de cambiar de categoría es tener hijos, situación que ya no sería posible en las cohortes mayores. Otras explicaciones apuntarían a que en el período intercensal ocurrió una mayor mortalidad de madres —que no es lo más frecuente en sociedades modernas— o una mayor emigración internacional de madres, o una mayor inmigración internacional de mujeres sin hijos, que habría que analizar.

PERSONAS SIN HIJOS POR EDAD Y SEXO

La información proveniente de la encuesta de Fecundidad y Familia permite analizar otro ángulo de la infecundidad como es el diferencial por sexo. La encuesta se realizó en hombres y mujeres de 18 a 49 años; en el caso de las mujeres estas edades son suficientes para caracterizar el ritmo de entrada

en la maternidad y el resultado al final del periodo reproductivo. En el caso de los hombres en cambio, existe la posibilidad de tener hijos después de los 50 años aunque debe reconocerse que no es muy frecuente que un hombre tenga su primer hijo después de esta edad. En consecuencia, se analizarán los datos bajo el supuesto de que después de lo que se ha llamado el "período fértil" las variaciones para los dos sexos son mínimas o nulas.

Gráfico VIII.4 Proporción de hombres y mujeres sin hijos por edad. España, FFS-1995



Fuente: elaboración propia con base en la FFS-95. Tabla de datos en Anexo 6

En el Gráfico VIII.4 se muestra la proporción de hombres y mujeres sin hijos^{lxxxv} por edad, independientemente de su estado conyugal. La nupcialidad más tardía en hombres citada anteriormente, concuerda con la paternidad, también más tardía. Antes de cumplir los 40 años, 86 de cada cien han alcanzado la meta de ser padres y las entradas posteriores son muy pequeñas, del 14% que quedan sin hijos a esa edad se pasa a 13% a los 45 años y allí se estabiliza. En el caso de las mujeres el 90% han sido madres antes de los 40 años, pero en esa última década del período fértil se logran otros avances de manera que a los 45 años ha pasado a 92% y al entrar a los 50 años, 95 de cada 100 han sido madres. A esta edad entonces la proporción de hombres sin hijos (13%) triplica a la proporción de mujeres sin hijos (4,5%).

^{lxxxv} Los datos obtenidos por edades simples fueron suavizados por promedios móviles de orden 5.

PERSONAS QUE VIVEN EN PAREJA Y NO TIENEN HIJOS

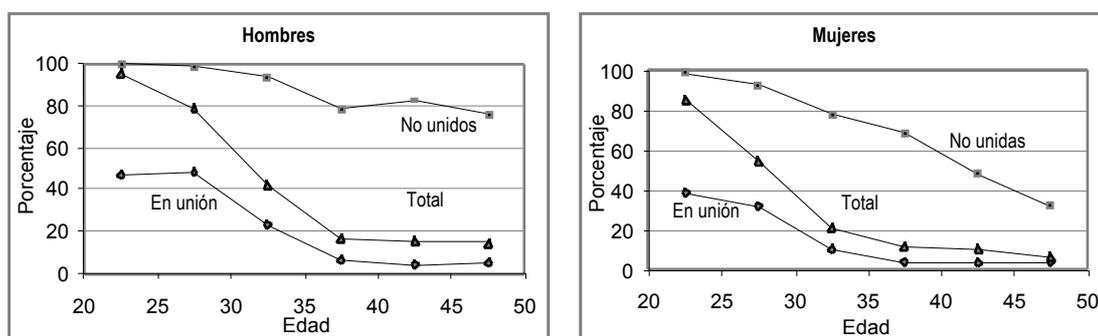
Según la FFS-95, 12% de las mujeres y 16% de los hombres que vivían en pareja no tenían hijos. Cuatro de cada diez parejas, donde la mujer tiene 20-24 años, no ha tenido hijos; esta proporción es similar a la observada en las parejas en que el hombre tiene 25-29 años, lo cual es consistente con la diferencia de edad entre los cónyuges (Gráfico VIII.5). Al final del período reproductivo, 3 de cada diez parejas no tienen hijos. Las diferencias por sexo se encuentran entre los que no están en unión^{lxxxvi} en el momento de la entrevista. En estas dos categorías se observa mayor velocidad de la entrada de la mujer en la maternidad que la de entrada de los hombres en la paternidad.

Cuadro VIII.3 Proporción de personas sin hijos por edad, sexo y convivencia. España, FFS-95

Edad	Hombres			Mujeres		
	En unión	No unido	Total	En unión	No unida	Total
20-24	46,9	100,0	95,5	38,7	98,6	84,8
25-29	47,9	98,2	78,6	32,2	92,7	54,8
30-34	23,6	93,2	41,5	10,2	78,5	21,3
35-39	6,3	78,4	16,5	4,1	68,5	12,1
40-44	4,5	82,4	15,0	3,5	48,4	10,5
45-49	4,8	75,7	14,7	3,8	32,1	7,1
Total 20-49	16,3	95,7	48,9	12,3	85,8	34,4
Total 25-49	15,4	92,2	37,1	10,6	74,9	23,3

Fuente: elaboración propia con base en la FFS-95

Gráfico VIII.5 Proporción de personas sin hijos por edad, sexo y convivencia. España, FFS-95



Fuente: elaboración propia con base en FFS-95

^{lxxxvi} No están en unión: solteros, solteras, viudos, viudas, separados, separadas, divorciados, divorciadas. Sexualmente activos: relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas.

VIII.2 INFERTILIDAD Y ESTERILIDAD EN ESPAÑA

PAREJAS QUE CONFRONTAN PROBLEMAS DE INFERTILIDAD

Con base en la FFS-95 se calculó la proporción de mujeres expuestas al riesgo de embarazo, es decir mujeres en unión, sexualmente activas, no usuarias de métodos anticonceptivos incluida esterilización, en un lapso de dos años (y cinco años) y que no han tenido hijos durante ese período. Si la mujer no ha tenido hijos, se considera que es esterilidad primaria y si ha tenido por lo menos un hijo se llama esterilidad secundaria. En el Cuadro VIII. 4 y el Gráfico VIII.6 se presentan estos resultados para las mujeres de 25 a 49 años.

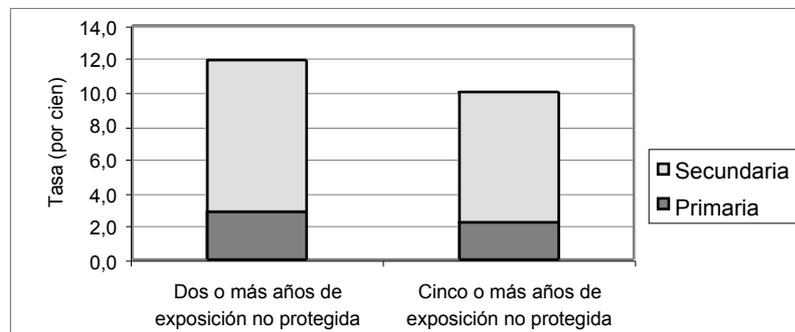
Cuadro VIII.4 Niveles de esterilidad primaria y secundaria en mujeres de 25-49 años. España, FFS-1995

Edad	Tiempo de exposición no protegida					
	Dos años de exposición			Cinco años de exposición		
	Primaria	Secundaria	Total	Primaria	Secundaria	Total
20-24	1,4	1,0	1,2	0,3	0,5	0,8
25-29	2,4	2,2	6,1	1,0	1,2	2,3
30-34	2,9	4,9	6,5	1,5	3,8	5,3
35-39	2,7	8,2	10,7	2,8	7,0	9,8
40-44	2,8	15,6	15,8	3,2	14,5	17,6
45-49	3,4	25,6	29,0	3,1	24,7	27,8
Total (25-49)	2,9	9,0	12,0	2,3	7,8	10,1

