

# La evolución del aborto en el estado de México

Alfonso Mejía Modesto

*Universidad Autónoma del Estado de México*

## *Resumen*

Este artículo analiza los métodos de medición y las cifras disponibles de aborto para el Estado de México. Asimismo, propone un método alternativo para la estimación de abortos inducidos, al igual que el uso de modelos de simulación para crear escenarios y descartar niveles de estimación exagerados. Por último, se presenta un breve análisis de las perspectivas teóricas usadas en la temática.

## *Abstract*

### *Abortion Evolution in the State of Mexico*

This work analyzes the measurement methods and available figures about abortion in the State of Mexico. Additionally it is proposed an alternate method for induced abortions estimation. It also includes the use of simulation models for scenery formulation and discarding figures out of range. Finally there is an analysis of theoretical approaches used in this matter.

Dentro de la demografía siempre han existido indicadores cuya estimación es altamente complicada. El número de abortos inducidos ha sido uno de ellos. Para el caso de México, es evidente que el carácter ilegal y la discusión ética que el aborto presenta agregan complicaciones para la estimación de todos los indicadores relacionados con ese fenómeno, esta situación ha dado lugar a un vacío de conocimiento que ha permitido toda clase de abusos y suposiciones infundadas.

Para lograr subsanar el mencionado vacío se han propuesto múltiples esquemas de estimación que van desde los más burdos hasta los más sensacionalistas, los cuales aportan poco a un conocimiento aproximado del fenómeno y más aún a sus cambios en el tiempo.

Tres de estas técnicas para estimar los abortos inducidos son:

1. Cuota fija. Se calcula que ocurre un aborto por cada diez nacimientos y se restan los practicados en condiciones autorizadas.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Puede variar la cuota de corrección asignada, con criterios subjetivos.

2. Entrevistas a mujeres primíparas o multíparas por parte de personal que atiende partos o que brinda servicio de planificación familiar. Por experiencia de subregistro universal se aumenta al menos 50 por ciento de lo reportado.
3. La técnica de la respuesta al azar. En esta se hace una pregunta sobre la práctica de un aborto en el año y otra cualquiera. Las respuestas posibles son “sí” o “no”. Pero el entrevistador no identifica la identidad de la mujer entrevistada, sólo puede registrar la respuesta, con lo que se cuida la confidencialidad de la informante. Este método permite corregir el subregistro, pero tiene el inconveniente de requerir una muestra muy grande (Kumate, 1993).

Es evidente que estas técnicas son limitadas y, por tanto, mientras el aborto mantenga su carácter ilegal y, en tanto, clandestino, nunca se tendrán cifras exactas para México. Sin embargo, hay aproximaciones que podemos realizar para estimar un piso o un techo a la cifra de abortos realizados en una población. Así, en ocasiones tenemos que estimar el número de abortos a partir de variables como la fecundidad y su relación con el uso de métodos anticonceptivos.

Una de las metodologías más creativas para la estimación de la fecundidad es el método de Bongaarts (1982) Este método tiene entre sus componentes principales al aborto inducido, por lo que es posible realizar un “despeje” de la variable y así lograr una estimación de la tasa global de abortos y posteriormente descomponerla para aproximarnos a un número de abortos.

Algunas de las ventajas que presenta el método de Bongaarts son: a) su sencillez; b) los aportes tan valiosos en diversas variables; c) el amplio conocimiento que tenemos de los insumos requeridos para su implementación, y d) el limitado número de supuestos que maneja.

Esta última ventaja es muy importante, en virtud de que es común encontrar métodos de estimación con demasiados supuestos, lo que los hace terriblemente alejados de la realidad y más aún de las poblaciones en desarrollo o en fases intermedias de las transiciones demográfica y epidemiológica.

Este trabajo hace entonces una presentación del método Bongaarts, empleado para la estimación del aborto inducido en el estado de México, una serie de simulaciones sobre el modelo y una breve discusión teórica. Es importante señalar que hay otros aspectos de la temática que son sumamente relevantes y que en este momento sólo nos limitaremos a mencionar; no obstante, una discusión en profundidad rebasa los objetivos propuestos.

Para el estudio del aborto es fundamental saber quiénes abortan. Para Kraus (2001), el perfil de las mujeres que abortan es polifacético y resulta inútil e imposible conceptualizarlo dentro de los quehaceres de la normatividad médica. Mientras que para el quehacer de los sociólogos y antropólogos conocer el perfil de quienes abortan es fundamental (Bankole *et al.*, 1999). Por otro lado, para los estudiosos de la salud pública, documentar los altos niveles de morbilidad y mortalidad asociados con el aborto ilegal es clave, a la vez que contribuye a explicar la vinculación entre la condición social de las mujeres, los indicadores de salud reproductiva y el grado de vigencia de sus derechos humanos (Llovet y Ramos, 2001).

El aborto también plantea una discusión ética, que gira básicamente en torno a posturas opuestas en donde ambas se basan en el derecho universal de la libertad: por un lado, la postura que defiende la libertad del feto a vivir (confiriéndole status de persona), y en la postura contraria, la libertad de la mujer embarazada sobre su propio cuerpo (Olivares, 2001).

## Las cifras disponibles

No contamos con estimaciones de aborto inducido o espontáneo en los ámbitos nacional o estatal que puedan ser consideradas como totalmente confiables y que den cuenta de la dimensión del fenómeno. Los únicos datos conocidos con cierta precisión son el número de mujeres atendidas por aborto en los hospitales, mismas que se pueden asociar a un aborto inducido; sin embargo, estas cifras también corresponden a mujeres que han sufrido un aborto espontáneo, y también es posible estimar las tasas resultantes entre las mujeres en edad reproductiva.

