

La trayectoria del aborto seguro en Cuba: evitar mejor que abortar

Save abortion trajectory in Cuba: avoiding is better than aborting

Recibido: 9 de junio 2014

Aceptado: 15 de septiembre de 2014

*Dra. María Elena Benítez Pérez**

Resumen

El aborto provocado o inducido es una práctica que se ha observado en todos los países. A su alrededor la neutralidad parece no existir al estar permeado por posturas que terminan polarizando todo debate. En Cuba ha sido un método extensamente usado por las mujeres para regular su procreación y este será el problema de investigación del presente trabajo. Su desarrollo parte de la hipótesis general de que aún bajo condiciones seguras, el aborto reduce; pero no elimina, riesgos y secuelas para la salud femenina. El objetivo está dirigido a fundamentar por qué evitar siempre es mejor que abortar. Su base teórica es el método de los determinantes próximos enunciado por Davis y Blake.

Palabras clave

Aborto, salud, población, demografía, historia

Abstract

The abortion -also known as induced- is a practice that it has been observed worldwide. Neutrality seems not to exist around this practice, but quite a number of postures that at the end polarize the debate. This method has been used widely by women in Cuba, in order to control their procreation. This will be the research problem of the present work. Its development is based on the general hypothesis of that still under safe conditions; the abortion reduces, but doesn't eliminate, risks and sequels for the feminine health. The objective is aimed to explain why avoiding always is better than aborting. Its theoretical support is the method of the next determinants, enunciated by Davis and Blake.

Key words

Abortion, health, population, demography, history

* Doctora en Ciencias Económicas de la Universidad de La Habana. Centro de Estudios Demográficos (CEDEM). Universidad de La Habana, Cuba. benitez@cedem.uh.cu

INTRODUCCIÓN¹

La sustitución o renovación permanente de un grupo de personas por nuevos seres humanos es una estrategia ineludible de compromiso con la humanidad, que permite garantizar la estabilidad de las generaciones actuales y futuras. La misma se materializa a través de dos procesos demográficos básicos: los nacimientos y las muertes, así como, por la multiplicación que tiene lugar a través de los matrimonios y de las uniones consensuales o cohabitacionales que perpetúan al grupo.

Sin embargo, esta es solo la base natural de la reproducción del género humano, que se produce en interrelación con otros fenómenos y procesos sociales, lo que la convierte en un atributo exclusivo como ser biológico y social. Ello explica por qué el término demografía fue utilizado por Achille Guillard en 1855, como “la historia natural y social de la especie humana”, evidenciando su papel en relación con otros fenómenos y hechos sociales.

En otras palabras, son múltiples los factores que influyen sobre, o pueden estar influidos por: el tamaño de una población, su renovación y sus características generales desde un punto de vista fundamentalmente cuantitativo, de aquí la importancia que reporta en el manejo de los conceptos y en el tratamiento o análisis de la información que se dispone, la contextualización del entorno económico, histórico, legal, cultural, social o de cualquier otra índole, del pasado y del presente.

Pongamos como ejemplo a la procreación. El número de hijos que pueden ser procreados está sujeto, en primer lugar, a límites biológicos o naturales.² Sin embargo, de las condiciones económicas, culturales, sociales, entre otras, dependerá básicamente en qué medida el número real de hijos

de las mujeres se diferenciará del número posible desde el punto de vista biológico.

Surge entonces el concepto de procreación consciente, procreación responsable y/o procreación limitada, un término demográfico, utilizado inicialmente por el neomalthusianismo de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, para referirse a la toma de conciencia social e individual en relación con el control de la procreación de los hijos, su cuidado y educación. Su objetivo pasaba por la toma de conciencia de la necesidad de limitar la procreación y por el acceso a métodos anticonceptivos que permitieran un efectivo control de la natalidad (Masjuan, 2002).

Numerosas son, también, las teorías explicativas del crecimiento de la población. De igual manera, el interés por el estudio del comportamiento reproductivo variará en dependencia de la ciencia o disciplina que lo trate. En la demografía se mide la natalidad como expresión de la frecuencia con que se producen los nacimientos en una población, por tanto, se le considera uno de los componentes principales en su crecimiento; en la medicina, se realiza el seguimiento del embarazo, con el fin de que la mujer alcance con éxito el parto; en la antropología o sociología, el análisis radica en su efecto sobre la transmisión genética y la incidencia de los factores sociales y culturales que influyen en su regulación.

En consecuencia, el uso de métodos anticonceptivos y el aborto provocado o inducido, son acciones cuya finalidad conduce, inevitablemente, a un control de la natalidad y repercuten en el reemplazo de las generaciones. En este contexto, el problema de investigación del presente trabajo es el aborto provocado o inducido, un método que sigue colocado en una posición bastante alta en la jerarquía de los métodos anticonceptivos que utilizan las cubanas para regular su procreación.

Su desarrollo parte de la hipótesis general de que, aún bajo condiciones seguras, el aborto reduce; pero no elimina, riesgos y secuelas para la salud femenina. Por ello, el objetivo de esta investigación está dirigido a fundamentar por qué evitar siempre es mejor que abortar.

El trabajo se sustenta en el enfoque teórico del método de los determinantes próximos enunciado en 1956 por Davis Kingsley y Judith Blake, un sistema analítico que intenta explicar hipotéticamente

¹ Agradezco a la Maestra en Demografía Susana Lerner Sigal, por sus valiosas sugerencias para mejorar el manuscrito de este trabajo.

² Fecundidad natural es el número medio de hijos que tendría una mujer de una cohorte hipotética, expuesta al riesgo de concebir en ausencia de toda práctica anticonceptiva y en condiciones de no infertilidad. El demógrafo francés John Boongarts (1982), estimó que dicho nivel máximo es de aproximadamente 15.3 hijos al final del período fértil de la mujer.

Dra. María Elena Benítez Pérez

las relaciones causales más inmediatas que afectan a la fecundidad.

Los antecedentes del trabajo se sitúan en la investigación *La epidemia del aborto* realizada por la autora en el Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), de la Universidad de La Habana y cuyos resultados fueron publicados en el libro *Salud Reproductiva en Cuba, Volumen II*, La Habana, 1997.

Las fuentes de información provienen de los censos de población y viviendas realizados en el país en los años: 1953, 1970, 1981, 2002 y 2012. Las encuestas también contribuyeron de manera importante en su realización, en particular, la Encuesta Nacional de Fecundidad realizada en el país en los años 1987 (la primera de su tipo en Cuba) y 2009, ambas con propósitos similares en el tratamiento de aspectos más específicos relacionados con la fecundidad como la historia de embarazos, conocimiento y uso de anticoncepción, nupcialidad asociada al riesgo de embarazo, entre otros componentes informativos.

También se utilizaron datos estadísticos del movimiento natural de la población publicados en el Anuario Demográfico de Cuba, así como, información sobre aborto inducido y mortalidad materna publicada en el Anuario Estadístico de Salud, ambos como indican sus títulos con periodicidad anual y publicados, respectivamente, por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE) adscrito a la Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI) y por la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud perteneciente al Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba.

Desde la perspectiva temporal, el enfoque del trabajo es transversal.

Para dar cumplimiento al objetivo propuesto, el artículo fue estructurado en cinco subtemas. El primero contiene un breve análisis del marco demográfico en que tiene lugar el proceso de reproducción de la población cubana y sitúa al aborto como el segundo determinante próximo del número de hijos en Cuba.

En el subtema que sigue se propone una contextualización histórica de la práctica del aborto en el país. En el mismo se evidencia que, la cultura y la práctica del aborto son ancestrales en Cuba.

El tercero recoge las interpretaciones realizadas en el marco del derecho que permitieron, a partir de 1965, la introducción de su práctica en

los hospitales del país, lo cual tuvo entre sus objetivos brindar a la mujer la seguridad del sistema de salud y disminuir la elevada mortalidad materna por este concepto. Como hecho singular, cabe destacar que Cuba es uno de los pocos países que establecen en su legislación los casos en que no debe realizarse el aborto, mientras en la mayoría se establecen las excepciones según las cuales se practica legalmente.

El cuarto nos acerca a la importancia de la educación sexual y la planificación familiar para tener acceso pleno al derecho de decidir. Es decir que, si bien no todas las mujeres tienen que aceptar que está bien abortar, sí todas tienen el derecho de tomar su propia decisión, para lo cual, tanto ellas como sus parejas necesitan ser informados, educados y tener acceso a métodos sin riesgo, eficaces, asequibles y aceptables de su elección.

Al respecto, los datos disponibles para Cuba muestran que la primera relación sexual, generalmente, ocurre en edades muy tempranas, con parejas ocasionales o de corta duración, y, sin la debida protección, comportamiento que es visto con preocupación por los expertos.

En el último se hace un análisis de las cifras oficiales de aborto que comienzan a registrarse en el país desde el año 1968. Se enumeran las razones que declaran las mujeres para explicar su recurrente práctica y se intenta responder a preguntas como ¿Hasta qué punto el aborto seguro y su legitimación social han creado una "cultura del aborto" entre las mujeres cubanas? ¿Conocen realmente los riesgos que se corren tras un aborto? ¿Reciben hombres y mujeres información y servicios de salud sexual y reproductiva adaptados a su edad? ¿Hay conciencia de que la prevención es mejor que la actuación? En cuyas respuestas pudiera estar la solución a problemáticas que todavía no han sido resueltas en el país.