Fuente: elaboración propia con base en la FFS-95

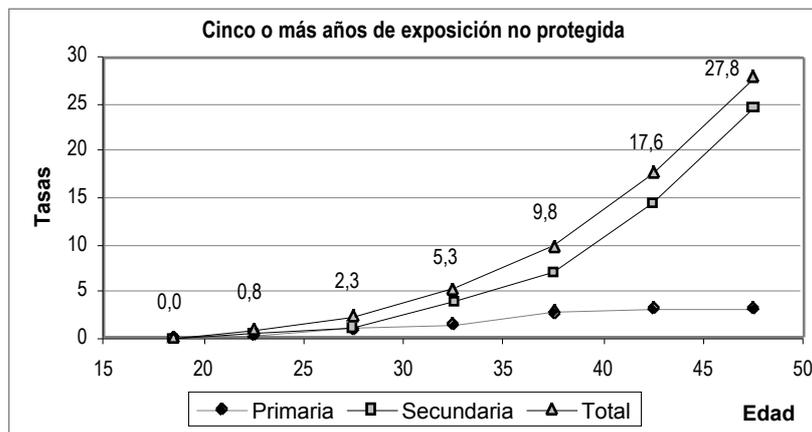
Para el caso de España no se observan cambios radicales entre la medición de esterilidad, sea ésta primaria, secundaria o total, entre tomar dos años de exposición al riesgo o tomar cinco años. Sin embargo se confirma que, si se tienen en cuenta dos años de exposición no protegida, se estima en 12 por ciento la proporción de mujeres estériles mientras que si se amplía el plazo la proporción descende a 10 por ciento, o sea que habría dos puntos porcentuales en los que se haría un diagnóstico equivocado de esterilidad si no se permite el suficiente tiempo de exposición.

Gráfico VIII.6 España, niveles de esterilidad primaria y secundaria. FFS-1995 (mujeres de 25-49 años)



Fuente: elaboración propia con base en la FFS-95

Gráfico VIII.7 Niveles de esterilidad por edad. España, FFS-1995



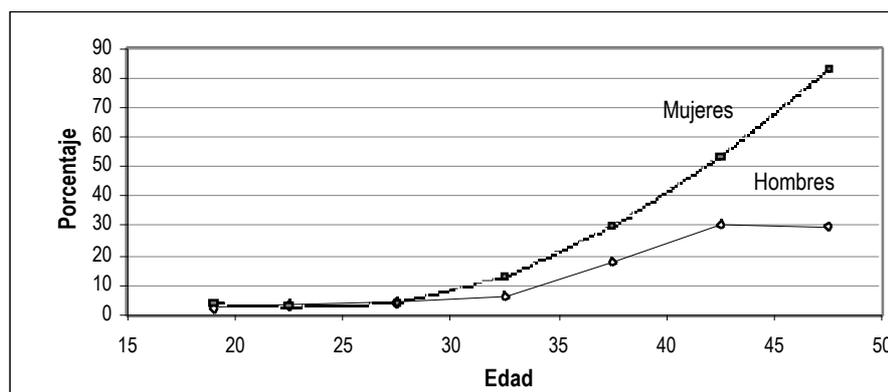
Fuente: elaboración propia con base en la FFS-95

Siguiendo con la medición de cinco años de exposición al riesgo se encuentra que 2% de las mujeres de 25 a 49 años se clasifican en esterilidad primaria, un poco más de 8% en secundaria —la mitad corresponde a mujeres que nunca han usado métodos y la mitad a las que han usado alguna vez—. En el gráfico VIII. 7 se observa que la esterilidad aumenta con la edad, sin embargo en las primeras edades del período fértil los resultados pueden no ser confiables dados los pocos casos de exposición no protegida. La esterilidad primaria pareciera constante a partir de los 30 años y alrededor de 3%. La esterilidad secundaria es la que explica el aumento por edad. Al final del período reproductivo 28% de las mujeres sufren algún tipo de esterilidad, en la mayoría de los casos es esterilidad secundaria, o sea que tuvieron por lo menos un hijo.

PAREJAS QUE NO DESEAN HIJOS

Si es difícil medir la infertilidad en general, más difícil aún es medir la infertilidad voluntaria. La importancia de conocer la frecuencia de este fenómeno tiene dos matices: uno es la actitud hacia la maternidad o hacia la paternidad y otro es la posible demanda de servicios de reproducción asistida dirigida a los servicios de salud. En el caso extremo de que todas las personas estériles no desearan hijos, no requerirían los servicios clínicos; si por el contrario todos desearan tener hijos, los servicios se verían muy exigidos. Como se mencionó anteriormente, algunos estudios revelan que la mayor parte de las personas que no desean hijos permanecen solteras, es decir no se exponen al riesgo de embarazo. El problema está en los que desean hijos y no pueden tenerlos. En el Gráfico VIII.8 se observan las proporciones de personas que no tienen hijos y que a su vez no desean hijos.

Gráfico VIII.8 Porcentaje de hombres y mujeres que no tienen hijos y no desean hijos, por edad. España, FFS-95



Fuente: Delgado M., Castro T.(1998) Tablas 24 y 25

Es claro que la respuesta puede contener una dosis de resignación, es decir que la persona ya no quiere hijos. En las primeras edades, hasta los 30 años, son muy pocos los que no desean hijos, es decir, no tienen hijos pero en su mayoría los desean. Después de esta edad comienza a aumentar la proporción de personas sin hijos que no desean tenerlos y es especialmente notorio en el caso de las mujeres. Mientras que uno de cada tres hombres de 45-49 que no tiene hijos, tampoco los desea, en las mujeres es ocho de cada diez. Esta diferencia por sexo puede estar asociada con los costos personales que conlleva la reproducción asistida que son mayores para las mujeres pues son ellas las que asumen los tratamientos más incómodos por así decirlo; si han fallado reiteradamente llegará el momento en que se convenga de no tener hijos y ya no los desee.

VIII.3 IMPACTO DEMOGRÁFICO DE LOS TRATAMIENTOS PARA LA INFERTILIDAD

Se ha mencionado la dificultad para disponer de datos sobre infertilidad y con mayor razón cuando los datos se refieren a la solución de este problema y al impacto que desde el punto demográfico puedan tener. Como se mencionó en el capítulo sobre fuentes de datos y metodología, la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) está creando un registro estadístico de los casos atendidos en los centros de reproducción asistida. En particular, para 1998 se dispone de cifras sobre las técnicas de reproducción asistida (TRA), es decir, fertilización in vitro en sus diferentes modalidades —microinyección (ICSI), técnica de embriones congelados (TEC) y donación ovocitaria—, pero no sobre inseminación artificial. Se espera que para 1999 se cuente con información sobre este procedimiento.

En el Cuadro VIII.5 parte 1, se presenta la información registrada sobre los embarazos y partos resultantes de TRA durante el año 1998 y su relación con los partos y nacimientos ocurridos en España en el mismo año. No se tienen datos de los nacimientos por cuanto algunas pacientes dejan de ser observadas en la institución que le hizo el tratamiento, o por alguna razón se desconoce la evolución del embarazo. Para tener un dato aproximado de los nacimientos se aplicó, a la información sobre partos, los promedios nacionales de nacimientos^{lxxxvii}. Se observa que hubo 2290 embarazos, 1857 partos, para los que se estimaron 2486 nacimientos. El índice de nacimientos por parto (134 nacimientos por cada 100 partos) es superior al promedio nacional (101 nacimientos por cada 100 partos) lo cual es un resultado lógico dado que estos tratamientos aumentan la probabilidad de embarazos y partos múltiples. Mientras en la población general menos de tres por ciento de los nacimientos son múltiples, en la población que accede a tratamientos para la infertilidad una cuarta parte son partos múltiples y en los nacimientos llegan a representar la mitad (de los 2486 nacimientos estimados provenientes de estas técnicas, 1213 son de embarazos múltiples. Cuadro VIII.5 parte 1).