En el cuadro 1 se puede observar que en 1999 se atendieron por aborto, oficialmente, casi 154 mil mujeres en todo el país, esto es, poco más de 421 mujeres diarias en promedio. Para el estado de México, esta cifra asciende a poco más de 15 mil, lo que hace un promedio diario de casi 42 mujeres atendidas por aborto. Es de notar que en el estado de México ocurrieron 9.8 por ciento de las atenciones por aborto en todo el país durante ese año, una proporción que se puede considerar elevada, si se toma en cuenta la idea generalizada de la correlación negativa entre aborto y uso de métodos anticonceptivos, así como también la correlación negativa entre aborto y atención perinatal.

CUADRO 1  
MUJERES ATENDIDAS POR ABORTO EN UNIDADES MÉDICAS, 1989-2000

|      | Nacional | Estado de México |
|------|----------|------------------|
| 1989 | 92 430   | 7 242            |
| 1990 | 101 559  | 9 336            |
| 1991 | 105 129  | 10 745           |
| 1992 | 125 913  | 13 462           |
| 1993 | 138 978  | 14 834           |
| 1994 | 148 505  | 14 885           |
| 1995 | 153 455  | 16 900           |
| 1996 | 148 536  | 15 742           |
| 1997 | 147 591  | 14 605           |
| 1998 | 145 436  | 14 513           |
| 1999 | 153 825  | 15 178           |
| 2000 | 153 004  | 16 179           |

Fuente: SSA Boletines de información estadística, 1989-2000.

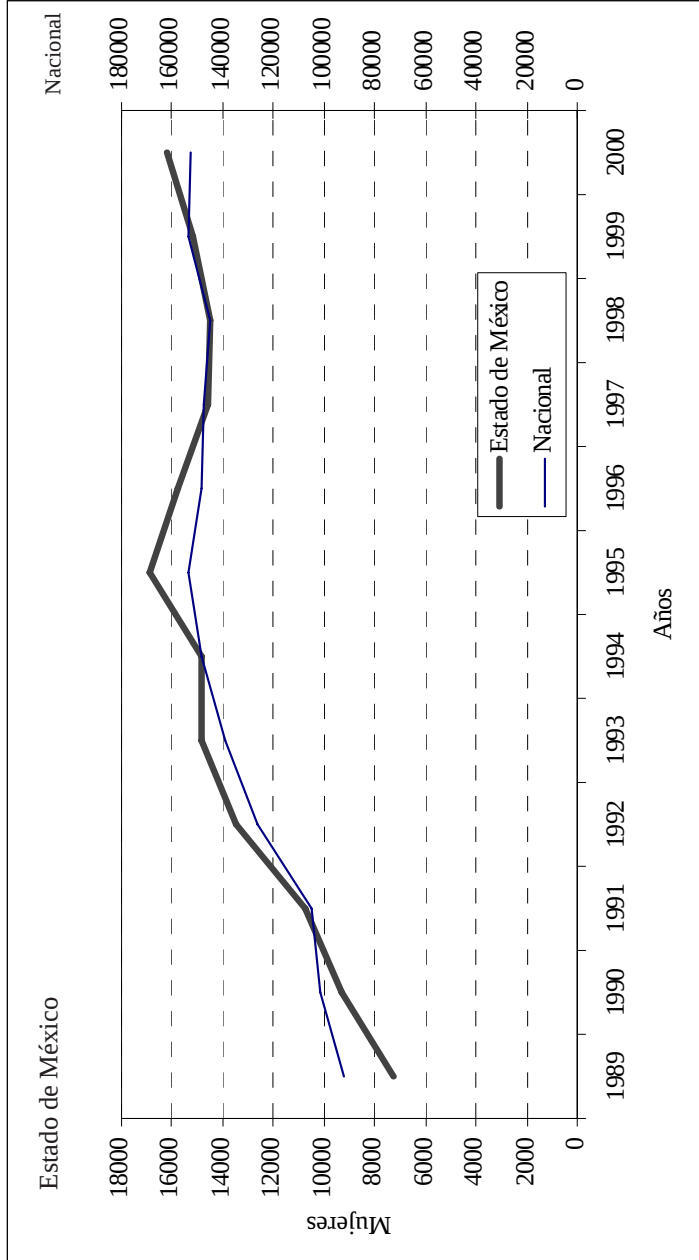
En la gráfica 1 se puede observar que la tendencia del número de mujeres atendidas por aborto en unidades médicas ha sido muy similar en su perfil, tanto en el estado de México como en el país en su conjunto.

En el cuadro 2 se presentan las tasas de mujeres que abortaron por cada mil mujeres, las cuales podemos considerar que se han mantenido constantes con algunas fases de crecimiento, lo que puede deberse a una situación de registro. No obstante, se debe tomar la cifra con precaución.

Esta información es importante; sin embargo, sabemos que estas cifras son muy lejanas a la realidad y por tanto no se pueden considerar como una estimación del número de abortos en una población.

Es ya un lugar común que las mujeres también tienden a olvidar este tipo de hechos, no sólo por su carácter legal, sino también por cuestiones psicológicas, al igual que sucede en el caso de algunos fenómenos de la mortalidad temprana o como los mortinatos.