Se ofrecen las conclusiones y recomendaciones a que se llega en el trabajo, las que responden al objetivo propuesto y sintetizan el desarrollo conceptual y metodológico de la investigación.

EL MARCO DEMOGRÁFICO

La reproducción de la población encuentra una primera explicación en el comportamiento que presentan las variables demográficas fecundidad,

mortalidad y migración. Son ellas las que, al combinarse, determinan la magnitud y la evolución de una población en el tiempo y el espacio. Cabe destacar, no obstante, que estos factores no influyen en la misma medida. Así, los cambios en el nivel de la fecundidad producen, en general, un efecto mucho mayor en la tasa de crecimiento poblacional y la estructura por edades de una población, que los cambios que se registran en la mortalidad y las migraciones.

Cuba no es la excepción. El perfil demográfico del país gira principalmente alrededor de la fecundidad y lo que con ella se relaciona: cada vez nacen menos personas y también mueren menos y más tarde, a lo que se suma un saldo migratorio negativo (se van al exterior más de los que llegan), especialmente personas jóvenes, en particular, mujeres en edad reproductiva. Ello ha conducido desde mediados del siglo XX, a la reducción progresiva de la tasa de crecimiento de la población (ver Cuadro 1).

El descenso registrado en el número de nacimientos ha sido vertiginoso. Si durante las décadas de los sesenta y setenta del pasado siglo el promedio anual de nacimientos que se registraban en el país ascendía a unos 250 000, en el año 2012 solo ocurrieron poco más de 125 000 (ONEI-CEPDE, 2014: 36). Desde 1978, el reemplazo generacional no se garantiza al quedar, en promedio, menos de una hija por cada mujer en edad reproductiva.

Cabe destacar que aunque no se estableció en el país una política explícita que orientara disminuir el ritmo de crecimiento de la población, en la práctica, el Estado cubano integró de una forma u otra los elementos característicos de la planificación familiar en el ámbito de las políticas de salud y educación. Estaba claro que una mujer educada tiene mayores posibilidades que las demás de recibir atención médica y de adoptar medidas para mantener su propia salud y la de su familia; tiene más posibilidades de utilizar anticonceptivos y de encontrar empleo en el sector estructurado de la economía, entre otras muchas ventajas. Precisamente, en la profunda transformación experimentada en el rol social de la mujer después de 1959 se sitúa -para el caso cubano- el pivote del cambio (Benítez, 2003: 63).

También están presentes elementos de otra naturaleza, como la notable reducción de la mortalidad infantil -4.2 niños menores de un año por cada mil nacidos vivos- (CEPDE-ONEI, 2014: 58), tasa situada al nivel de los países más desarrollados, lo que propicia a tener menos hijos por parte de las mujeres.

Mientras a partir de 1989 -año que marca la pérdida del grueso del comercio internacional de Cuba debido al colapso del bloque socialista europeo y, por ende, el inicio de severas contracciones económicas en la Isla- las consideraciones de las familias acerca de las dificultades cotidianas han comenzado a desempeñar también un papel de importancia en la regulación de los nacimientos.

Cuadro 1. CUBA. RESUMEN DE INDICADORES DEMOGRÁFICOS (años censales)

Indicadores	Años censales				
	1953	1970	1981	2002	2012
Población Total (en miles de habitantes)	5 829.0	8 569.1	9 723.6	11 177.7	11 167.3
Tasa Anual de Crecimiento Intercensal (por mil habitantes)	21.1	21.6	11.4	6.6	-0.1
Tasa Bruta de Natalidad (por mil habitantes)	28.3	27.7	14.0	12.6	11.3
Tasa Bruta de Mortalidad (por mil habitantes)	6.2	6.3	5.9	6.6	8.0
Tasa de Mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos)	-	38.7	18.5	6.5	4.6
Tasa Global de Fecundidad (hijos promedio por mujer)	3.6	3.7	1.61	1.67	1.69
Tasa Bruta de Reproducción (hijas promedio por mujer)	1.76	1.80	0.79	0.81	0.82
Tasa del Saldo Migratorio Externo (por mil habitantes)	-	-6.6	-1.9	-2.8	-4.2
Porcentaje de Población de 0 a 14 años	36.3	36.9	30.3	19.3	17.2
Porcentaje de Población de 60 años y más	6.9	9.0	10.8	14.7	18.3
Esperanza de Vida (años)	58.8	70.04	73.93	77.00	78.45
Edad Mediana (años)	22.3	22.4	24.7	34.3	39.5

Fuentes: Tribunal Superior Electoral, Oficina Nacional de los Censos Demográfico y Electoral: *Censos de Población, Viviendas y Electoral Informe General 1953*, La Habana, 1955, tablas 13 y 14, pp. 23 y 32; JUCEPLAN: *Censo de Población y Viviendas de 1970*, tabla 1, p.1; CEE: *Censo de Población y Viviendas de 1981*, volumen 16, tabla 3, p.10; Oficina Nacional de Estadísticas (ONE): *Informe Nacional Censo de Población y Viviendas Cuba 2002*, La Habana, 2005, tabla II.2, p. 206; Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI): *Informe Nacional Censo de Población y Viviendas Cuba 2012*, La Habana, 2014, p. 99; ONEI, Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE): *Anuario Demográfico de Cuba 2013*, La Habana, 2014, cuadro VI.2, p.98.

Dra. María Elena Benítez Pérez

Las proyecciones de población, por su parte, permiten asegurar que el país no llegará a los 12 millones de habitantes e incluso, que la población continuará decreciendo en términos globales a una tasa anual de crecimiento de alrededor de -2.0 habitantes por cada mil a partir del 2020 (ONEI-CEPDE, 2014: p.3). Sin embargo, no pasará lo mismo con la población de adultos mayores la que mantendrá un sostenido crecimiento.

Lo anterior, tiene que ver con los significativos cambios registrados en la estructura por edad de la población, donde tiene lugar una creciente reducción del grupo de personas con menos de 15 años, los que han pasado de representar el 36.9 % de la población total en 1970, a solo 17.2 % en 2012.

En consecuencia, el cambio demográfico más trascendente está marcado hoy por el acelerado proceso de envejecimiento de la población. La esperanza de vida de los cubanos es ahora de 78.45 años, y el 18.3 % de la población total tenía o superaba los 60 años en el 2012. Asimismo la edad mediana de la población aumenta con el transcurso de los años y alcanzó, en el 2012, los 39.5 años (ver Cuadro 1).

En síntesis, el panorama descrito indica que en el país existen cambios demográficos significativos y rápidos, que aportan otras dimensiones y retos a la evolución económica, social e institucional de la sociedad, pues, a diferencia de lo ocurrido en la mayoría de los países europeos, donde la transición demográfica que culminó con el envejecimiento de la población se logró en el curso de varias generaciones, en Cuba este proceso ha sido muy acelerado y homogéneo.

Desde la perspectiva del análisis propuesto en el presente trabajo, nos interesa resaltar -por su analogía- un concepto que John MacInnes y Julio Pérez Díaz han denominado como: *la eficiencia reproductiva*, que no es otra cosa que la transformación radical de la eficiencia con que los seres humanos consiguen reemplazarse con nuevos seres humanos antes de morir. Para ellos, "cuando la supervivencia de un altísimo porcentaje de los nacidos es alta y se alcanza una gran longevidad dejan de ser necesario muchos nacimientos para mantener la reproducción demográfica" (John MacInnes y Julio Pérez Díaz, 2005).

Pero la reproducción humana es un proceso muy complejo. Para que se produzca el nacimiento de un niño o niña se sucede una cadena de eventos

que, de manera sencilla, se podrían resumir en: coito, concepción, gestación y parto.

Autores como Kingsley Davis y Judith Blake (ONU, 1978: 81) identificaron 11 factores propios de la fecundidad y les llamaron, por su papel evidentemente mediador entre los factores socioeconómicos y la procreación efectiva medida en términos de nacimientos vivos: *Variables Intermedias de la Fecundidad*, advirtiendo que "pueden actuar tanto para reducir como para aumentar la fecundidad". Estos factores fueron agrupados en tres fases fácilmente identificables del proceso de procreación, a saber: factores que afectan la exposición a las relaciones sexuales, factores que afectan la exposición a la concepción y factores que afectan el embarazo y el parto satisfactorio. Este último contiene la mortalidad intrauterina por causas involuntarias y por causas voluntarias.

En consecuencia, el aborto provocado o inducido es una de las variables intermedias de tipo voluntario de la fecundidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno, pero, la viabilidad extrauterina es un concepto cambiante que depende del progreso médico y tecnológico. Cuba, lo define como "la interrupción de la gestación en las primeras 20 semanas o la expulsión del producto de la concepción que pese menos de 500 gramos" (Rigol, 2004: 137).