^{lxxxvii} Según el MNP en 1998 hubo 996 nacimientos por cada 1000 partos simples, 1982 nacimientos por cada 1000 partos dobles, 2910 nacimientos por cada 1000 partos triples y 3800 nacimientos por 1000 partos cuádruples o de mayor multiplicidad (Cuadro VII.5 parte 2)

Cuadro VIII.5 Aportes de los tratamientos con técnicas de reproducción asistida a la fecundidad. España, 1998

1. Embarazos, partos y nacimientos registrados					
	MNP-98		FIV-ICSI-TEC-98		
	Partos	Nacimientos	Embarazos	Partos	Nacimientos*
Total	361393	365193	2290	1857	2486
Simples	356378	355068	1528	1279	1274
Gemelares	4820	9551	587	508	1007
Triples	189	550	149	68	198
Cuádruples o superior	6	23	26	2	8
(*) Estimados con base en la proporción de partos múltiples en la población general					

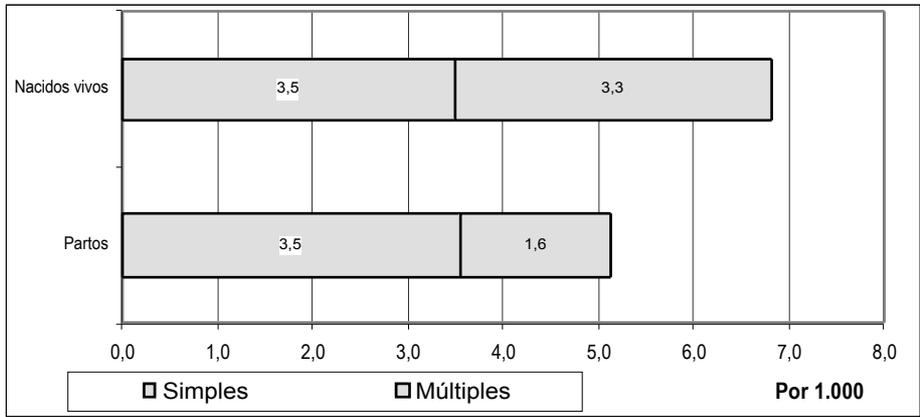
2. Índices de eficacia y estructuras								
	MNP-98		FIV-ICSI-TEC-98		MNP-98		FIV-ICSI-TEC-98	
	Nacim./parto	Parto/emb.	Nacim./parto	Partos	Nacimientos	Embarazos	Partos	
Total	1,011	0,811	1,339	100,0	100,0	100,0	100,0	
Simples	0,996	0,837	0,996	98,6	97,2	66,7	68,9	
Gemelares	1,982	0,865	1,982	1,3	2,6	25,6	27,4	
Triples	2,910	0,456	2,910	0,1	0,2	6,5	3,7	
Cuádruples o superior	3,800	0,077	3,800	0,0	0,0	1,1	0,1	

3. Aportes a la fecundidad. Proporción de partos y nacidos vivos provenientes de FIV-ICSI-TEC (por mil)					
	Con respecto al total de:		En cada categoría:		
	Partos	Nacidos vivos	Partos	Nacidos vivos	
Total	5,1	6,8	5,1	6,8	
Simples	3,5	3,5	0,4	0,4	
Dobles	1,4	2,8	10,5	10,5	
Triples	0,2	0,5	36,0	36,0	
Cuádruples o superior	0,0	0,0	33,3	33,3	

Fuente: elaboración propia con base en datos de "El rincón de la estadística" Boletín SEF, vol 10 Nº 1 - 2001 y del MNP-98, INE

Si el impacto demográfico de la reproducción asistida se mide por la proporción de nacimientos resultantes de estas técnicas, se puede decir que en España, según el registro disponible a la fecha, 7 de cada mil nacimientos fueron "nacimientos recuperados" (Cuadro VIII.5, parte 3 y Gráfico VIII.9). Dado que las TRA se aplican en parejas a las que se les ha diagnosticado esterilidad y que en general no respondían, o no respondieron, a otros tratamientos o que eventualmente habían optado por una EQV, se puede decir que estos nacimientos no hubieran ocurrido en ausencia de estas tecnologías y entonces los nacimientos en España en 1998 no habrían sido 365193 sino 362707. Considerando que el registro recoge información de cerca de un tercio de los ciclos tratados en España, se puede esperar que una vez se logre una cobertura total del registro, las cifras del cuadro anterior se pueden situar en cerca de 7500 nacimientos resultantes de estos tratamientos, lo cual representaría una recuperación de la natalidad, no de 7 por mil como se ha dicho con base en el registro actual si no 20 por mil.

Gráfico VIII.9 Proporción de partos y nacimientos provenientes de reproducción asistida según el registro actual (por mil). España, 1998



Fuente: Cuadro VII.5

RESUMEN Y CONCLUSIONES

A comienzos del siglo XX el índice sintético de fecundidad de España se situaba en 4.71 hijos por mujer, luego descendió y justamente en 1950 se observaba una de las tasas más bajas del siglo, 2.46 hijos por mujer. La segunda mitad del siglo se inicia con un aumento llegando en 1965 a 2.94 hijos por mujer para luego descender de manera que a finales del siglo XX la tasa era una de las más bajas de Europa y del mundo, situándose en 1.16 hijos por mujer en 1998 y en 1.20 en 1999. Este descenso paulatino, con algunos repuntes en ciertas épocas, ocurrió en momentos en que no existían métodos anticonceptivos eficaces o cuando éstos se habían desarrollado pero su uso era restringido y también cuando el aborto estaba prohibido.

Los estudios sobre los determinantes de la fecundidad realizados en las últimas décadas del siglo XX han llevado a identificar la anticoncepción y el aborto como variables de “control deliberado de la fecundidad” y particularmente la anticoncepción como una de las que más explican la diferencia entre la fecundidad natural y la fecundidad real de las poblaciones. El impacto del aborto suele ser menor pero siempre queda la duda sobre su efecto real debido a las carencias en la información. Así mismo, la esterilidad es considerada como un factor de la fecundidad natural marital por cuanto, dentro del matrimonio, en ausencia de anticoncepción y aborto, la fecundidad resultante será la fecundidad natural la cual disminuirá en la medida que la esterilidad sea frecuente. Las causas de la esterilidad identificadas tradicionalmente son las enfermedades de transmisión sexual y el aborto en malas condiciones. Por otra parte el acceso a servicios de anticoncepción y del aborto en condiciones seguras, la prevención y el tratamiento de la esterilidad así como el acceso a las técnicas de reproducción asistida constituyen elementos de suma importancia en el ejercicio de la sexualidad y el logro de las metas reproductivas en cuanto al número de hijos deseado y el momento de tenerlos.

De acuerdo con el objetivo general de este trabajo se presentarán aquí los resultados del análisis de la anticoncepción, la esterilización, el aborto, la esterilidad y el tratamiento de la misma, como determinantes de la fecundidad y como componentes de la salud sexual y reproductiva en España.

- 1. A finales el siglo XX España observaba alta prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos y eficaces combinados con*

métodos tradicionales. Los métodos definitivos tienen participación importante en la anticoncepción española. El mayor uso de esterilización masculina, preservativo y coitus interruptus hacen que la anticoncepción masculina sea mayor que en otros países de su entorno. La principal razón para discontinuar los métodos es querer tener un hijo; la falla del método es una razón de discontinuación mucho menos frecuente y de hecho la tasa de falla es baja comparada con las observadas en otras poblaciones contemporáneas.

En España los anticonceptivos estuvieron prohibidos entre 1941 y 1978; el 7 de octubre de este año se firmaba el Real Decreto 2275/78 que dejaba sin contenido los artículos del Código Penal, en los que se establecía que vender, prescribir, divulgar u ofrecer cualquier cosa destinada a evitar la procreación era delito. La esterilización quirúrgica voluntaria no quedó incluida en esta modificación debido a que formaba parte de otro articulado del Código Penal y fue despenalizada en 1983.