GRÁFICA 1  
MUJERES ATENDIDAS POR ABORTO EN UNIDADES MÉDICAS, 1989-2000



Fuente: SSA, Boletines de información estadística.

CUADRO 2  
TASAS DE ABORTO POR 1000 MUJERES 1989-1999

|      | Nacional | Estado de México |
|------|----------|------------------|
| 1989 | 4.5      | 2.8              |
| 1990 | 4.8      | 3.6              |
| 1991 | 4.8      | 4.0              |
| 1992 | 5.6      | 4.9              |
| 1993 | 6.1      | 5.3              |
| 1994 | 6.3      | 5.2              |
| 1995 | 6.3      | 5.7              |
| 1996 | 6.0      | 5.1              |
| 1997 | 5.8      | 4.6              |
| 1998 | 5.6      | 4.4              |
| 1999 | 5.7      | 4.4              |

Fuente: cálculos propios con base en la información SSA Boletines de información estadística, 1989-1999 y la estimación de mujeres con base en los Censos de Población y Vivienda Nacionales 1990 y 2000 y Enadid 1997.

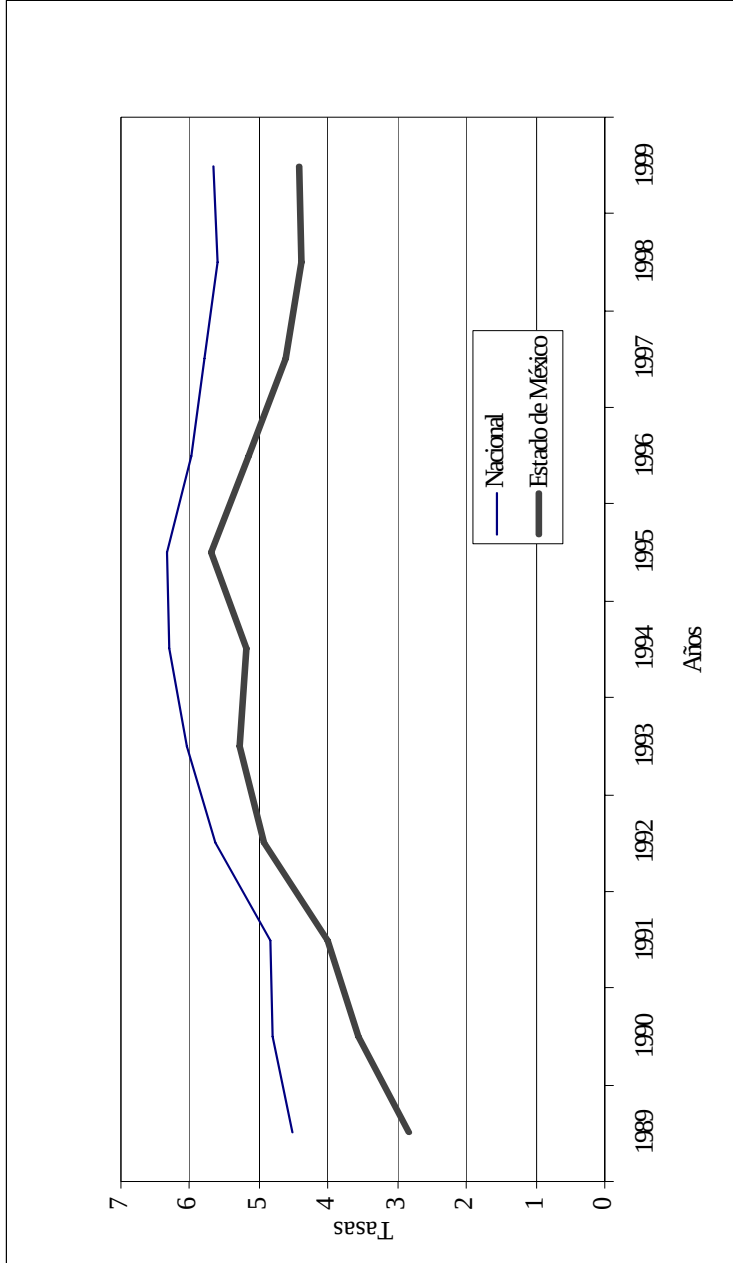
Quizá las únicas cifras confiables y completas podrían ser las de abortos espontáneos, pero también pueden estar infladas, ya que en ocasiones las mujeres pueden señalar como espontáneo algo que no fue así. No obstante, en este trabajo dejaremos de lado las estimaciones sobre aborto espontáneo, que seguramente son menores al número de abortos inducidos.

## Presentación del modelo

Para estimar el número de abortos inducidos, en este trabajo se utiliza el método de las variables intermedias de la fecundidad. Este método establece que la tasa global de fecundidad es una función de la proporción de mujeres en edad fértil que están unidas o casadas, la prevalencia anticonceptiva y la efectividad de los métodos utilizados, la duración media de la lactancia y la tasa bruta de abortos inducidos, la cual se presenta en la siguiente ecuación:

$$TGF = C_m * C_c * C_a * C_i * TF$$

GRÁFICA 2  
TASAS DE ABORTO POR MIL MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, 1989-1999



Fuente: cálculos propios con base en SSA, Boletines de información estadística.

Donde TF es la fecundidad total potencial y se estima que es de 15.3 hijos. Se debe aclarar que este valor fue definido por Bongaarts como un estándar internacional, construido a partir de diferentes experiencias internacionales.