Diferentes estudios han mostrado que, después de la anticoncepción, el aborto es el segundo determinante próximo del número de hijos en Cuba. El mismo, ha jugado un importante papel en los cambios que se han venido observando en el nivel de la fecundidad de las mujeres cubanas en las últimas décadas.

CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICA

Por sus implicaciones éticas, morales, legales, médicas, políticas, religiosas y sociales, el aborto ha sido -a lo largo de la historia- un tema generador de una amplia y acalorada polémica. A su alrededor la neutralidad parece no existir al estar permeado por posturas que terminan polarizando todo debate: se está a favor de la vida o se está en contra. Y no es que deba existir, necesariamente, un punto medio; pero sí hay voces que se alzan y

dicen diferente, pensamientos que, aunque este-mos o no de acuerdo con ellos se deben respetar. Por eso, la importancia de que sea tratado según las circunstancias de cada momento histórico y de los valores socioculturales vigentes en cada sociedad.

Se conoce desde tiempos inmemoriales y su práctica se ha observado en todos los países, aunque cabe destacar que, antes de la transición de las altas tasas de natalidad a las más bajas, su práctica -desconocida en su magnitud- posiblemente haya sido menos frecuente que la que se observa en la actualidad, cuando se dispone de datos procedentes de países que han liberalizado la legislación al respecto o de estimaciones indirectas de su frecuencia derivadas, lamentablemente, de la considerable morbilidad y mortalidad materna que se registra como resultado de complicaciones de este proceder.

Cifras del Fondo de Población de las Naciones Unidas señalan que: "De los 175 millones de embarazos que se producen cada año, al menos 75 millones (más de un tercio) son embarazos no deseados, que terminan en 45 millones de abortos y 30 millones de niños vivos" (FNUAP, 1999: 15).

En Cuba, la más antigua ley sobre el aborto data de 1870 y viene recogida en el Código Penal que fue promulgado en mayo de 1879 por decreto real y que se mantuvo vigente hasta 1936, cuando fue publicado el *Código de Defensa Social y Derecho Penal Complementario*. Uno de los primeros reportes antropológicos sobre el aborto aparece en los Anales de la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana, fundada en 1861 y única de su tipo que existió en una colonia hispana, donde el Doctor José Beato Dolz realizó, en 1884, una disertación sobre la temática (De la Torriente-Brau, 1974: 83).

En 1877 se había fundado la Sociedad Antropológica de la Isla de Cuba (SAIC) correspondiente de la Española de Madrid. Entre los debates efectuados en la corporación estaban los relativos a la mujer y la temática racial, la prostitución y la poligamia. En sus actas se hace referencia a los frecuentes abusos sexuales cometidos contra las mujeres. La preocupación por el descenso de las dotaciones de esclavos era un tema recurrente y se asociaba a multiplicidad de factores, entre ellos: la mortalidad provocada por la insalubridad y las pésimas condiciones higiénicas, así como la

esterilidad de las mujeres debido a diversas afecciones uterinas y los abortos "(...) que son muy comunes, bien sea por consecuencia de esas afecciones, bien porque las mismas negras los provocan (...)" (Rivero de la Calle, 1966: 81-87).

Antes de la Revolución de 1959, el único método para regular la fecundidad era el aborto; solamente algunos médicos utilizaban en sus clientes diafragmas vaginales. En palabras del eminente ginecólogo cubano Celestino Álvarez Lajonchere -ya fallecido-, en conversación con la autora en 1994, durante una entrevista en su hogar, señalaba al ser consultado sobre los orígenes de esta práctica en Cuba: "Yo no he podido saber quién introdujo el aborto aquí, nadie me ha ilustrado eso, no tengo idea, lo que sí sé es que cuando tenía seis años de edad, en el año 1923, yo ya sabía, viviendo en un pueblito pequeño del Escambray, que en Cienfuegos³ había una clínica que hacía abortos (...) el aborto era pagado, los que lo hacían en las clínicas, lo hacían en sus casas, era privado, no era clandestino porque lo sabía todo el mundo, pero no estaba legalizado" (Álvarez Lajonchere, 1994).

Vale la pena destacar que los métodos que dan inicio a la era de la anticoncepción moderna, como las píldoras y los dispositivos intrauterinos, capaces de generalizarse y de ofrecer un nivel de anticoncepción reversible y de larga duración, comienzan a extenderse en el mundo a partir de la década de los años sesenta del pasado siglo.

Cuba tampoco fue una excepción, en medio de esta revolución reproductiva también aquí comenzaron a introducirse los estudios y se puso en práctica la revisión bibliográfica sobre la temática de los métodos anticonceptivos. El problema de los dispositivos intrauterinos se resolvió entonces a iniciativa del doctor Lajonchere quien, desde 1962, había sido nombrado Responsable Nacional de Obstetricia y Ginecología del Ministerio de Salud Pública.

Sobre ese particular precisaba: "(...) la experiencia inicial tuvo lugar en el Hospital General "Calixto García", utilizando el anillo de nylon sintético enrollado, según diseño de los autores Zipper y Sanhuesa". Una práctica que el profesor Lajonchere

³ La provincia de Cienfuegos se encuentra situada en la región centro-sur de Cuba, a 250 km de la capital del país.

Dra. María Elena Benítez Pérez

había conocido en Chile y sobre la cual agregaba: "En aquellos años, ni aun con los dólares en la mano -que entonces no estábamos tan escasos de dólares como ahora- los Estados Unidos permitirían que se vendieran a Cuba, ni los fabricados en los Estados Unidos ni los fabricados con patente americana en cualquier otro lugar. Por tanto, no podíamos comprar métodos anticonceptivos. Los resultados del uso del anillo fueron satisfactorios y, posteriormente, se generalizó su empleo a todo el país, dando respuesta a las necesidades de anticonceptivos de una parte importante de nuestra población durante muchos años. Los anillos constituyeron el principal método anticonceptivo de uso masivo en todo el país, con una gran aceptación por la población y una contribución apreciable a la planificación familiar" (Álvarez Lajonchere, 1994).

Este período de escasez de métodos anticonceptivos dura entre seis y siete años después del triunfo revolucionario y, aunque no fue la única causa, sí contribuyó a que se produjeran más nacimientos. Entre 1963 y 1967 se registra un crecimiento natural acelerado de la población cubana -diferencia entre los que nacen y los que mueren-, resultando así una tasa de crecimiento poblacional relativamente alta (2.43 %). Los datos estadísticos sitúan el punto máximo de este nuevo *baby boom* en 1964, con una tasa bruta de natalidad de 35.0 nacimientos por cada mil habitantes, valor muy similar al existente en la década de 1920 (CEDEM, 1976: 18-19).

El aborto, por su parte, continuó siendo utilizado por las cubanas que, además, estaban habituadas a su práctica. Conviene subrayar que la cultura y la práctica del aborto son ancestrales en Cuba. La diferencia estuvo marcada por el hecho de que, aunque nunca había dejado de ser considerado ilegal, en el período en que el aborto era practicado por médicos se morían muy pocas mujeres como consecuencia de las complicaciones de este proceder. Sin embargo, esos mismos médicos que hacían abortos en Cuba antes de 1959 y que después emigraron del país, dejaron aquí su instrumental y dieron paso a que personal inepto comenzara a hacer abortos sin las condiciones ni el entrenamiento profesional necesario, ante una muy alta demanda.

Se sabe que el aborto inseguro se asocia con una considerable morbilidad y mortalidad materna.

"Cada año, unas 70 000 mujeres pierden la vida debido al aborto en malas condiciones y cantidades mucho mayores padecen infecciones, lesiones y traumas (FNUAP, 1999: 11). Los expertos estiman que el riesgo de morir en estas condiciones, en un país en desarrollo, es 67 veces superior al que se deriva de un aborto legal.

En consecuencia, fue excesivo el número de mujeres cubanas que moría innecesariamente debido a complicaciones por esta causa. La tasa de mortalidad materna comenzó a ascender y llegó a alcanzar valores extremos de 120.1 y 109.1 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos en los años 1960 y 1965, respectivamente (CEE, 1981).

ABORTO SEGURO PARA NO MORIR

Según el Artículo 443 del *Código de Defensa Social*, Ley sucesoria del Código Español de 1870, que rigió en nuestro país desde 1936 hasta 1979, eran tres las situaciones en las cuales la práctica del aborto estaba exenta de responsabilidad criminal (Casasús, 1941: 718). Eran estas:

- A. El aborto necesario para salvar la vida de la madre o para evitar un grave daño a su salud.
- B. El que se provocare o llevare a cabo con su anuencia cuando la gestación hubiera sido ocasionada por haberse cometido sobre la grávida el delito de violación, rapto no seguido de matrimonio, o estupro.
- C. El que se provocare o llevare a cabo, con la anuencia de los padres, cuando el propósito sea evitar la transmisión al feto de una enfermedad hereditaria o contagiosa de carácter grave.