Un estudio sobre las actitudes y las prácticas de la población española hacia la natalidad y la anticoncepción que data de 1957 confirma, que no obstante las prohibiciones, existía una limitación voluntaria de los nacimientos en las distintas provincias. En el año 1964 se conoció en España la primera píldora anticonceptiva, pero no se recomendaba como anticonceptivo, si no que se recetaba para regular el ciclo menstrual o combatir el acné. Según la Encuesta de Fecundidad de 1977, en España, cuando aún persistían prohibiciones, cerca de una de cada dos mujeres en unión usaba algún método anticonceptivo (47%). Esta combinación del deseo de limitar los nacimientos sin poder acceder a métodos, bien sea porque no se habían desarrollado métodos seguros, o bien porque estaba prohibido usarlos, fortaleció el uso de métodos tradicionales y redundó en un uso eficiente de los mismos. Según esta encuesta, el principal método usado era el *coitus interruptus* (22% de las mujeres casadas o en unión) y en segundo lugar, pero con diferencia, la píldora (11%). A finales del siglo XX, 81 de cada cien mujeres en unión usaban algún método situándose en los niveles de países desarrollados como Canadá y Francia (80%), Italia (72%) o Noruega (75%) y aunque adquirieron importancia los métodos modernos (24% preservativo, 14% píldora, 8% DIU, 20% esterilización femenina o masculina), el *coitus interruptus* seguía siendo importante (11%).

El cambio más significativo en los últimos años corresponde quizás al preservativo cuyo uso pasó de 5 por ciento en 1.977 a 24 por ciento en 1.995, método que ofrece la doble protección –frente al

embarazo y frente a las enfermedades de transmisión sexual- y en particular responde a las campañas de prevención del VIH/SIDA. La píldora en cambio no tuvo el aumento que cabría esperar después de la legalización de la anticoncepción, lo cual puede deberse a que antes de este hecho hubiera cierta permisividad y se usara de manera generalizada, aunque aparentemente con otros fines; en 1.977 era el método moderno más usado y el segundo después del *coitus interruptus*. La esterilización es uno de los métodos que más aumenta el uso en las dos décadas analizadas con la característica de que en 1.995 es casi tan importante la esterilización femenina (12 por ciento) como la masculina (8 por ciento). El *coitus interruptus*, —aunque desciende sustancialmente entre 1.977 y 1.995 pasa de 23% a 11%— llama la atención que se conserve en este nivel si, por una parte se observa la amplia gama de métodos de que se dispone y por otra, que se considera de baja efectividad. Según estos resultados, en España el DIU y los métodos naturales se usan poco y prácticamente no se usan los inyectables y los implantes subcutáneos que corresponden a los hormonales y tampoco el diafragma.

En general la anticoncepción en España se puede considerar eficiente si se tiene en cuenta que la principal razón para discontinuar un método, tanto en hombres como en mujeres y para todos los métodos, es querer tener un hijo y representa casi la mitad de las discontinuaciones (46% en hombres y 43% en mujeres) mientras que la falla del método es la tercera razón. Sin embargo no debe perderse de vista que los problemas de salud y los efectos secundarios o colaterales son razones frecuentes para discontinuar el uso de la píldora, el DIU y las inyecciones los cuales pueden subsanarse con criterios más precisos en el momento de elegir el método.

Las tasas de falla de los métodos son un elemento importante de análisis para los programas de planificación familiar porque, si el método falla, se produce un embarazo no planeado y en muchos casos no deseado. De los métodos considerados eficaces, el que presenta mayor frecuencia de fallas es el preservativo (7 de cada cien segmentos iniciados) y aunque la píldora tiene la menor tasa, es de 3 fallas en cien segmentos, tanto en el caso de la píldora como en el del preservativo, puede estar faltando información sobre su uso correcto. La abstinencia periódica ha fallado en 21 de cada cien segmentos y el *coitus interruptus* en 17 de cada cien siendo los métodos con las mayores tasas. Las tasas de falla ocurridas en el primer año de uso y que se pueden interpretar como una aproximación al índice de Pearl, indican que el *coitus interruptus* ha fallado en cerca de 4 de cada cien segmentos en el primer año de uso mientras el índice de Pearl es de 16 por ciento y los datos conocidos en otras

poblaciones oscilan entre 8 y 25 por ciento de fallas. En los demás métodos, las tasas de falla en el primer año también son menores que índice de Pearl; aunque la diferencia es pequeña se puede deducir que en España son menores que en otras poblaciones reales. En conclusión, también en este indicador se observa un signo de eficiencia en la anticoncepción española

No obstante, hay una proporción importante de mujeres en unión (12%) que no tienen resueltas sus necesidades anticonceptivas. En la encuesta corresponden a aquellas que no usaban anticonceptivos y que: (1) estaban embarazadas pero que no deseaban ese embarazo o habrían deseado tenerlo después (0.5%); (2) no estaban embarazadas, se consideraban fértiles y no quieren más hijos (5.2%) o los quieren pero más adelante (6.6%).

2. A finales del siglo XX una de cada cinco parejas españolas usaba esterilización quirúrgica voluntaria siendo casi tan importante la femenina como la masculina. Las mujeres que optaron por este método observaron mayor precocidad en el inicio de relaciones sexuales, entrada a la unión y a la maternidad que el resto de mujeres de su misma edad, empezaron a usar anticoncepción más tarde y tuvieron mayor número de hijos. En los hombres no hay tanta uniformidad, las características más constantes son que tuvieron su primer hijo a edades más tempranas y más hijos que sus coetáneos. Tanto los hombres como las mujeres que optaron por EQV, cuando eran usuarios de métodos temporales, tuvieron mayor frecuencia de discontinuación de métodos —por falla del mismo o porque deseaba otro método— que el total de usuarios de anticoncepción.

En España, como en otros países desarrollados donde la esterilización es un método frecuente, se observa que hay un componente importante de esterilización masculina. En Canadá, 48 de cada cien parejas recurren a este método, 16 son por esterilización masculina (33 por ciento), en España la esterilización es usada por 21 de cada cien parejas y la masculina responde por 8 de cada cien (40% de estos usuarios) ¿qué perfil tendrán los usuarios de esterilización quirúrgica en un contexto de buena disponibilidad de métodos temporales seguros?

Si bien en la población general el inicio de relaciones sexuales se está dando cada vez más temprano, en las mujeres esterilizadas es aún menor en todos los grupos de edad (18 años en

esterilizadas y 20 en población general en 30-34; 20.5 y 22.4 años respectivamente en 40-44). La edad de inicio de uso de anticoncepción en cambio es mayor en las usuaria de EQV (23 en esterilizadas y 22.5 en población general) y menor porcentaje de uso en la primera relación sexual (33.2 en esterilizadas y 54.4 en población general).

La característica que ofrece más diferencia entre los esterilizados y la población general en edad reproductiva es el número de hijos; mientras en las esterilizadas es 2.9 hijos por mujer y los esterilizados 2.4, el promedio para la población general se sitúa en 1.3 y 0.9 hijos, respectivamente. Cerca de la mitad de las esterilizaciones femeninas ocurrieron en el mismo mes de nacimiento del último hijo nacido vivo (presumiblemente al momento del parto) y en los hombres, aunque no tan cercano al nacimiento, también mayoritariamente ocurren en el primer año de vida del último hijo y es aún más frecuente en los hombres que se han operado a edades más tempranas (25-34).

La edad media a la esterilización es cercana en hombres y en mujeres, siendo un poco mayor la de los hombres (33.6 en hombres y 32.7 en mujeres). En las mujeres, en las que los 50 años de edad se toma como límite de su capacidad reproductiva, la esterilización está dando 17 años de protección anticonceptiva eficaz; en los hombres, considerando que no hay un límite establecido serán más años de protección. Según el año en que se realizó la operación, la edad media se incrementa, en los hombres pasa de 32.6 a 35.5 años entre 1982-83 y 1992-93 y en las mujeres de 30.1 a 34.7 años.

Las personas esterilizadas, cuando eran usuarias de métodos temporales tuvieron con mayor frecuencia experiencias de fallas de métodos que los usuarios en general. En el caso de los hombres la tasa bruta de discontinuación por falla del método fue 10.3 por cada 100 segmentos iniciados frente a 4.7 por ciento en la población general y en las mujeres estas tasas son 14.7 y 7.9 respectivamente.