Por tanto, la ecuación queda como:

$$TGF = C_m * C_c * C_a * C_i * 15.3$$

Los índices  $C_m$ ,  $C_c$ ,  $C_a$  y  $C_i$  presentan un rango de variación entre cero y uno, es decir, éstos son sus valores mínimo y máximo correspondientemente. Por la forma multiplicativa<sup>2</sup> del modelo podemos suponer que si alguno de los índices  $C_m$ ,  $C_c$ ,  $C_a$  o  $C_i$  fueran cero, el resultado del modelo, es decir, la TGF, sería también igual a cero.

Por el contrario, si alguno de los índices  $C_m$ ,  $C_c$ ,  $C_a$  o  $C_i$ , fueran uno, el resultado del modelo, es decir, la TGF dejaría de ser afectada por ese componente.<sup>3</sup> En el caso hipotético de que todos los índices valieran uno la TGF sería igual a TF.

Es decir, estos índices conforme más cercanos sean a uno tendrán menor peso en la definición de la TGF y evidentemente entre más cercanos sean a cero, menor será la TGF.<sup>4</sup>

De manera general se puede afirmar que los índices cambian de acuerdo con el grado de desarrollo de la población a la que hacemos referencia, conforme una sociedad es más moderna, mayor es el peso del índice de la anticoncepción  $C_c$  y pierden importancia otros como el matrimonio  $C_m$  y la lactancia  $C_i$ . Véase Bongaarts (1982).

Debe apuntarse que Bongaarts considera que el índice aborto  $C_a$  aumenta su importancia en sociedades modernas, al igual que la anticoncepción  $C_c$ .<sup>5</sup> Esta es una afirmación que se ha prestado a polémica y discusión, ya que para un sector importante de los especialistas el aumento de la anticoncepción tiene que reflejar una disminución en el aborto.

<sup>2</sup> Recuérdese que cualquier número multiplicado por 0 es igual a 0.

Si el cero es considerado como la ausencia total de cantidad, entonces es evidente que:

$$n + 0 = n$$

$$n * 0 = 0$$

$$0 / n = 0$$

(Rees y Sparks, 1970: 15)

<sup>3</sup> Sabemos que el producto de cualquier número  $n$  multiplicado por la unidad es igual a  $n$

$$n * 1 = n.$$

<sup>4</sup> Cabe señalar que el modelo fue evaluado por Stover (1998) y se sostiene con algunas precisiones en la definición de los índices, no obstante, son más detalladas y requieren datos no del todo disponibles.

<sup>5</sup> Recuérdese que se habla de incrementar la importancia del índice en la reducción de la TGF y no el valor del índice mismo, por el contrario, como ya se dijo anteriormente, si el valor es menor, su peso en la determinación de la TGF es mayor.

Desde mi perspectiva, los índices deben atravesar tres fases: la primera, donde el aumento de la anticoncepción Cc va acompañada de una reducción del aborto Ca; una segunda fase, donde el aumento de la anticoncepción Cc va acompañado de un aumento del aborto Ca, y una última fase resolutive, donde aumenta muy ligeramente la anticoncepción y el aborto disminuye ligeramente.<sup>6</sup>

Los índices se definen a continuación:

Cm = Es el índice de matrimonio, se estima como la proporción de mujeres en edad fértil unidas. Si Cm es igual a uno, todas las mujeres en edad fértil estarían casadas. Y por el contrario, si es igual a cero, habría ausencia total del matrimonio.

Cc es el índice de anticoncepción, si es igual a uno estaríamos en una situación de ausencia de práctica anticonceptiva voluntaria. Si es igual a cero, todas las mujeres tendrían una anticoncepción 100 por ciento efectiva.

Cc se calcula como:  $Cc = 1 - 1.08 * e * u$

Donde: u = prevalencia anticonceptiva de mujeres de 15 a 49 años.

e = el promedio de uso efectividad de la anticoncepción. Este índice relaciona no solamente el uso de anticonceptivos, sino también la mezcla de los mismos que presentan diferentes tasas de efectividad y continuidad.

Ci es el índice de infertilidad posparto, que está estrechamente vinculada con la duración de la lactancia.

$Ci = 20 / (18.5 + i)$ .

Donde:

i = duración media de la infertilidad posparto estimada con base en la ecuación siguiente, obtenida con la experiencia internacional y donde b es igual a la duración media de la lactancia:

$i = 1.753 \exp(0.1396 * b - 0.001872 * b^2)$

Es igual a uno en ausencia total de la lactancia, igual a cero si la infertilidad es infinita.

Ca es el índice de aborto inducido. Se estima como

$Ca = TGF / (TGF + 0.4 * (1 + u) * TA$

Donde: TGF = Tasa global de fecundidad

TA = Tasa global de abortos. Esta estimación es sumamente similar a la definición de TGF pero referida a aborto y no a nacimientos como sucede en la TGF.

<sup>6</sup> Estas tres fases han sido trabajadas por el autor y deben ser analizadas si se decide hacer trabajo de tipo prospectivo.

Si es igual a uno significaría la ausencia de aborto inducido. Por el contrario, si es igual a cero, todos los embarazos serían abortados.