Pero, en palabras del prestigioso doctor y profesor Celestino A. Lajonchere, "lo que nunca nadie dijo fue cuando estaba en grave riesgo la salud de la madre o qué era arriesgado y qué no lo era. El aborto se había convertido, en aquel entonces, en una forma de suicidio; se hacían horrores, había mujeres que se practicaban maniobras autoinfligidas como duchas vaginales de solución cáustica, lo que puede ilustrar el nivel de desespero de muchas mujeres que no querían parir y se veían desamparadas (...) tanto era el riesgo para la salud, que incluso muchas mujeres perdían la vida y otras casi se morían, porque de las que presentaban un shock séptico no todas se morían, pero muchas quedaban con el útero extirpado, y así era

que se salvaban, aunque, presentando toda una serie de complicaciones en su salud a largo plazo, entre las que sobresalían: una mayor incidencia de embarazo ectópico, infección pélvica crónica e infertilidad” (Álvarez Lajonchere, 1994).

Se había hecho en el país una inversión grande en el Sistema Nacional de Salud, con la creación de hospitales rurales, médicos trabajando donde no los hubo nunca, medicina gratuita. ¿Qué se podía hacer para proteger a esas mujeres que no querían parir y que se veían desesperadas?, fue la pregunta formulada -durante la entrevista- al doctor Lajonchere. Su respuesta: “Una ley de aborto era imposible, porque los ataques y la propaganda hacia Cuba venían en todas direcciones. Al mismo tiempo, la ideología de la joven Revolución condenaba el aborto, en su concepto establecido en la sociedad burguesa de aborto criminal; la prensa se pronunciaba en esa dirección con una pretendida posición moralista. Las iglesias lo condenaban también”.

“No obstante, a raíz del conocimiento de los altos índices de aborto y de mortalidad materna por su uso ilimitado y en malas condiciones, se decide trabajar con una interpretación flexible del aborto terapéutico que recogía el inciso A del Artículo 443 del *Código de Defensa Social* vigente y así resolver este gran problema (...) siempre tratando de escuchar las razones de la mujer y tratándola de convencer; pero, si se sabía que de cualquier forma se iba a realizar un aborto, era preferible que se lo hiciera en el hospital” (Álvarez Lajonchere, 1994).

Lo anterior, permitió cierta cobertura desde el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y su dirección, y algunos médicos fueron “autorizados” y entrenados para su práctica en un medio técnicamente seguro,⁴ y dentro de determinadas regulaciones, en particular para casos en que alguna mujer lo solicitara si había fallado un método anticonceptivo o si no pudo o supo evitar un embarazo no deseado o no previsto. Esta interpretación flexible de la legislación vigente permitió que las complicaciones y muertes causadas por el aborto

provocado se redujeran en corto plazo. Precisamente, la introducción de su práctica en los hospitales del país, a partir de 1965, tuvo entre sus objetivos brindar a la mujer la seguridad del sistema de salud y disminuir la mortalidad materna por este concepto.

En noviembre de 1979, tiene lugar en Cuba la firma de un nuevo Código Penal, que permitió extraer de esta esfera aquellas conductas que por su naturaleza no constituían propiamente delitos. Desde entonces, el Artículo 267.1 lo que penaliza es el aborto ilícito, entendido cuando:

- a. se comete por lucro;
- b. se realiza fuera de las instituciones oficiales;
- c. se realiza por persona que no es médico o sin el consentimiento de la grávida.

Como hecho singular, cabe destacar que Cuba es uno de los pocos países que establecen en su legislación los casos en que no debe realizarse el aborto, mientras en la mayoría se establecen las excepciones según las cuales se practica legalmente.

Así, toda mujer mayor de 18 años, independientemente de su estado civil o conyugal, puede solicitar el aborto hasta la décima semana de embarazo, previa evaluación de un trabajador social y un especialista en ginecología de la institución donde lo solicita, además de los exámenes de laboratorio requeridos.⁵

Es decir que, el país supo defender el derecho al aborto legal, seguro y gratuito, como parte inseparable del derecho reproductivo y humano, y lo reconoció como una conquista importante en la lucha por los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. La decisión de abortar corresponde a la mujer, son ellas las que deben decidir sobre el control de su propio cuerpo, y, en consecuencia, sobre si continuar o interrumpir un embarazo.

Con ello, se borró también una clara desigualdad de género, en tanto no hay ninguna práctica médica que sea necesitada sólo por los hombres y que esté considerada un delito.

⁴ En la entrevista con la autora, el doctor Celestino Álvarez Lajonchere refirió entre los pioneros que lo acompañaron en esta experiencia a los doctores Evelio Cabezas Cruz y Orlando Rigol Ricardo, de lo cual dejamos constancia en este trabajo.

⁵ Si la mujer es menor de 18 años, para interrumpir el embarazo necesita de la autorización de sus padres; y si el embarazo llega al segundo trimestre, necesita además de los pasos mencionados, del análisis de una Comisión Médica, quien determina la necesidad y factibilidad para efectuarlo.

Dra. María Elena Benítez Pérez

Asimismo, se explicitó, como criterio de justicia social, permitir que todas las mujeres tuvieran los mismos derechos. Ya no serían las de escasos recursos las que realmente terminarían pagando, incluso con su vida, la penalización del aborto.

A cambio, la sociedad no sólo debía garantizar el derecho al aborto seguro, sino trabajar por reducir su práctica, poniendo a disposición de las parejas, de la manera más accesible posible, métodos anticonceptivos seguros y eficaces, que permitieran prevenir a través de la educación sexual y reproductiva, la gestación irresponsable e indeseada.

Parecía relativamente sencillo. La práctica, sin embargo, se ocupó de recordar que no es lo mismo cambiar las mentalidades. La conducta sexual es socialmente aprendida. Somos seres biopsicosociales. Es sumamente difícil cambiar de un día para otro conocimientos, creencias, actitudes, normas, valores, tabúes, estereotipos de género, etcétera, asociados; y sobre todo, con una de nuestras esferas más privadas: la sexualidad.

A manera de ejemplo: se había avanzado mucho en el aseguramiento de la capacidad de las mujeres para controlar su propia fecundidad, pero, ¿y los hombres? Son los hombres una parte importante en la gestación, pues la mujer sola, por más que se quiera, no puede procrear. ¿Reciben ellos servicios de salud sexual y reproductiva? ¿Se sienten igualmente responsables de todo lo concerniente a un embarazo? Son preguntas que no todos-as se hacen, pues, para una gran mayoría las cuestiones de planificación familiar, salud sexual y reproductiva, siguen siendo “asuntos de mujeres”, por tanto, las decisiones le atañen solo a ella.

Sucede a menudo que la realidad social transcurre en una dimensión más acelerada que su registro en la subjetividad, en consecuencia, sus procesos de reacomodo son más lentos, aunque nunca estáticos. Al respecto, los contenidos culturales correspondientes a la masculinidad y la femineidad tampoco cambian al mismo ritmo y las nuevas representaciones coexisten con otras cualidades, actitudes y conductas prevalecientes en la sociedad.

Estudios realizados en el país que han abordado, entre otros, los elementos que rodean la toma de decisión para la interrupción de un embarazo, han demostrado que el hombre cubano no siempre

asume la responsabilidad individual de las consecuencias derivadas de relaciones sexuales no protegidas y, por tanto, la llegada de un embarazo no deseado, o no planificado con su pareja, no lo siente como un problema de él.

Por ello, cuando la evidencia de un embarazo ya está instalada bajo la ropa de las mujeres, son recurrentes en los hombres respuestas como las siguientes: “Haz lo que tú creas” o “cualquier decisión que tú tomes está bien para mí” o “yo te apoyo en lo que tú decidas” (...). Esta resulta claramente una manera de depositar en la mujer la responsabilidad de la decisión o de adoptar una actitud pasiva y no comprometida ante la situación. Por su parte, las mujeres aseveran que en la interacción con los otros, mucho más que conversar para llegar a un acuerdo, están informando un acuerdo previamente tomado (...) aun cuando la pareja desee lo contrario, la decisión final es de ella (Rodríguez, 2013: 83).

Es decir, que la mujer cubana sabe que tiene el derecho a decidir y lo ejerce de una manera casi autónoma, al tiempo que disfruta del derecho a la opción: cuándo y con quién contraer matrimonio, cuándo y cuántos hijos tener, vivir en matrimonio o en unión consensual; o sea, derechos que fueron desconocidos por sus madres y que la nueva situación de la mujer, junto a la transición demográfica experimentada en el país, han hecho objetivamente posible.

Los hombres, por su parte, han ampliado sus roles tradicionales aunque no se pueda hablar del fin del modelo o de la cultura patriarcal que aún impera en la sociedad cubana, y que se refuerza en esferas como: las relaciones de pareja, las estrategias de negociación en el uso de métodos anticonceptivos, la responsabilidad individual ante un embarazo no deseado o no planificado, entre otros temas, donde los estereotipos y la costumbre revelan algunos signos de renovación, pero, donde hay todavía mucho más por hacer.

En definitiva, los derechos sexuales y reproductivos del individuo, sea éste hombre o mujer, son una de las bases fundamentales de la prosperidad y la mejor calidad de vida para todos. Por eso, es necesario que los hombres reconozcan que ampliar los medios de acción de la mujer no entraña una amenaza sino, más bien, una manera de mejorar sus familias y sus sociedades (FNUAP, 1999: 24).