3. La notificación de las interrupciones voluntarias de embarazo indican que la tasa de aborto en España es baja comparada con los países de su entorno. No se dispone de una evaluación sistemática de cobertura desde la creación del registro, lo cual impide establecer la calidad diferencial que afecte las comparaciones, los análisis de tendencia y las mediciones de impacto demográfico. No obstante, debe tenerse en cuenta que, aunque se aplicara a los datos un factor de ajuste por subregistro, similar al encontrado para Francia, la tasa seguiría siendo baja. Este bajo nivel de aborto es confirmado

por otras fuentes de información como las encuestas. Suponiendo que entre 1995 y 1999 la calidad de la información es similar, se puede decir que el aborto estuvo estable en 1995-1997 y aumentó en 1998-1999. Este comportamiento se observa tanto en las tasas de aborto por mujer, como en la razón aborto por nacidos vivos y en el índice sintético de aborto. El mayor aumento ocurre en las mujeres de 15 a 19 años seguido de 20 a 24.

Dentro del contexto internacional se puede situar a España como un país de bajo nivel de aborto. En 1995 en España ocurrían 5.5 abortos por cada mil mujeres mientras que el promedio de su región, Europa Meridional, estaba en 24 por mil y el promedio mundial en cerca de 35 por mil. En 1999 la tasa era 6.5 abortos por mil mujeres en edad fértil.

Es difícil también ser concluyentes en la tendencia por edad, sin embargo se puede destacar que hacia 1997 hubo un descenso en el nivel de abortos que afectó principalmente a las edades centrales del período fértil pero luego repuntó alcanzándose en 1999 las tasas más altas del quinquenio. En el período 1995-99 la tasa más alta siempre estuvo en 20-24 años seguida de la de 25-29. Las adolescentes tienen tasas más bajas que estas edades y salvo en 1999, menores también que las de 30-34.

Sin embargo, en las adolescentes, la tendencia al aumento se mantuvo durante todo el período. En este grupo de edad el indicador más preocupante es la proporción de embarazos que terminan en aborto, mientras en 1995 de cada cien embarazos 38 terminaban en aborto, en 1999 eran 43 de cada cien. De seguir esta tendencia hacia el año 2002, uno de cada dos embarazos de adolescentes terminará en aborto, lo cual indica que la mayoría de los embarazos son no deseados. Si bien el indicador llama a la reflexión, conviene anotar que la tasa de embarazos es baja, es decir que las adolescentes evitan quedar embarazadas bien sea aplazando el inicio de las relaciones sexuales o usando métodos anticonceptivos. ¿serán las adolescentes y jóvenes de ahora candidatas en mayor proporción a ser usuarias de esterilización quirúrgica por alcanzar más temprano mayor tasas de fallas de métodos o mayor número de embarazos no deseados?

El índice sintético de aborto (de construcción similar al índice sintético de fecundidad) osciló entre 0.16 y 0.19 abortos por mujer al final del período reproductivo siendo uno de los más bajos del mundo.

Dentro de los que tienen información relativamente confiable se observan índices sintéticos de aborto del orden de 0.27 en Europa Occidental, 0.40 en Europa Meridional y Japón, 0.50 en Europa Septentrional y Canadá, 0.70 en Estados Unidos, China, y Turquía y 2.1 en Europa Oriental.

4. El problema en el análisis de la infertilidad y la esterilidad es la falta de estandarización en las definiciones de cada uno de los conceptos y por consiguiente la falta de una fuente de información normada. Según el último censo del siglo XX, en España 8 por ciento de mujeres llegaron a los 50 años solteras y 6 por ciento de las mujeres alguna vez casadas llegaron a los 50 años sin hijos. Según la FFS-95, tres por ciento de las mujeres de 45-49 años no tenían hijos habiendo estado expuestas al riesgo (esterilidad primaria). El registro actual de partos provenientes de reproducción asistida comparado con el total de partos indica que más de 5 por mil no habrían tenido lugar en ausencia de estos tratamientos.

No obstante las dificultades en las definiciones, que se abordarán más adelante en las conclusiones sobre las fuentes de información, lo disponible actualmente permite obtener datos interesantes.

Según el último censo del siglo XX en España, 9 por ciento de los hombres y 8 por ciento de las mujeres llegaron a los 50 años solteros y presumiblemente sin hijos. Pero esta pequeña diferencia y su magnitud no reflejan lo ocurrido durante el siglo. Hasta 1975 la soltería femenina había sido mayor que la masculina y particularmente entre 1940 y 1970 cuando la diferencia era notoria, la femenina rondaba 15 por ciento y la masculina 9 por ciento.

Un indicador de esterilidad definitiva con base en información censal es la proporción de mujeres de cincuenta años no solteras que no tuvieron hijos. Según el censo de 1970, 12 por ciento de las mujeres no solteras nacida en 1916-20 llegaron a los 50-55 años sin hijos; estas generaciones que se vieron afectadas por mayor celibato pudieron experimentar también matrimonios tardíos, en edades en las que ha empezado a disminuir la fertilidad de la pareja. Según el censo de 1991, 6 por ciento de la generación femenina de 1936-40 llegó a los 50-55 años sin hijos. La FFS-95 permite establecer que 4 por ciento de las mujeres de 45-49 años (generación 1946-1950) que estaban en unión en el momento de la encuesta no tenían hijos, con lo cual, parece haber una tendencia a disminuir la proporción de mujeres algunas vez unidas que terminan el período fértil sin hijos. Refinando un poco más el dato, y también con base en la FFS-95, se calcula que 10 por ciento de las mujeres en unión de 25-49 años

presenta esterilidad ya sea primaria (2.3%) o secundaria (7.8%), esterilidad que se identifica porque siendo sexualmente activas, no usuarias de métodos anticonceptivos incluida la esterilización, no tuvieron hijos en un lapso de cinco años . Considerando que el grupo de edad que intervino en este cálculo va de 25 años —cuando todavía quedan varios años para lograr tener un hijo— a 49 años, final del período reproductivo, se deberá calificar esta esterilidad como infertilidad o esterilidad temporal.

Con base en los datos suministrados por la Sociedad Española de Fertilidad provenientes del registro de embarazos y partos logrados gracias a técnicas de reproducción asistida, informado por cerca de la tercera parte de los centros que ofrecen estos tratamientos, se encuentra que para 1998 hubo 2290 embarazos y 1857 partos para los que se estiman 2486 nacimientos que equivalen al 7 por mil de los nacimientos de ese año; suponiendo que las dos terceras partes restantes de centros suministran información y que tienen el mismo nivel de éxito, se encuentra que se encuentra que 21 por mil de los nacimientos serían “nacimientos recuperados” .

5. El tipo de métodos de planificación familiar y el uso eficiente indican que la anticoncepción en España, además de evitar embarazos no deseados y disminuir los riesgos de la maternidad, favorece aspectos de la salud reproductiva, en razón a la mayor prevalencia de métodos cuyos efectos protectores son mayores que los colaterales. El bajo nivel de aborto debe interpretarse, entre otras razones, como una consecuencia de este uso eficiente de los métodos. El aumento del número de abortos en los últimos años debe analizarse como consecuencia de posibles cambios en la calidad del registro, que a su vez pueden tener origen en cambios en las normativas de seguridad social u otra razón administrativa, en los patrones de inmigración femenina, sin descartar un posible deterioro en el acceso y uso de los métodos, es decir, aumento de la demanda insatisfecha de métodos.

Se ha identificado la anticoncepción como una de las necesidades de la población que deben ser atendidas para el alcance de la salud sexual y reproductiva. Por una parte actúa en la disminución de los embarazos no deseados o no planeados y por otra en la disminución de los embarazos de mediano y alto riesgo. La reducción del número de hijos, la disminución de embarazos a edades tempranas o avanzadas del período fértil y el incremento de los intervalos intergenésicos conllevan

descenso de la morbi-mortalidad materna. Justamente la anticoncepción moderna permite planear los nacimientos en momentos propicios para la maternidad. El aborto en malas condiciones también tiene implicaciones en la salud sexual y reproductiva pues origina lesiones que pueden producir la esterilidad o la muerte de la mujer, de manera que el acceso oportuno a la tecnología apropiada, por parte de las mujeres que han decidido interrumpir sus embarazos redundará en mejor nivel de salud. El control de la enfermedades de transmisión sexual y la disminución del aborto en malas condiciones disminuirán los problemas de esterilidad. Sin embargo, en las poblaciones modernas se sospecha un aumento de la esterilidad temporal y definitiva^{lxxxviii} debida al aplazamiento del inicio de la maternidad hasta edades en que los niveles de fertilidad empiezan a caer. Las nuevas tecnologías a su vez contrarrestan este problema; su nivel de éxito todavía es bajo, no obstante avanzan rápidamente de manera que en un futuro muy cercano se estará hablando de recuperación de la natalidad por estas causas al mismo tiempo que se considera un mejoramiento de la salud reproductiva.