Con la información de las encuestas demográficas podemos estimar de manera muy precisa los índices  $C_m$ ,  $C_c$  y  $C_i$  así como la TGF y la TF, por tanto, con el despeje de la ecuación principal podemos estimar  $C_a$ .

$$C_a = TGF/C_m * C_c * C_i * TF$$

## Estimación de la tasa global de aborto

Una vez que contamos con el índice  $C_a$ , calculado con base en los otros índices, es posible obtener TA, que es la tasa global de abortos por mujer, estimada por medio de la ecuación:

$$TA = TFR * (1 - C_a) / (0.4 * (1 + u) * C_a)$$

Esta se interpreta de la misma manera que se hace con la TGF. Por tanto, la TA, tasa global de abortos, se interpreta como el número de abortos promedio que una mujer tendría a lo largo de su vida reproductiva. Vale aclarar una vez más que en este caso nos referimos sólo a abortos inducidos.

## Estimación de indicadores 1992-1997 (modelo observado)

Las encuestas sociodemográficas levantadas en México constituyen una fuente de información, fundamental para todo tipo de estimaciones demográficas, y por tanto, también para la estimación del aborto.

Para la determinación de  $C_a$  se consideró el promedio nacional, se puede observar que de acuerdo con la información disponible la  $C_a$  ha aumentado, por tanto, se puede considerar que ha disminuido su peso en la determinación de la TGF. Y por otro lado, se observa una clara reducción de la tasa global de abortos TA.

En el cuadro 3 se puede observar la evolución de la tasa global de abortos TA, la cual, se puede considerar, se ha reducido constantemente, mientras que  $C_a$  también ha perdido su influencia en la determinación de la tasa global de fecundidad.

La gráfica 3 muestra la relación de las las tasas globales de aborto y fecundidad frente al uso de métodos anticonceptivos. De acuerdo con la perspectiva teórica de asociación negativa entre uso y aborto, podríamos confirmar esta teoría con los datos existentes.

CUADRO 3  
TASA TOTAL DE ABORTOS E ÍNDICES BÁSICOS

|      | 1992   | 1995   | 1997   |
|------|--------|--------|--------|
| TGF  | 2.91   | 2.56   | 2.41   |
| Ca = | 0.9649 | 0.9660 | 0.9695 |
| u    | 0.7110 | 0.7540 | 0.7730 |
| TA   | 0.1548 | 0.1284 | 0.1071 |

Metodología de Bongaarts para estimar la tasa total de abortos.

El índice de aborto inducido Ca se estima como

$$Ca = TFR / TFR + 0.4 * (1+u) * TA$$

$$TA = TFR * (1 - Ca) / (0.4 * (1+u) * Ca)$$

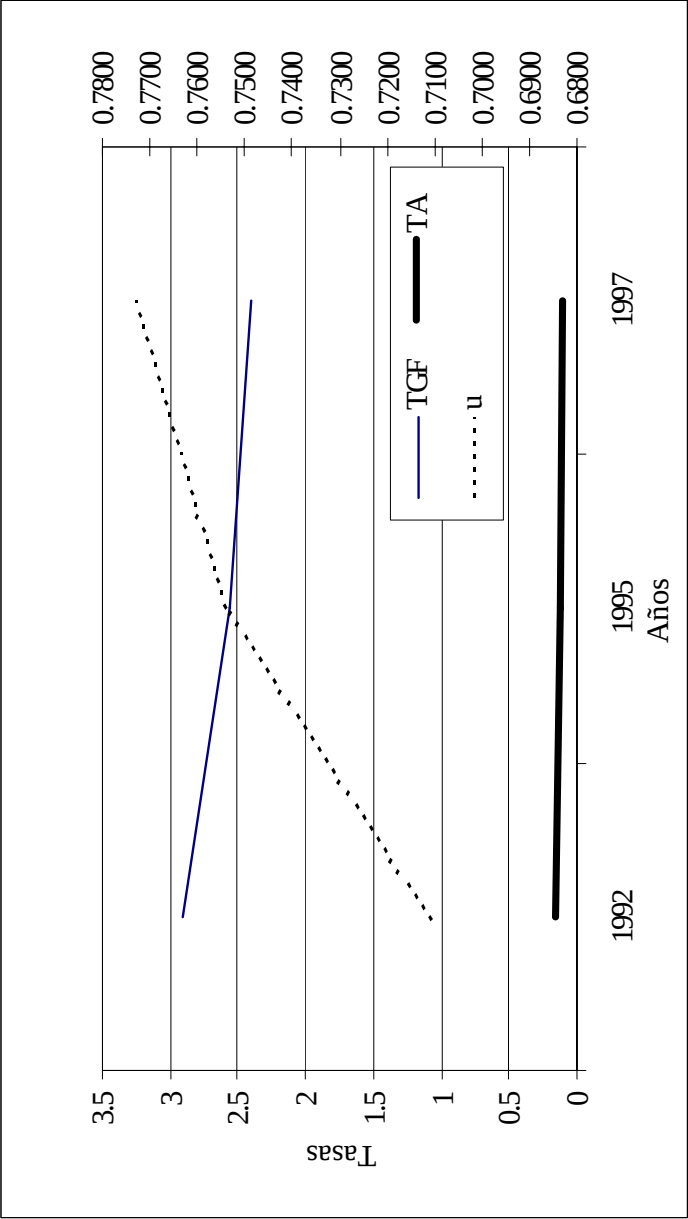
$$TA = TFR * (1 - Ca) / (0.4 * (1+u) * Ca)$$

donde : TA = Tasa total de aborto

Ca = Índice de aborto inducido

u = Uso de métodos anticonceptivos

GRÁFICA 3  
ESTADO DE MÉXICO, TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y TASA  
GLOBAL DE ABORTO, 1992-1997



## Estimación del número de abortos

Como se ha podido observar previamente, es necesario contar con la tasa global de abortos para la estimación del número absoluto de abortos. Además se necesita el número de mujeres según grupos quinquenales de edad de entre 15 y 49 años y el número de nacimientos de las mismas edades.