EDUCACIÓN SEXUAL PARA DECIDIR

Hace 20 años, 179 gobiernos aprobaron el Programa de Acción (PoA) de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en la ciudad de El Cairo en 1994. Esta reunión había sido precedida por otras dos importantes Conferencias Mundiales -Bucarest, 1974; Ciudad de México, 1984-, todas convocadas por las Naciones Unidas.

Uno de los rasgos distintivos que caracterizaron el PoA consistió en que sus principios, objetivos, medidas y bases para la acción estuvieron más enfocados a las necesidades y los derechos individuales, que al logro de metas demográficas. En consecuencia, en el mismo se define: "que los seres humanos son el elemento central del desarrollo", que el empoderamiento de las mujeres, así como, la satisfacción de las necesidades de las personas en educación y salud (incluyendo los derechos y los servicios de salud reproductiva), la salud de la mujer y la maternidad sin riesgo, la reducción de la mortalidad infantil, la familia, entre otros, son asuntos necesarios para el desarrollo integral de los individuos y los países (ONU, 1995).

La delegación que representó a Cuba en la CIPD, estuvo presidida por la doctora Vilma Espín Guillois. Heroína desde los tiempos de la insurrección, fundadora y presidenta desde su creación, el 23 de agosto de 1960, de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC). Destacada luchadora por los derechos de la mujer y reconocida, también, como la persona más descollante, con la visión más transformadora e influyente en los temas de educación sexual en el país.

¿Cuál es el criterio que tiene la FMC sobre la planificación familiar? Fue una de las preguntas que le fuera formulada a la compañera Vilma -una década antes de la CIPD- durante una Entrevista. Su respuesta: "Para nosotros planificación familiar significa darle a nuestra población la posibilidad de decidir consciente y responsablemente sobre el número de hijos a tener y el momento en qué tenerlos; o sea, planificar en sentido directo de la palabra el tamaño de la familia; no dejar a la casualidad, al descuido, esa cuestión tan importante, de tanta envergadura que es la de tener un niño" (Espín Guillois, 1990: 57).

Y seguidamente agregaba: "Para que cada pareja pueda tener uso del derecho humano elemental, que es decidir sobre tener o no tener un niño, estamos obligados a capacitarla, a darle orientación sobre los mecanismos de la reproducción humana y las posibilidades anticonceptivas que permiten evitar un embarazo inoportuno. También es necesario acompañar esta labor educativa y orientadora con una gama amplia de diferentes medios anticonceptivos al alcance de toda la población, pues sólo los conocimientos cabales sobre las posibilidades anticonceptivas y el abastecimiento de toda la población con los medios existentes, puede formar la necesaria conciencia y disposición de la población y hacer uso razonable de la planificación familiar".

Cabe enfatizar en el enfoque sistémico que encierra esta propuesta, donde se conjugan diferentes eslabones como son: el derecho del hombre y la mujer a ser informados, educados y a tener acceso a métodos sin riesgo, eficaces, asequibles y aceptables de su elección. Añádase que cada año arriban nuevas cohortes de población a las edades reproductivas; por tanto, el esfuerzo en los servicios de salud reproductiva y de planificación familiar tiene que ser continuo en el tiempo, en particular, entre los adolescentes, quienes a esas edades desconocen el funcionamiento de sus propios cuerpos y tampoco tienen capacidad ni formación para analizar las consecuencias que entraña la actividad sexual a una edad temprana, menos si antes no son informados de los riesgos que corren.

Al realizar una mirada del conocimiento que tiene la población cubana de los métodos utilizados para la planificación familiar, habría que comenzar diciendo que no existen datos sobre este particular anteriores a 1959. Las encuestas que permitieron alguna información al respecto comenzaron, con un carácter local, a inicios de la década del setenta del pasado siglo, hasta que, en 1987, se realizó en el país la primera Encuesta Nacional de Fecundidad (ENF-1987), que recogió información acerca del conocimiento y uso de métodos anticonceptivos (CEE, 1990). En 2009, tuvo lugar la segunda Encuesta Nacional de Fecundidad (ENF-2009), con propósitos similares a la de 1987, pero ahora con más justificación y amplitud (ONE-CEPDE, 2010).

Ello nos permite disponer de una información actualizada sobre esta y otras temáticas vinculadas

Dra. María Elena Benítez Pérez

con la fecundidad, además de incorporar, por primera vez en el país, la opinión de los hombres a estos estudios, algo que constituye una verdadera novedad. Otra distinción en relación con la ENF de 1987 es que se amplió el rango de edades de la población estudiada a personas entre 15 y 54 años. La anterior, como solo recogía información acerca de las mujeres, trabajó con el criterio clásico de período fértil (de 15 a 49 años).

Antes de pasar a presentar algunos resultados, es conveniente subrayar una diferencia muy sensible en este tipo de análisis y que conviene tener presente. Se trata de la referida al conocimiento creído (¿qué métodos conoce o de cuáles ha oído hablar?) y el conocimiento real (¿cuáles ha utilizado, dónde los consigue, cómo se usan, cuál te conviene, quién te orienta?, etcétera) que tienen las personas para retardar o evitar un embarazo; conocimientos estos entre los que no siempre se encuentra la debida correspondencia y entre los cuales, casi siempre, el creído supera al real.

Al respecto, los resultados obtenidos de la ENF-1987 mostraban que 99.5 % de las mujeres cubanas entre 15 y 49 años mencionaron espontáneamente al menos un método para evitar los embarazos y, con ayuda o recordados, casi ciento por ciento conocían o habían oído hablar como mínimo de un método eficiente. La ENF-2009 ratifica este conocimiento hasta valores de 99.9 % en el caso de las mujeres y 99.5 % de los hombres. Por tanto, se puede considerar como universal el conocimiento creído que sobre los métodos anticonceptivos tienen las mujeres y los hombres cubanos, lo que es independiente, también, del lugar de residencia, nivel escolar, edad y cualquier otra característica (ONE-CEPDE, 2010: 40-43).

En general, los métodos más conocidos son la píldora, los dispositivos intrauterinos (DIU), la esterilización femenina y masculina, el preservativo o condón y el retiro.

Los menos conocidos son los implantes subcutáneos y los métodos químicos femeninos. También el diafragma, el método del control del ritmo y la lactancia materna, que muestran, sin embargo, un amplio diferencial por sexo, con un mayor

grado de conocimiento por parte de las mujeres, como se ha evidenciado en Encuestas anteriores.

En relación con el uso de los métodos anticonceptivos -conocimiento real-, la ENF-1987 muestra, también, una utilización generalizada de estos aunque dicho uso no sea constante. Según la información recogida, 92.6 % de las mujeres entre 15 y 49 años habían usado alguna vez estos métodos. Mientras, en la ENF-2009 esta proporción, que cubre a mujeres de 15 a 54 años, desciende ligeramente hasta 87.5 %, aspecto que llama la atención, toda vez que cubre un universo mayor de mujeres y cuyas causas valdría la pena investigar. En el caso de los hombres, 83.5 % reconoce haber usado alguna vez uno de estos métodos.

Los métodos más usados alguna vez por hombres y mujeres -o por sus respectivas parejas- son la píldora, el DIU y el preservativo o condón. Estos son también, por lo general, los primeros métodos que usan.

Ambos comportamientos nos indican que, tanto en los hombres como en las mujeres, son más elevados los porcentajes de quienes dicen conocer o haber oído hablar de al menos un método anticonceptivo que los que realmente lo han usado alguna vez. Son las mujeres quienes los emplean en una proporción ligeramente mayor, lo que es consecuente con los tipos de métodos más conocidos y utilizados en el país.

La familia es, sin duda, otro componente de gran importancia en estos análisis. Los patrones de formación, ampliación, y disolución de las estructuras familiares de Cuba se han visto fuertemente influidos por el acelerado proceso de transición demográfica de las últimas décadas, y por las modificaciones producidas en el sistema de valores de la sociedad. En este sentido, se puede decir que es alta la tendencia a vivir en pareja entre las mujeres cubanas, ya sea de forma legal o de facto, lo que tiene lugar -como promedio- a edades tempranas.

La ENF-2009 confirma que para la población ha cambiado el significado del matrimonio como el espacio para la iniciación sexual y para la procreación. Es decir, que los límites entre la sexualidad marital y no marital han desaparecido. Se trata de

una tendencia que Cuba comparte hoy con la mayoría de los países del mundo y que se considera un resultado de la urbanización y la modernidad.

En este sentido, cuando se compara la edad de la primera relación sexual con la edad media al primer matrimonio o unión se aprecian diferencias importantes. Así, la edad de la iniciación sexual para las mujeres es inferior en poco más de dos años a la edad al primer matrimonio o unión (17 vs 19,5 años). En los hombres esta diferencia es de seis años (16 vs 22 años) (ONE-CEPDE, 2010: 36).

Frente a este panorama es posible afirmar que las cohortes más jóvenes están iniciando su vida sexual algo más tempranamente a como lo hicieron sus padres 30 años antes. Esto parece estar contribuyendo a la formación más temprana de uniones -probablemente de carácter consensual- que pueden o no implicar convivencia, aunque sí cierta estabilidad y así han sido reconocidas por los jóvenes.