Uno de los aspectos controvertidos de la anticoncepción se refiere a los efectos colaterales o secundarios que producen muchos métodos, situación a la que, con frecuencia se le resta importancia cuando se la compara con los riesgos de un embarazo o un aborto en malas condiciones. Desde el punto de vista de la SSR, el uso cada vez mayor del preservativo es muy interesante pues es el único método que ofrece la doble protección, es decir, protección contra el embarazo no deseado y contra las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA y por consiguiente frente a enfermedad inflamatoria pélvica, dolor crónico e infertilidad. Es cierto que ofrece la doble protección pero no protegen totalmente contra estas enfermedades y al igual que en la prevención del embarazo su efectividad depende del uso correcto. Los métodos tradicionales como el *coitus interruptus* o la abstinencia periódica no tienen efectos colaterales o secundarios conocidos. Frente a los métodos hormonales hay gran controversia, tanto en los efectos protectores y colaterales como en las contraindicaciones para su uso.

En consecuencia la anticoncepción en España, además de los efectos ya mencionados por reducción de embarazos no deseados o embarazos de riesgo, tiene las características de estar menos recargada, que en otros países, sobre métodos con efectos nocivos para la salud. Sin embargo debe reflexionarse sobre algunos aspectos:

^{lxxxviii} Los datos encontrados en este trabajo muestran que en España viene disminuyendo la proporción de mujeres que llegan a los 50 años sin hijos. Puede ser que lo que ha aumentado es la demanda de servicios debido a la oferta de tecnología apropiada para el tratamiento de la infertilidad y la esterilidad.

- Anteriormente se describió el aumento de aborto en adolescentes y mujeres jóvenes. Se deduce que cerca de la mitad de los embarazos son no deseados. Aunque la encuesta de FFS es de 1995 año en que el aborto tenía menor nivel, se puede observar que en las mujeres de 18-19 años que estaban en unión en el momento de la encuesta, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos era de 85.7 por ciento y en las que no estaban unidas pero eran sexualmente activas de 98.5 por ciento y que particularmente en este último grupo el método más usado era el preservativo (60%) seguido de la píldora (34%). La conclusión es que el uso es altísimo y con métodos modernos, lo cual lleva a la pregunta obligada de si los usan correctamente. En el caso del preservativo, una de las condiciones del uso correcto es usarlo “todas las veces” es decir un preservativo nuevo en cada episodio o contacto sexual. ¿cuántos contactos sexuales tiene una pareja de adolescentes o jóvenes en una noche de fin de semana, por ejemplo? ¿se aborda este hecho en las visitas de orientación e información? ¿qué otras indicaciones hay para el uso correcto? El aumento del aborto puede deberse a deterioro en el acceso a métodos anticonceptivos apropiados para cada persona de acuerdo a sus características. En edades jóvenes garantizar un número suficiente de preservativos debe ser un elemento a tener en cuenta.
- La esterilización, tanto masculina como femenina, reporta la ventaja de altísima protección anticonceptiva en un solo procedimiento pero tiene algunas desventajas. Por una parte, en situaciones como, conformar otra unión u otra razón para cambiar la decisión la irreversibilidad puede ser un problema prácticamente sin solución; recaerá en demanda de servicios de “desesterilización” o en servicios de reproducción asistida. También debe anotarse que al tener resuelta definitivamente su protección anticonceptiva, difícilmente serán usuarios de preservativos y por consiguiente tendrán menos posibilidades de protegerse contra enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. Por otra parte, los usuarios de este método en España se caracterizan por haber experimentado mayor índice de falla de los métodos y haber completado o superado su fecundidad deseada antes que la población general. Cabe pensar que si hubieran tenido una mejor experiencia con los métodos temporales muchos de ellos quizás no habrían tenido que recurrir a un método irreversible.
- La píldora es el tercer método en importancia en España en el conjunto de mujeres en unión, pero el primero en jóvenes en unión (18-29) y el segundo método en las no unidas sexualmente activas de estas edades. Se puede adquirir sin receta médica, situación que

podría repercutir en mayor frecuencia de uso, sin embargo en España no es así. Sería interesante saber si las mujeres que la usan han recibido prescripción médica pues actualmente hay una gran variedad de preparados y se puede escoger el que más se acomode a las características de la usuaria, pero como lo señalan los manuales de planificación familiar, deber ser especialista quien decida si una mujer puede tomar la píldora y cuál. En todo caso no debe olvidarse que estos métodos continúan en desarrollo, que hay mujeres que inician su uso a edades tempranas y por varios años con lo cual habrá que esperar para conocer la real magnitud de los efectos secundarios a largo plazo. Por lo pronto, se sabe de una demanda planteada por cien mujeres del Reino Unido contra tres fabricantes de la píldora de tercera generación, comercializada en los años ochenta alegando que produce graves efectos secundarios, como la formación de coágulos en la sangre. Algunas de ellas argumentan que las lesiones les produjeron incapacidades de por vida³⁶⁸.

- El que 11 por ciento de las mujeres en unión recurran al coitus interruptus puede interpretarse como falta de posibilidades de acceder a métodos modernos, pero no es el caso de España dado que dentro de las razones para discontinuar los métodos prácticamente no se menciona, en ninguno, que haya dificultades para conseguirlo. La razón puede estar en que durante los años en que los métodos estuvieron prohibidos era una de las pocas alternativas y se aprendió a usar con eficiencia, como lo muestra el bajo nivel de falla comparado con otras poblaciones y con el índice de Pearl. Actualmente en algunas situaciones será la única posibilidad en un momento dado, pero dada la metodología de recolección de la encuesta (segmentos de uso de tres meses o más) la persona que informa sobre este método tiene claro que lo usa y en muchos casos se discontinúan métodos modernos y eficaces y se cambian por este método.

6. La variedad de fuentes de información disponible^{lxxxix} para España permitió hacer el recorrido por las variables demográficas que han sido objeto de este trabajo. Reconociendo las bondades y valía de dichas fuentes, en este apartado se señalarán las dificultades encontradas, observaciones que quizás sirvan para el mejoramiento de las mismas.

^{lxxxix} Además de las fuentes disponibles por ser de la función pública tuve acceso a información menos difundida como el naciente registro de la Sociedad Española de Fertilidad sobre Técnicas de Reproducción Asistida. Conté también con comunicaciones personales de muchas expertas que me que orientaron.

6.1 Acerca de la notificación obligatoria de las interrupciones voluntarias del embarazo

Desde el punto de vista estadístico y demográfico, una tarea pendiente es la evaluación que permita identificar si actualmente hay subregistro y su magnitud, las razones por las que ocurre y las poblaciones más afectadas. En Francia se encontró que tanto instituciones públicas como privadas dejaban de notificar cerca de 16 por ciento de los abortos habiendo sido practicados dentro de las normas legales; era simple desidia administrativa. La herramienta para medir la magnitud del problema fue el volumen de reintegros que hizo la seguridad social para cubrir este concepto comparado con las notificaciones. Esta metodología podría aplicarse en España en las Comunidades Autónomas en las que el aborto está cubierto por la seguridad social. En las demás habrá que buscar otros mecanismos, pero cuesta creer que si el sistema de salud no cubre este servicio, no se presenten casos de aborto en condiciones de clandestinidad y por supuesto de no notificación. Posiblemente se destapará el problema cuando ocurra un caso tan grave como lo fue la muerte de una paciente por un procedimiento de cirugía estética, en ese momento se identificaron las clínicas sin licencia de funcionamiento.