Con la tasa global de abortos y la información de mujeres en edad fértil obtenida de las encuestas nacionales es entonces posible determinar la del número de abortos en una población. Para obtener la estimación por grupos de edad se emplea la misma distribución porcentual de los nacimientos de la población, o bien, una distribución alternativa.

Dicho de manera general, la idea es hacer una descomposición o retroceso de un indicador demográfico clásico como lo es la TGF. Su estimación normalmente parte de los nacimientos y poblaciones femeninas, para llegar por medio de las ecuaciones a la estimación de la TGF, en nuestro caso empezamos por el otro extremo. Vamos del indicador final (TA) a los abortos, por tanto, sólo se trata de invertir el proceso de estimación.

Para iniciar la estimación es necesario dividir entre cinco la tasa global de abortos, este número se considera la sumatoria total de las tasas específicas de aborto.

Una vez que se tiene este valor total, se distribuyen con la misma estructura por edad que se distribuyen los nacimientos de la población.<sup>7</sup> Obteniendo así las tasas específicas de aborto,  $ta$ . Haciendo el producto de estas  $ta$  con el número de mujeres por cada grupo de edad se obtiene el número de abortos por grupo de edad y su suma es el número total de abortos.

La estimación de abortos para el estado de México, con la información disponible más cercana —que es la de 1997, y la población femenina correspondiente—, es de casi 57 mil abortos inducidos en la entidad. Esto es poco más de 155 diarios en promedio.

Este cifra es preocupante y mayormente si se considera que el esquema de proyección ha sido conservador, ya que se ha empleado la tendencia promedio nacional de  $Ca$ , no obstante y, como ya se señaló, de acuerdo con Bongaarts, el aborto crece en las sociedades que se modernizan o, dicho de otro modo, avanzan en su transición demográfica.

<sup>7</sup> Esta distribución es un supuesto que ha sido confirmado con base en la experiencia de países donde el aborto es legal y, por tanto, su volumen y estructura se consideran confiables. Véase Bankole *et al.* (1999) y Alan Guttmacher Institute (1999).

CUADRO 4  
ESTIMACIÓN DE ABORTOS INDUCIDOS PARA 1997 CON BASE EN  
EL MODELO DE BONGAARTS, ESTADO DE MÉXICO

|       | Tasas específicas de aborto ta (por 1000) | Núm. de abortos inducidos |
|-------|-------------------------------------------|---------------------------|
| 15-19 | 14.8                                      | 9 120.1                   |
| 20-24 | 28.9                                      | 17 724.1                  |
| 25-29 | 28.0                                      | 1 4959.2                  |
| 30-34 | 19.6                                      | 9 121.2                   |
| 35-39 | 10.7                                      | 4 309.8                   |
| 40-44 | 3.8                                       | 1 166.5                   |
| 45-49 | 1.3                                       | 313.5                     |
| Total |                                           | 56 714.6                  |

Fuente: cálculos propios.

Ahora se presentará un análisis de simulación, la ventaja de estos modelos es que nos permite situar escenarios diferentes suponiendo una evolución diferente en los indicadores.

## Modelos de simulación utilizando cambios en los parámetros del modelo

Como se ha mencionado previamente, las estimaciones sobre el aborto han sido sumamente variantes y disparatadas, pero podemos intentar analizar las simulaciones para identificar posibles cambios o posible niveles actuales de la tasa global de abortos.

Se presentan simulaciones con base en las ecuaciones derivadas del modelo de Bongaarts. Se presentan tres modelos de simulación, el primero sin cambios en la TGF, el segundo sin cambios en el índice Ca y el tercero sin cambios en el uso de anticonceptivos U.

Antes de la presentación de los modelos de simulación se presenta un análisis de las diferencias entre estimación y simulación, el cual intenta hacer más clara la lectura de simulaciones para los lectores no especializados.

CUADRO 5  
COMPARACIÓN DE MODELOS DE SIMULACIÓN FRENTE A MODELOS  
DE ESTIMACIÓN

| Modelo de estimación         | Modelo de simulación                                    |
|------------------------------|---------------------------------------------------------|
| $Y = a + b + 2$              | $Y = a + b + 2$                                         |
| Y = incógnita, valor buscado | Y = conocido                                            |
| a = parámetro conocido       | a = parámetro cambiante o simulado                      |
| b = parámetro conocido       | b = parámetro cambiante o simulado                      |
| 2 = constante                | 2 = constante                                           |
| ¿Cuánto vale Y?              | ¿Cuánto pueden valer a y b para un valor conocido de Y? |

Hasta el momento se han manejado los modelos de estimación, pero los modelos de simulación tienen una lógica muy diferente y sirven para dar respuesta a preguntas diferentes. A continuación se presenta una serie de diferencias entre los modelos con el objetivo de familiarizar a los lectores no especializados. En el cuadro 6 se presenta un ejemplo de un modelo de estimación.