Sin embargo, tal y como ha quedado confirmado, la primera relación sexual por lo general se realiza antes de formalizar, confirmar, o estabilizar la unión, probablemente con parejas ocasionales, o de corta duración. Este resultado confiere singular importancia a la ratificación de que el Programa Nacional de Educación Sexual aborde tanto el tema de la iniciación sexual, como el de la necesaria protección durante estos eventos, y en general en las relaciones sexuales, como vía de preservar la salud sexual y reproductiva de esta población joven (ONE-CEPDE, 2010: 36-37).

Otras fuentes consultadas muestran, incluso, edades aún más tempranas para las primeras relaciones sexuales entre adolescentes cubanos de ambos sexos, comportamiento más acentuado entre las muchachas. Para muchos, la adolescencia es la edad de la excitación y la preparación para el futuro. Pero para muchas adolescentes que quedan embarazadas la situación es otra pues, frecuentemente, se presenta como un evento no deseado y no planificado, cuando las condiciones de madurez tanto biológica como social y emocional no están dadas todavía, lo que origina una condición

de rechazo u ocultamiento y culmina en muchos casos en una interrupción de embarazo.

Encuestas realizadas en el país indican que “las principales razones que conducen a los jóvenes a la tenencia de relaciones sexuales son: la búsqueda de placer, la curiosidad y el fortalecimiento de la intimidad y el amor, en este último caso, predominantemente en las féminas adultas jóvenes; indicador confirmatorio de las diferencias de género (...)”. Por otra parte, la percepción de riesgo es baja en torno a la salud sexual y reproductiva, lo que se evidencia en comportamientos como: “las relaciones sexuales sin protección y al cambio frecuente de pareja, sobre todo en la adolescencia y, por consiguiente, las relacionadas con el embarazo en este grupo etáreo” (CESJ-CEPDE, 2011-2012).

En el Cuadro 2 se presenta un resumen de las principales medidas de la fecundidad para los años censales: 1970, 1981, 2002 y 2012. Nótese que, a lo largo del tiempo, el grupo de edad donde es mayor el aporte de las mujeres cubanas a la fecundidad total es el de 20 a 24 años. Vale destacar que el proceso general de descenso del nivel de la fecundidad ha ido acompañado de cambios tendentes a un rejuvenecimiento en su estructura por edades en la mayoría de los países que lo han experimentado.

Cuba no fue ajena a esta problemática general, sólo que aquí el rejuvenecimiento fue más acentuado. En 1981, por ejemplo, uno de cada cuatro nacimientos que se produjeron en el país correspondió a una madre adolescente. La fecundidad del grupo de menores de 20 años llegó, incluso, a superar a la del grupo de 25 a 29, con una tasa de 81.2 hijos por 1 000 mujeres de 12 a 19 años. Esta situación se mantuvo hasta 1983, en que la fecundidad se “reacomodó” y de nuevo la tasa de 25 a 29 años recuperó el segundo lugar -después de la tasa de 20 a 24 años- como siempre había sido (Benítez, 2003: 85).

Estadísticas más recientes, sin embargo, muestran de una parte, la disminución registrada en la contribución que hacen las mujeres menores de 20 años a la fecundidad total, de otra, la importancia que han ganado las madres con edades entre los 25 y los 34 años.

Cuadro 2. CUBA. Tasa de fecundidad general, tasas específicas de fecundidad, tasa global de fecundidad y tasa bruta de reproducción (años censales)

Indicadores	Años censales			
	1970	1981	2002	2012
Tasa de Fecundidad General (por mil mujeres 15-49 años)	121.4	54.7	47.1	43.2
Tasas específicas de fecundidad (por 1000 mujeres de cada grupo de edad):				
15-19*	128.5	81.2	49.1	53.6
20-24	220.0	111.5	99.0	105.1
25-29	164.6	68.8	96.3	94.2
30-34	114.2	36.6	60.6	56.4
35-39	74.0	14.7	24.1	23.2
40-44	26.4	4.2	4.3	5.1
45-49**	4.0	0.6	0.4	0.3
TGF (hijos por mujer)	3.70	1.61	1.67	1.69
TBR (hijas por mujer)	1.80	0.78	0.81	0.82
Estructura de las tasas de fecundidad por edad (en %)				
15-19*	17.6	25.6	14.7	15.9
20-24	30.1	35.1	29.7	31.1
25-29	22.5	21.7	28.8	27.9
30-34	15.6	11.5	18.2	16.7
35-39	10.1	4.6	7.2	6.9
40-44	3.6	1.3	1.3	1.5
45-49**	0.5	0.2	0.1	0.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

(*) Se incluyen nacimientos de madres menores de 15 años.

(**) Se incluyen nacimientos de madres mayores de 49 años.

Fuentes: Alfonso Farnós: *La declinación de la fecundidad y sus perspectivas en el contexto de los procesos demográficos en Cuba*, CEDEM, La Habana, 1985; Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI), Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE): *Anuario Demográfico de Cuba 2012*, La Habana, 2013, cuadro II.4, p.36; ONEI-CEPDE: *Anuario Demográfico de Cuba 2013*, La Habana, 2014, cuadro II.4, p.39.

Lo anterior, tiene entre sus posibles explicaciones más de una razón. Primero, si bien es un hecho que ha disminuido la fecundidad adolescente, esto no necesariamente significa que hayan disminuido los embarazos adolescentes, pues, los expertos aseveran que uno de cada cuatro abortos practicados en el país, corresponde a una mujer menor de 20 años de edad.

Otra cifra que ilustra lo anterior es que, entre los años 2002 y 2012, la fecundidad adolescente osciló desde una tasa de 49.1 a 53.6 nacimientos, es decir, se logran descensos pero no se sostienen en el tiempo, de aquí la necesidad de reiterar el enfoque sistémico que demanda una educación sexual responsable y consciente, en particular, entre los adolescentes que cada año arriban a esas edades.

Por otra parte, el mayor aporte que realizan las mujeres entre 25 y 34 años de edad a la fecundidad

total, sin que en el país se hayan registrado modificaciones en el promedio de hijos de mujer, pudiera corresponderse con la llegada de los niños “pospuestos” por los períodos de crisis económica que atraviesa el país desde 1989.

En general, la percepción de riesgos asociados a la práctica de relaciones sexuales sigue siendo baja, por eso se tienen sin protección. Llama la atención el hecho de que, aun cuando la protección en la primera relación sexual fue escasa, el mayor porcentaje de los adolescentes refirió el preservativo o condón como el método de más fácil acceso en su elección. Ello es consecuente con la publicidad que difunden los medios masivos de comunicación donde se reitera el eslogan difundido por el Ministerio de Salud Pública: “Sin condón... ¡Ni pensar!”; mensaje más orientado a la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el sida,

que a prevenir los embarazos no planificados o no deseados.

Sin embargo, otra investigación revela que: de los 76 adolescentes que fueron seleccionados por muestreo entre las edades de 15 a 19 años, que reconocieron tener prácticas sexuales (95% de la muestra), ninguno utilizó el preservativo o condón en sus primeras relaciones sexuales, sólo 4 jóvenes dijeron haberlo empleado en relaciones subsiguientes. Su no uso lo explicaron en las siguientes razones: "no saben cómo usarlo" (50.7%), "no les gusta usarlo" (33.6%), "no tienen quién los oriente" (8.3%), "se les olvida" (6.1%), "otras razones" (1.3%).

Lo anterior permite retomar lo señalado en relación con la diferencia entre el conocimiento creído y el conocimiento real acerca de los métodos anticonceptivos. Sobre todo, cuando se sabe que es precisamente en la adolescencia que los programas de educación sexual y planificación familiar encuentran las mayores dificultades para lograr los efectos deseados. Cabría entonces preguntarnos ¿saben realmente los adolescentes cubanos qué métodos anticonceptivos usar para tener relaciones sexuales seguras?, ¿tienen acceso a decidirse por un método de su preferencia o la oferta es limitada?, ¿qué pasa cuando falta en el mercado el preservativo o condón?, ¿reciben el asesoramiento adecuado?, ¿tienen confianza para ventilar estos problemas con sus padres o con el médico de su comunidad?

En las respuestas a estas y otras interrogantes pudiera estar la solución a problemáticas que todavía no han sido resueltas en el país. A la lista de retos se suma la expansión de las ITS/VIH/sida, el alcance de la educación sexual y el asesoramiento en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, el embarazo adolescente y las tasas de aborto, entre otros.

EVITAR ABORTAR

Aunque conceptualmente el aborto no es un método anticonceptivo, la realidad indica que su práctica se ha instalado entre las mujeres cubanas como un método que alterna con los demás métodos anticonceptivos e incluso, en mujeres muy jóvenes, antecede a la utilización de estos en no pocos casos. Ello explica por qué las tasas de aborto constituyen motivo de preocupación entre las

autoridades sanitarias del país, y, su uso excesivo, es centro de reflexión y análisis profundo de numerosos especialistas.

En el país no se tuvieron cifras oficiales de abortos hasta 1968, pues si bien desde 1965 se practicaba en los hospitales, no se registraban. Por tanto, vale destacar que, a diferencia de lo que ocurre en los países donde su práctica es ilícita, los datos en los que se basa el siguiente análisis son totalmente confiables.