Otro elemento a evaluar es la calidad de la información consignada, especialmente la de lugar de residencia. Hay Comunidades Autónomas donde prácticamente no se presta el servicio de aborto y las mujeres que optan por este recurso deben viajar a otra comunidad autónoma (turismo abortivo doméstico) o a otro país. Actualmente algunas comunidades autónomas tienen tasas muy bajas^{xc} pero no se sabe cuántos casos están registrados en otra comunidad autónoma, teóricamente no habría problema porque se debe anotar el lugar de residencia y no el lugar donde se practica el aborto. De otro lado, para aquellas CCAA que atienden estos casos se pueden estar incrementando sus cifras y sobre-estimando tasas y demás indicadores usados para el análisis.

Otros tipos de movilidad que pueden afectar los resultados o la interpretación son los de las inmigrantes y los de "turismo abortivo" hacia España proveniente de países vecinos. En los años recientes España está viviendo una ola inmigratoria importante de personas en edad de trabajar (que coincide con la edad reproductiva). El incremento en los abortos puede estar explicado en parte por

^{xc} En este trabajo no se hizo análisis por comunidad autónoma

estos colectivos (sea en situación regular o en situación irregular), como lo está el aumento de los nacimientos. El turismo abortivo quedará captado por la variable lugar de residencia si se consigna correctamente.

6.2 Acerca del registro de embarazos y partos resultantes de técnicas de reproducción asistida

El principal problema para abordar este tema es la falta de definiciones consensuadas desde el punto de vista médico y el demográfico. En rigor se tendrían seis conceptos no excluyentes, infecundidad temporal y definitiva, esterilidad temporal y definitiva, esterilidad primaria y secundaria. En lo demográfico, la infecundidad y la esterilidad definitiva sólo se pueden caracterizar como tales al final del período fértil cuando se cierran las posibilidades de tener un hijo y cambiar a la categoría de fecunda/fecundo o fértil. Desde el punto de vista médico la esterilidad temporal toma otros rangos como subfecundidad, subfertilidad o infertilidad y denotan lapsos de tiempo en los cuales una pareja o individuo afronta problemas de esterilidad, o cuando han disminuido los niveles de fertilidad, por ejemplo durante el puerperio, la lactancia e incluso el embarazo. Estos términos también los reivindican quienes prestan apoyo psicológico a estas personas pues es más manejable hablar de infertilidad que de esterilidad. Antes del desarrollo de la reproducción asistida, la esterilidad definitiva se podía diagnosticar mucho tiempo antes de terminar el período fértil; actualmente, a un diagnóstico de esterilidad sigue el tratamiento que en caso de ser exitoso cambia el status del paciente, aunque habría que aclarar si para el médico, ese paciente sigue siendo estéril. Para el demógrafo ya no lo es, a lo sumo podrá pasar a engrosar las filas de la esterilidad secundaria.

Para médicos y terapeutas una solución a los problemas de esterilidad es la adopción. Para el demógrafo, que basa sus estudios en la fecundidad efectiva en principio no es solución, es decir la persona es estéril y no aporta hijos nacidos vivos. Lo que sucede es que al obtener los datos de censos o encuestas estos niños quedan registrados como hijos y no se hace distinción de si es biológico o adoptado, con lo cual los cálculos de infecundidad y esterilidad, de por sí pequeños, quedan subestimados. Quiere decir que las cifras obtenidas de estas fuentes constituyen una cota mínima.

Si en esto de las definiciones hay mucho que precisar, la medición del impacto demográfico de las soluciones a estos problemas no es menos. Las técnicas de reproducción asistida se refieren a la

fecundación *in vitro* y sus modalidades y al parecer no incluyen la inseminación artificial ni otros tratamientos menos sofisticados, o que constituyen el primer paso en muchos casos, como es la estimulación ovariana. Irremediablemente se vuelve a la pregunta de ¿cuánto tiempo debe esperar una pareja o individuo, teniendo relaciones sexuales normales, en ausencia de anticoncepción para considerarse estéril? Para medir el impacto demográfico o la recuperación de la natalidad por estas técnicas habría que aclarar en cuáles, esos nacimientos no habrían tenido lugar en ausencia del tratamiento. Del mismo modo habría que aclarar si se toman en cuenta nacimientos provenientes de estas técnicas pero no por problemas de esterilidad sino con fines de selección de embriones, por ejemplo, es decir en casos de usarse para diagnóstico genético pre-implantacional.

En este trabajo se prefirió usar los siguientes términos, pero es claro que el debate apenas empieza, a saber: (1) infecundidad: terminar el período fértil sin hijos por causas voluntarias o involuntarias (2) infertilidad: como sinónimo de esterilidad temporal; (3) esterilidad primaria: terminar el período fértil sin hijos por una incapacidad para procrear, es una esterilidad definitiva y (4) esterilidad secundaria: también esterilidad definitiva pero sobrevenida después de haber tenido hijos.

6.3 *Acerca la Encuesta de Fecundidad y Familia de 1995.*

La información proveniente de esta encuesta es bastante completa para caracterizar la anticoncepción y particularmente España aplicó en este tema el conjunto de preguntas propuesto en el formulario estándar, de manera que se cuenta con información de anticoncepción “actual” o en el momento de la entrevista y con la historia anticonceptiva de la persona. Resulta muy positivo además que la muestra incluyera hombres y mujeres lo cual permite analizar las diferencias de los patrones anticonceptivos por sexo.

Las observaciones se refieren a:

- La metodología empleada en la historia de la regulación de la fecundidad recoge información para segmentos de uso de tres meses o más, con lo cual, los métodos temporales que se usan solo cuando se tienen relaciones sexuales, como es el caso del preservativo y del *coitus interruptus* pueden quedar menos reportados. Dado que estos métodos son de alta prevalencia en España los análisis de dinámica anticonceptiva (número de segmentos, número de discontinuaciones, duración de los segmentos) pueden verse afectados. La prevalencia

actual de métodos, que se refiere al método usado en el último mes se verá afectada si en ese mes no se tuvieron relaciones. Por ejemplo, si una persona está esterilizada y le preguntan qué método ha usado en las últimas cuatro semanas, consignará este método. Si una persona usa preservativo pero no tuvo relaciones sexuales dirá que no usó. Así estos métodos tienden a quedar subregistrados. La metodología del calendario de eventos en los últimos cinco años usada en las DHS puede ser mejor en este tipo de situaciones.

- Aunque en este trabajo no se hace análisis de la lactancia ni como determinante próximo de la fecundidad ni como componente de la salud reproductiva, conviene decir que es una omisión importante de esta ronda de FFS y que ojalá sea incluida en las rondas siguientes. No debe perderse de vista la relación de doble vía entre hábitos de lactancia y actividad laboral de la mujer, particularmente si se quiere recuperar la natalidad.
- Sería deseable mejorar la información sobre esterilidad e infertilidad. En la FFS-95 se introdujo solo una pregunta que casi constituía un filtro para llegar a las preguntas de esterilización quirúrgica y los resultados, en el caso de España, dan una frecuencia de esterilidad muy baja. Para tener un dato más confiable serían necesarias varias preguntas complementarias. Por otra parte, la pregunta en el cuestionario a la población masculina tiene por objeto identificar si la pareja (es decir la mujer) no está en capacidad de tener hijos, omitiéndose la posibilidad de conocer los casos de infertilidad o esterilidad involuntaria de los hombres.
- También se debería explorar la razón por la que la información sobre aborto dio tan baja, con el fin de introducir las preguntas necesarias que lleven a una mejor medición.
- En países desarrollados con avanzada esperanza de vida, convendría saber algo más de los conocimientos y hábitos de prevención de la salud sexual y reproductiva después de finalizado el período fértil. Es el caso del cáncer de cérvix y de mama, la osteoporosis, la incontinencia urinaria u otros problemas de salud asociados con los procesos reproductivos.
- El análisis por regiones, subregiones, comunidades autónomas o provincias es muy importante y dado que las encuestas constituyen casi la única fuente de información para anticoncepción, es recomendable poder tener una aproximación regional.