CUADRO 6  
EJEMPLO COMPARATIVO DE MODELOS ESTIMACIÓN Y SIMULACIÓN

| Estimación                                 | Simulación                                                                                                                                |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Con la ecuación $Y = a + b + 2$<br>$Y = 8$ | Con la ecuación $Y = a + b + 2$<br>$Y = 8$<br>$a = 1 \ b = 5$<br>$a = 2 \ b = 4$<br>$a = 3 \ b = 3$<br>$a = 5 \ b = 1$<br>$a = 4 \ b = 2$ |

## Modelo de simulación con cambios en la TGF

El primer modelo de simulación presentado muestra los niveles de la TA sin cambios en la TGF desde 1992; se puede observar el crecimiento de TA. Con este nivel se alcanzarían más de 68.5 mil abortos inducidos anuales.

CUADRO 7  
SIMULACIÓN DE LA TASA GLOBAL DE ABORTOS SIN CAMBIOS EN TGF

| Simulación de TGF | 1992   | 1995   | 1997   |
|-------------------|--------|--------|--------|
| TGF               | 2.91   | 2.91   | 2.91   |
| Ca =              | 0.9649 | 0.9660 | 0.9695 |
| u                 | 0.7110 | 0.7540 | 0.7730 |
| TA                | 0.1548 | 0.1460 | 0.1293 |

donde : TA = Tasa total de aborto  
Ca = Índice de aborto inducido  
u = Uso de métodos anticonceptivos

## Modelo de simulación con cambios en Ca

Este modelo también nos permite observar lo que podríamos denominar un techo en la estimación de aborto inducidos. Si fijamos a Ca = 0.90 el número de abortos sería de aproximadamente 65.5 mil.

CUADRO 8  
SIMULACIÓN DE LA TASA GLOBAL DE ABORTOS SIN CAMBIOS EN CA

|     | 1992   | 1995   | 1997   |
|-----|--------|--------|--------|
| TGF | 2.91   | 2.56   | 2.41   |
| Ca  | 0.9649 | 0.9649 | 0.9649 |
| u   | 0.7110 | 0.7540 | 0.7730 |
| TA  | 0.1548 | 0.1328 | 0.1237 |

## Modelo de simulación con cambios en el uso de métodos anticonceptivos

Un modelo muy atractivo es el de uso de anticonceptivos, por la citada relación negativa que se supone existe. Sin cambios en el uso de métodos desde 1992, la TA alcanzada sería de 0.1110 y el número de abortos aproximadamente de 58.8 mil. Podríamos entonces concluir que tendría el menor impacto de los tres modelos de simulación presentados.

CUADRO 9  
SIMULACIÓN DE LA TASA GLOBAL DE ABORTOS SIN CAMBIOS  
EN EL USO DE MÉTODOS

|       | 1992   | 1995   | 1997   |
|-------|--------|--------|--------|
| TGF = | 2.91   | 2.56   | 2.41   |
| Ca =  | 0.9649 | 0.9660 | 0.9695 |
| u =   | 0.7110 | 0.7110 | 0.7110 |
| TA    | 0.1548 | 0.1317 | 0.1110 |

donde: TA = Tasa total de aborto

Ca = Índice de aborto inducido

u = Uso de métodos anticonceptivos

## Modelos teóricos implicados

Así como se ha señalado en otras ocasiones, la demografía carece de sólidas reflexiones teóricas en muchos de sus temas, y el aborto es uno de éstos. Desconocemos en realidad propuestas teóricas que den cuenta del fenómeno de manera global para México. Lo que conocemos son experiencias de los países donde es legal el aborto y que tampoco debemos extrapolar a México.<sup>8</sup> Hoy en día carecemos de un análisis teórico del aborto en México, análisis que no se debe confundir con una explicación de la observación o de un estudio de caso.

Desde la aparición de los métodos anticonceptivos modernos se ha cuestionado el papel del aborto en la reducción de la TGF. Al respecto y de manera gruesa,

<sup>8</sup> Véase Donaldson *et al.*; Medoff, 1998; Meier *et al.*, 1996; Agadjanian, 2002.

se pueden constituir dos posiciones, que en momentos y fuera de contexto pueden confundirse, ya que si bien las dos posturas se basan en los métodos modernos, las relaciones no son tan directas e inmediatas.

1. Aquellos que opinan que el mayor uso de métodos anticonceptivos automáticamente dará lugar a una reducción de la incidencia del aborto. A éstos los podemos ubicar como los planificadores ultranza.
2. Aquellos que opinan que al aumentar el uso de anticonceptivos modernos aumentará también el aborto, sin que necesariamente exista una relación directa entre los incrementos. Este grupo lo podemos ubicar como los modernistas.

## Los planificadores

En la primer postura, la relación entre el uso de métodos y el aborto se relaciona de manera negativa. Se puede señalar una relación causal entre sus cambios. Así, de acuerdo con esta postura, la mujer y las parejas podrán eliminar el aborto cuando adopten métodos anticonceptivos modernos, señalando prácticamente una causalidad directa.

Esta es la postura más frecuente de los organismos internacionales y las instituciones prestadoras de servicios.

Un ejemplo puede ser el trabajo de (Senlet *et al.*, 2001) donde se afirma que la reducción de los abortos es resultado de la reducción del uso de métodos tradicionales y, por tanto, no es necesario “corregir” sus fallas.

Otro ejemplo más contundente es el trabajo de Henry (2002). En este trabajo se recopilan resultados de varios trabajos de investigación que, de acuerdo con los investigadores, demuestran la asociación entre disminución del aborto y aumento de métodos anticonceptivos.