Como se puede observar en el Cuadro 3, en el período transcurrido entre los años 1968 y 2013 se habían realizado en el país un total de 4.5 millones de abortos inducidos, al tiempo que -para igual período- se registran 7.5 millones de nacidos vivos, lo que significa que, por cada 100 nacidos vivos, se habían producido un total de 60 abortos.

Esta cifra ha oscilado en diferentes momentos del tiempo. Nótese el aumento sistemático que se registra en la relación de abortos por cada cien nacimientos vivos y cómo el año 1986 marca una cifra record al producirse en el país 97 abortos por cada 100 nacidos vivos. Eso significó que los nacidos y los no nacidos casi se igualaron ese año. A partir de 1987, sin embargo, comienza a registrarse un proceso de "descenso" de este indicador, lo que coincide con la utilización (hasta el nivel de policlínico) de la aspiración uterina como técnica reguladora del ciclo menstrual.

La conocida como Regulación Menstrual -o como extracción menstrual o aspiración endometrial- es una variante del legrado por succión, y su uso está limitado a las primeras semanas de la falta de menstruación. El uso de este procedimiento abortivo no tradicional, empleado ante sospecha de embarazo, ha provocado -al no ser incluido en las estadísticas- una subestimación del nivel de aborto en los años recientes, dado que se considera que el 70 % de estas regulaciones menstruales interrumpen un embarazo no deseado.

Este elevado número de abortos se justifica entre las mujeres cubanas por diversas razones, entre las que sobresalen: una edad impropia para la gestación y un embarazo muy próximo al último parto, la difícil situación económica, desconocimiento de los diversos métodos anticonceptivos o su mal uso, poca disponibilidad de anticonceptivos modernos en el país, fallos de algunos métodos, hasta obstáculos a proyectos personales o prejuicios y condiciones materiales y familiares inadecuadas.

Dra. María Elena Benítez Pérez

Lo anterior permite reafirmar tendencias ya definidas durante la ENF-1987, las cuales indicaban que el primer embarazo es el que más se interrumpe; a veces se acude al aborto más de una vez al año; algunas mujeres acumulan cuatro o más interrupciones antes del primer parto; y el conocimiento universal de los métodos anticonceptivos por parte de las mujeres no significa que se usen con regularidad.

Cuadro 3. CUBA. NACIDOS VIVOS Y ABORTOS PROVOCADOS

Años	Nacidos Vivos	Abortos	Abortos por cada 100 Nacidos Vivos
1968	251 857	28 485	11
1969	246 005	46 080	19
1970	237 019	70 521	30
1971	256 014	84 823	33
1972	247 997	100 045	40
1973	226 005	112 107	50
1974	203 066	131 536	65
1975	192 941	126 107	65
1976	187 555	121 415	65
1977	168 960	114 829	68
1978	148 249	110 431	74
1979	143 551	106 549	74
1980	136 900	103 974	76
1981	136 211	108 559	80
1982	159 759	126 745	79
1983	165 284	124 791	76
1984	166 281	139 588	84
1985	182 067	138 671	76
1986	166 049	160 926	97
1987	179 477	152 704	85
1988	187 911	155 325	83
1989	184 891	151 146	82
1990	186 658	147 530	79
1991	173 856	124 059	71
1992	157 349	111 107	71
1993	152 238	86 906	57
1994	147 265	89 421	61
1995	147 170	83 963	57
1996	140 276	83 827	60
1997	152 681	80 097	52
1998	151 080	75 109	50
1999	150 785	80 037	53
2000	143 528	76 293	53

Años	Nacidos Vivos	Abortos	Abortos por cada 100 Nacidos Vivos
2001	138 718	69 563	50
2002	141 276	70 823	50
2003	136 796	65 628	48
2004	127 192	67 277	53
2005	120 716	62 530	52
2006	111 323	67 903	61
2007	112 472	66 008	59
2008	122 569	74 843	61
2009	130 036	84 687	65
2010	127 746	71 398	56
2011	133 067	83 943	63
2012	125 674	83 682	67
2013	125 880	84 373	67
Total	7 530 400	4 506 364	60

Fuentes: ONEI-CEPDE: *Anuario Demográfico de Cuba 2013*, La Habana, 2014, cuadro II.1, p.37; CEDEM-ONE-MINSAP-UNFPA: *Cuba Transición de la Fecundidad. Cambio social y conducta reproductiva*, La Habana, 1995, cuadro II.4, p. 114; MINSAP: *Anuario Estadístico de Salud 2013*, La Habana, 2014, p. 166.

Asimismo, la ENF-2009 investigó la prevalencia de abortos y regulaciones menstruales en la población cubana entrevistada, encontrándose que: “El 21 % de las mujeres cubanas de 15 a 54 años refirió haber experimentado al menos un embarazo que terminó en un aborto provocado o una regulación menstrual (...). El número medio de abortos o regulaciones menstruales por personas que han experimentado estos eventos está en el orden de 1.6, sin grandes diferencias entre hombres (su pareja) y mujeres (ONE-CEPDE, 2010: 46-47).

Cuando se reflexiona sobre lo que las estadísticas no dicen es imposible no preguntarse ¿Hasta qué punto el aborto seguro y su legitimación social han creado una “cultura del aborto” entre las mujeres cubanas? Se ha convertido en un acto puntual, que no exige ninguna disciplina como sí lo requieren otras alternativas -las píldoras, el preservativo o condón- u otro método anticonceptivo. ¿Conocen realmente los riesgos que se corren tras un aborto? ¿Saben que la prevención es mejor que la actuación? Esas son, igualmente, otras de las muchas interrogantes en cuyas respuestas pudiera estar la solución a problemáticas que todavía no han sido resueltas.

A juzgar por su alta incidencia, todo indica que esta seguridad y su fácil acceso han provocado, también, una actitud ambivalente entre las mujeres para su práctica. Existe una aceptación social del aborto como medio para limitar la fecundidad. La mujer cubana lo utiliza de manera recurrente como un método más de planificación familiar y no como una opción excepcional y de alto riesgo.

Dando continuidad a la respuesta que ofreciera la doctora Vilma Espín Guillois a la pregunta ¿Cuál es el criterio que tiene la FMC sobre la planificación familiar? Nos encontramos frente a argumentos que no dejan nada por fuera y donde sobresale su llamado a la necesidad de asumir responsabilidades mutuas. Al respecto señalaba: "(...) el aborto provocado -si bien es cierto que cada mujer tiene derecho a recurrir a esta intervención- es una solución **mala**; pues implica riesgos aunque se realice en las mejores condiciones de asepsia, por manos expertas y en una institución hospitalaria. El aborto debe considerarse como la última medida para solucionar un problema de un embarazo indeseado que no se supo o pudo evitar. El aborto no es -de ninguna manera- un método de planificación familiar. La planificación familiar, en el sentido correcto de este término, significa una acción consciente, responsable: tener hijos deseados y hacer todo lo posible por tenerlos sanos y en condiciones óptimas (...). En muy breves palabras: planificación familiar significa evitar tener hijos cuando las condiciones tanto de madurez biológica como de madurez social no están dadas todavía" (Espín Guillois, 1990: 57-58).

Una década después de esta Entrevista, aparecen recogidos en el PoA de la CIPD-1994, aspectos sobre el aborto que pudieran incluso ser considerados de valientes, pues prácticamente y de manera inevitable, el aborto termina por ser una cuestión de Estado, de poder, de religión que afecta, aun, a quienes no profesan ninguna religión y, sobre todo, se convierte en una cuestión de hipocresía para quienes pueden pagarlo y deciden que mujeres que viven en la pobreza carguen con unos niños que no pueden permitirse el lujo de criar.

Así, en el párrafo 8.25 se señala: "En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su

compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia (...) (ONU, 1994: 56).

Como fue señalado, aun las mejores condiciones de seguridad no exoneran al aborto de complicaciones sobre la salud ni de los riesgos físicos y psicológicos que tiene implícito, fundamentalmente, cuando se realiza en la etapa de la adolescencia y la juventud temprana. En palabras del doctor Alejandro J. Velasco Boza, profesor auxiliar de la Universidad Médica de La Habana, más del 70 % de las mujeres que acuden a una consulta de infertilidad tienen como antecedente uno o más abortos durante la adolescencia o en su etapa de adulta joven.

Se sabe que es precisamente en la adolescencia que los programas de planificación familiar encuentran las mayores dificultades para lograr los efectos deseados, dificultades a las que no es ajena la juventud cubana. Hoy las adolescentes paren menos porque interrumpen más sus embarazos, que a su vez aumentan por diversas razones, entre otras: porque el conocimiento que poseen sobre los métodos anticonceptivos y el uso que hacen de ellos es insuficiente, por no relacionar la práctica de relaciones sexuales con la capacidad de dar una nueva vida, una inadecuada comunicación entre progenitores y su descendencia sobre las preocupaciones sexuales y, por último, un pobre desarrollo de los intereses propios de la edad.