* * *

Las decisiones alrededor de la anticoncepción y el aborto o el enfrentar problemas de esterilidad pertenecen a lo más íntimo de las personas y se mueven entre la vida y la muerte e involucran el amor, la ética, la religión y la religiosidad. Investigar sobre cada uno de estos temas tiene dificultades porque el comportamiento reproductivo no está aislado del contexto cultural, social y político donde las personas ejercen su sexualidad y planean sus familias guiadas por diferentes sistemas de género de sus culturas. Entender en su totalidad el comportamiento reproductivo de un determinado grupo presupone un distanciamiento de los propios prejuicios, vivencias y preferencias para entender mejor aquello que estamos investigando. A veces, en nuestra trayectoria de investigadores conseguimos investimos de esta neutralidad científica y quizás me fui posible por dos razones. Primero, por haber utilizado el método demográfico a través del cual pude medir las variables de comportamiento reproductivo de manera más objetiva. Segundo, por mi posición de investigadora extranjera interesada en profundizar el tema propuesto tuve que ser menos ardorosa en mis sentimientos. No me fue fácil y creo que ha sido el gran desafío de mi carrera y espero haber contribuido para un mejor entendimiento de la historia de la reproducción de España.

GLOSARIO

Aborto honoris causa: aborto practicado con ánimo de ocultar la deshonra de la mujer, apoyado en razones psico-éticas que defienden el honor sexual personal. Sólo en el aborto honoris causa el círculo de autores está restringido a la embarazada o sus padres.

Coito sin protección³⁶⁹: se considera un coito sin protección cuando una mujer ha tenido un coito contra su voluntad o ha sido forzada a tener sexo; cuando el condón se ha roto; el DIU se ha salido del lugar; la mujer se ha quedado sin anticonceptivos orales, ha olvidado tomar 2 o más anticonceptivos orales sólo de progestágeno, o se ha retrasado más de algunas semanas en recibir su inyección de DMPA, y además ha tenido un coito sin usar ningún otro método de planificación familiar; el coito tuvo lugar sin anticoncepción y la mujer quiere evitar el embarazo.

Demanda total de anticoncepción. Proporción de mujeres con necesidad insatisfecha más la proporción de mujeres embarazadas o amenorreicas a las que les falló el método y las mujeres que usan anticoncepción.

Duración de los segmentos de uso. Número de meses durante los cuales se usa un método sin interrupción. Se establece para los segmentos cerrados.

Edad mediana: medida estadística de tendencia central de una distribución. Tiene la ventaja de no estar afectada por valores extremos. La mitad de los casos observados se sitúa por debajo de la mediana, por consiguiente la otra mitad se sitúa por encima. En este trabajo se calculó la mediana de la edad de inicio de relaciones sexuales, edad de inicio de uso de métodos anticonceptivos, edad a la formación de pareja, edad al primer nacido vivo.

Efecto protector³⁷⁰: es aquel que previene la aparición de enfermedades.

Efecto secundario³⁷¹: según las normas de la Good Clinical Practice (GCP) de la Comunidad Europea, se define como efecto secundario cualquier reacción nociva o indeseada que aparece con las habituales dosis utilizadas en la profilaxis, diagnóstico o tratamiento de enfermedades o bien en la modificación de ciertas funciones fisiológicas. Los efectos secundarios pueden reflejar una sensación subjetiva de malestar, pero también producen daños objetivos o alteraciones orgánicas. Por eso, siempre debe valorarse la relación entre el riesgo y los posibles beneficios de una medicación. Los efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales se deben examinar frente al riesgo de embarazo, parto o posible interrupción del embarazo.

Efecto terapéutico³⁷²: es aquel que determina una curación o mejoría en los síntomas clínicos. El médico puede prescribir en algunas ocasiones los anticonceptivos hormonales como agentes terapéuticos.

Eficacia de un método anticonceptivo. Se mide por el número de embarazos no deseados que ocurren cuando se aplica dicho método. Habitualmente se utiliza el índice de Pearl.

Esterilidad: ineptitud para procrear; esterilidad **primaria o total**, se refiere al hecho de no haber procreado nunca, habiendo existido exposición al riesgo y en ausencia de anticoncepción; esterilidad **secundaria o parcial** es la que se presenta después de haber ocurrido un nacimiento. Esterilidad **definitiva**, es decir que una vez identificada no va seguida de un restablecimiento de la fertilidad. La esterilidad **pasajera o temporal**, en cambio, es cuando un período de esterilidad de la mujer va seguido de una vuelta a la fertilidad.

Índice de Pearl. Indica el número de embarazos no deseados por cada 100 años pareja de utilización del método. Por ejemplo si 100 parejas utilizan un determinado método anticonceptivo a lo largo de un año y, durante este plazo, ocurre un embarazo, el índice de Pearl, que mide el fracaso, sería de 1.

Índice sintético de aborto : número promedio de abortos que tendrá una mujer al final de la vida reproductiva si está sometida al patrón de aborto por edad del momento para el cual se hace la estimación. Podría denominarse también, tasa global de aborto o tasa total de aborto.

Infecundidad definitiva o total: es el hecho de llegar al final de la vida fértil sin haber tenido hijos nacidos vivos; puede ser voluntaria o involuntaria, asociada a problemas de esterilidad o no.

Infecundidad: es la ausencia de nacidos vivos para una mujer, un hombre o una pareja durante un período de tiempo dado.

Mujeres actualmente unidas (MAU) mujeres que en el momento de la encuesta están casadas o en unión consensual (parejas de hecho).

Mujeres no unidas actualmente pero sexualmente activas (MNUA-SA) mujeres que en el momento de la encuesta no están casadas ni viven en unión consensual y que tuvieron relaciones sexuales en el mes anterior a la encuesta.

Necesidad no satisfecha de planificación familiar. Proporción de mujeres casadas o unidas que no están usando anticoncepción, no están embarazadas ni amenorreicas, son fértiles que no desean más hijos o desean tener pero más tarde y las que están embarazadas o amenorreicas que declaran que el último embarazo fue no deseado o no planeado.

Objeción de conciencia: motivo por el cual, en condiciones normales y salvo caso de urgencia, un facultativo puede negarse a llevar a cabo un aborto por razones profesionales o personales.

Razón de aborto: número de abortos / Nacimientos

Secuencia en el uso de métodos. El interés de analizar la secuencia de uso de métodos se orienta a establecer si el cambio de un método a otro tiende a buscar aquellos de mayor efectividad, de menos efectos secundarios o de menos interferencia en el momento del coito u otro tipo de tendencia.

Segmento de uso de un método. Tiempo durante el cual una persona usa un método sin interrupción.

Segmentos de uso abiertos o censurados son aquellos en que la mujer está usando el método en el momento de la encuesta.

Segmentos de uso cerrados son aquellos que tienen fecha de inicio y fecha de discontinuación.

Tasa Bruta de Discontinuación por una causa específica es la tasa de discontinuación si esa fuera la única causa de discontinuación de un método en particular. Corresponde al número de discontinuaciones de un método por una causa específica, dividido por el número de usuarias de ese método.

Tasa de aborto: número de abortos en mujeres de edad X / mujeres de edad X

Tasa de falla de un método: número de casos en que la discontinuación ocurre a causa de falla del método y la mujer ha quedado embarazada, dividido por el número de usuarias de ese método.

Tasa de falla en el primer año. Es una aproximación al índice de Pearl. Corresponde al número de casos en que la discontinuación ocurre a causa de falla del método durante el primer año de uso y la mujer ha quedado embarazada, dividido por el número de usuarias de ese método.

Tasa de prevalencia anticonceptiva. cociente entre MAU de edad x, que usaban algún método anticonceptivo al momento de la entrevista y las MAU de edad x. Suele amplificarse por cien.

Tasa neta de discontinuación. Se define como la tasa de discontinuación debida a una razón particular, en presencia de otras razones de discontinuación, por lo cual las razones son dependientes entre sí. Resulta de dividir el N° de segmentos discontinuados por una razón por el N° que comienza el uso menos la mitad de los segmentos censurados.