Sobre este particular, una investigación realizada en un hospital ginecobstétrico de la capital del país reveló que "en los últimos tres años, fueron registradas 3 811 interrupciones de embarazos en adolescentes. El 70 % de ellas eran estudiantes, 88 % solteras, 75 % cumplían su primera gestación, mientras que un 8 % ya tenían hijos de partos anteriores. A su vez, de las que ya se habían practicado otras interrupciones de embarazo, 58 % se estaba realizando la segunda antes del año y sólo 37 % tenía uso previo de métodos anticonceptivos". Asimismo, en otra información reportada por el director de otro de estos hospitales se señalaba que "en el año 2008 se hicieron en ese hospital alrededor de 2 300 abortos, de ellos, 600 en adolescentes".

Dra. María Elena Benítez Pérez

Más recientemente, el especialista principal de los servicios de Planificación Familiar en otro hospital ginecobstétrico de La Habana señalaba: "Aunque aparece información en la prensa y en la televisión, algo está fallando cuando, en una semana, tenemos 70 abortos provocados".

Todo indica que la planificación familiar no puede abordarse sólo como un problema de salud. El derecho al aborto seguro es parte inseparable del derecho reproductivo y humano, y una conquista importante en la lucha por los derechos de la mujer. Presionarla a tener hijos que no desea, pero que no supo o pudo evitar, sería un claro retroceso en su derecho a la autodeterminación en materia de procreación y eso no admite cambios ni está en discusión. Sin embargo, el aborto no es un método anticonceptivo y no debería usarse como un recurso más para la planificación del tamaño de la familia. Los riesgos para la salud de la mujer existen y los costos médicos posteriores son mayores que los destinados a la prevención. Por ello, las políticas de formación en salud sobre la prevención, y los riesgos de un embarazo no planeado ni deseado, son hoy más necesarias que nunca sobre todo entre los adolescentes.

CONSIDERACIONES FINALES

Continuar trabajando en el diseño de nuevas acciones que permitan a la sociedad cubana no solo garantizar el derecho al aborto seguro y cuidar de la salud de la mujer, sino también atenuar su práctica, toda vez que sus consecuencias individuales y sociales son múltiples, es hoy una necesidad.

También hay mucho por hacer aún en relación con la educación sexual de las nuevas generaciones, así como la de sus padres. La tarea debe ser sistémica y tiene que lograrse con un tipo de enseñanza que cambie actitudes en la familia, los padres, los líderes, los medios de educación y de comunicación masiva. Ello, por supuesto, supone un mejoramiento de la tipología y la cobertura de la anticoncepción, así como, una mayor y mejor capacitación de los proveedores de salud sobre la seguridad y beneficios de cada método.

Las cifras evidencian que, en el país, el uso de métodos anticonceptivos se reduce a pocos métodos donde elegir, algunos incluso considerados

entre los menos seguros y eficaces como el coito interrumpido y el método del control del ritmo que; además, suponen mayores tensiones en las relaciones o negociaciones con la pareja.

Como sociedad debemos concientizar a los jóvenes de la responsabilidad que conlleva criar un hijo o hija cuando las condiciones de madurez biológica, emocional y social no están dadas todavía. Para ello, se necesita eliminar obstáculos culturales y morales convencionales a la hora de canalizar las actitudes de la sexualidad porque las circunstancias y los referentes son otros. La función de la cultura y la tradición deben proporcionar un marco para el bienestar humano, por tanto, los mensajes de información, educación y los medios de comunicación deben, también, cambiar, y permitir que sean los mismos adolescentes los que establezcan la comunicación entre ellos. Es decir, que los mensajes muestren sus propias experiencias de tener que posponer sus posibilidades de desarrollo humano ante la llegada de responsabilidades prematuras.

El aborto deberá convertirse en la excepción, no en la regla, para poner fin a un embarazo no deseado o no planificado, que siempre seguirán ocurriendo. Evitar es mejor que abortar.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Lajonchere, Celestino: *Entrevista inédita* concedida por el eminente profesor, en su hogar, a los doctores María Elena Benítez Pérez y Tomás Jiménez Araya, 10 de febrero de 1994, La Habana (original en cintas de cassette y transcripción mecanografiada).
- Benítez Pérez, María Elena: *La familia cubana en la segunda mitad del siglo XX*, La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 2003.
- _____: "La epidemia del aborto" en Centro de Estudios Demográficos (CEDEM): *Salud Reproductiva en Cuba*, Volumen II, La Habana 1997.
- Boongarts, John: *Un marco para el análisis de los determinantes próximos de la fecundidad*, Bogotá, Corporación Centro Regional de Población, 1982.
- Casasús, Juan J. E.: *Código de Defensa Social y Derecho Penal Complementario*, Tomo I, Cultural, S. A., Habana, 1941.
- Centro de Estudios Demográficos (CEDEM): *La población de Cuba*, La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1976.

- CEDEM-ONE-MINSAP-UNFPA: *Cuba Transición de la Fecundidad. Cambio social y conducta reproductiva*, La Habana, 1995
- Centro de Estudio sobre la Juventud (CESJ) y Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE): *Cuarta Encuesta Nacional de Juventud*, Cuba, 2011-2012.
- Comité Estatal de Estadísticas (CEE): *Series Estadísticas, Salud Pública y Asistencia Social*, La Habana, 1981.
- _____ : *Informe General de la Encuesta Nacional de Fecundidad 1987*, La Habana, 1990.
- Cutié, José Ramón, Alfredo Laffita y Marvelis Toledo: "Primera relación sexual en adolescentes cubanos", La Habana, Hospital Docente Ginec-obstétrico América Arias, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba, en *REV CHIL OBSTET GINECOL 2005; 70(2)*: pp. 83-86.
- De la Torriente-Brau, Zoe: "Ampliación de un informe en caso de tentativa de aborto", en: *Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana. Índice Analítico (1864-1958)*, La Habana, Academia de Ciencias de Cuba, Museo Histórico de las Ciencias "Carlos J. Finlay", 1974.
- Espín Guillois, Vilma: *La Mujer en Cuba. Familia y sociedad*, La Habana, Imprenta Central de las FAR, 1990.
- Farnós, Alfonso: La declinación de la fecundidad y sus perspectivas en el contexto de los procesos demográficos en Cuba, CEDEM, La Habana, 1985.
- Federación de Mujeres Cubanas (FMC) y Unión Nacional de Juristas de Cuba (UNJC): Proyecto Código de Familia (en discusión).
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP): *El derecho a elegir: Derechos reproductivos y salud reproductiva*, Nueva York, S/1,700/R-2,500/1999, 1999.
- Guillaume, Agnès y Susana Lerner: *El aborto en América Latina y El Caribe. Una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005*, PARIS-MÉXICO 2007, disponible en el sitio de Internet del Centre Population et Développement (CEPED), Francia: (<http://ceped.cirad.fr>).
- MacInnes, John y Julio Pérez Díaz: "The reproductive revolution and the sociology of reproduction", en *University of Princeton*, IUSS, 2005.
- Masjuan, Eduard: "Procreación consciente y discurso ambientalista: anarquismo y neomalthusianismo en España e Italia, 1900-1936", Universidad Autónoma de Barcelona, Ayer, nº 46, 2002, pp. 63-92.
- Ministerio de Justicia (MINJUS): *Código de Familia de la República de Cuba*, promulgado el 14 de febrero y puesto en vigor el 8 de marzo de 1975, La Habana, 2da. edición, 1987.
- _____ : Gaceta Oficial de la República de Cuba, *Código Penal 1979*, publicación digital.
- Ministerio de Salud Pública (MINSAP): *Anuario Estadístico de Salud 2013*, La Habana, 2014.
- Oficina Nacional de Estadísticas (ONE): *Informe Nacional Censo de Población y Viviendas Cuba 2002*, La Habana, 2005.
- Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE): *Informe de la Encuesta Nacional de Fecundidad 2009*, La Habana, 2010.
- Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI): *Informe Nacional Censo de Población y Viviendas Cuba 2012*, La Habana, 2014.
- Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI), CEPDE: *Anuario Demográfico de Cuba 2012*, La Habana 2013.
- _____ : *Anuario Demográfico de Cuba 2013*, La Habana, 2014.
- Organización de Naciones Unidas (ONU): "Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas. Nuevo resumen de conclusiones sobre la interrelación de los factores demográficos, económicos y sociales", Volumen I. Capítulo IV. Fecundidad, Nueva York, 1978.
- _____ : "Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994", (A/CONF.171/13/Rev.1), Nueva York, 1995.
- Rigol Ricardo, Orlando: *Obstetricia y Ginecología*, Editorial Ciencias Médicas, La Habana 2004.
- Rivero de la Calle, Manuel Fermín: "Compilación, Prólogo e Índice", en: *Actas de la Sociedad Antropológica de la Isla de Cuba*, La Habana, Comisión Nacional Cubana de la Unesco, 1966, pp. 81-87.
- Rodríguez Gómez, Grisell: *De lo individual a lo social: Cambios en la fecundidad cubana*, La Habana, Editorial CEDEM, 2013.
- Tribunal Superior Electoral, Oficina Nacional de los Censos Demográfico y Electoral: *Censos de Población, Viviendas y Electoral Informe General 1953*, La Habana, 1955.