## Los modernistas

La segunda postura supone un cambio poblacional donde no existe una relación directa entre porcentaje de uso de métodos anticonceptivos e incidencia de abortos; si acaso, en ocasiones se puede señalar una asociación de indicadores. Los modernistas no establecen una causalidad directa.

En este grupo se incluye la propuesta teórica de Bongaarts (1982), quien propone que en sociedades con reducidas tasas globales de fecundidad el aborto aumenta su papel y también el uso de métodos. No obstante, en trabajos posteriores, las perspectivas han cambiado, por lo que Bongaarts y Westoff (2000) plantean que alcanzar la meta de eliminar embarazos no deseados y sus consecuentes abortos implica incrementar el uso de métodos anticonceptivos que sean absolutamente efectivos. Pero señalan dos procesos muy interesantes, uno observado y otro teórico. La experiencia de Corea muestra que entre 1960 y 1996 la relación entre uso de métodos anticonceptivos y aborto presentó dos fases: “Mientras que el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos ha aumentado constantemente durante el periodo, la tasa global de aborto aumentó desde 1960 hasta 1978 y de ahí comenzó a descender constantemente” (Bongaarts y Westoff, 2000). Esta evolución se explica como resultado de la modernización social.

De acuerdo con Westoff, citado por Henry (2002), “demostrar que la anticoncepción hace reducir el aborto es principalmente una cuestión de tiempo... Depende del momento de la transición de la fecundidad en el que se examina”.

## **Una tercera postura, el cambio gradual**

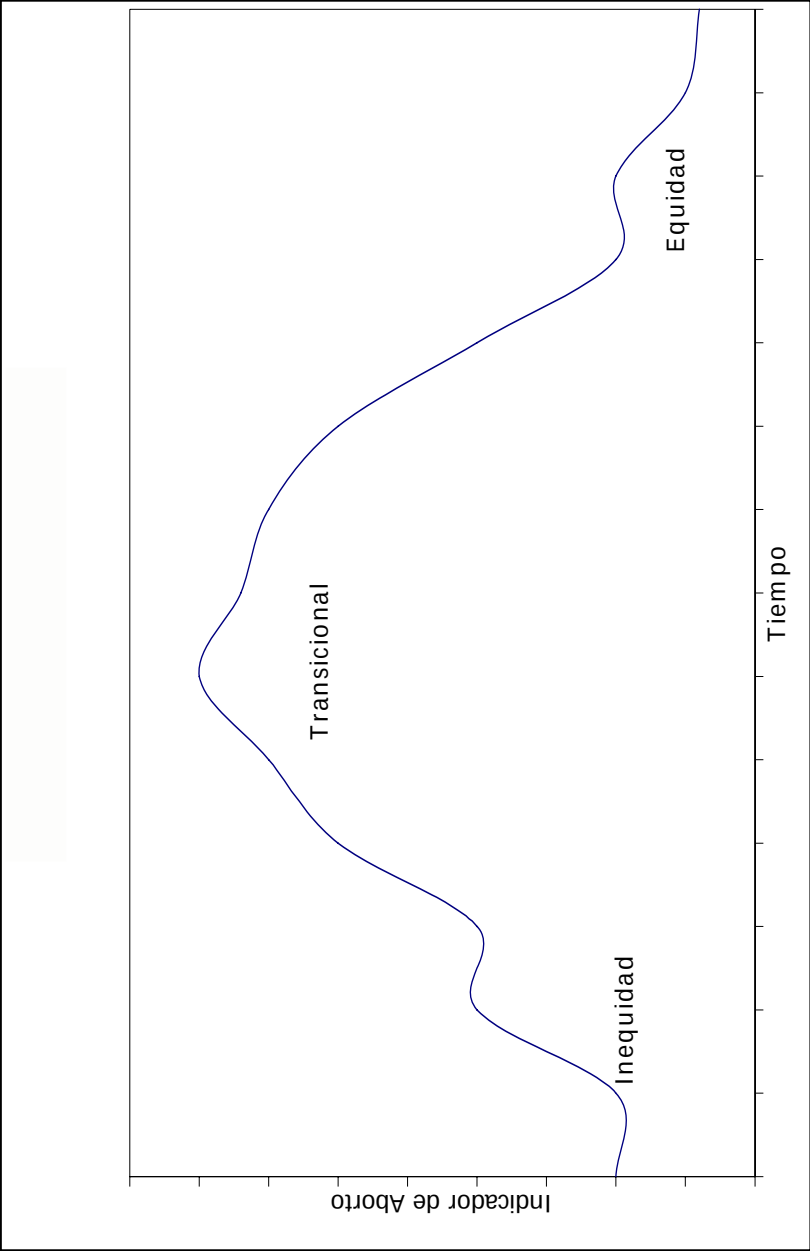
Una tercera propuesta supondría que si bien el mayor porcentaje de uso de métodos anticonceptivos disminuirá la incidencia del aborto a largo plazo, la incidencia del aborto continuará y de hecho aumentará en sociedades donde existe una precaria salud reproductiva y la iniquidad de género permanece. Es decir, en una sociedad como la mexicana.

En esta postura se podrían reconocer tres etapas para llegar a un descenso en los niveles de aborto:

1. Iniquidad de género, alto aborto
2. Transicional, más alto aborto
3. Equidad de género, menor aborto.

Los requisitos para atravesar estas fases rebasan los objetivos de este trabajo, pero seguramente se tendrán que abordar estas temáticas para la construcción de un marco teórico que de cuenta de la relación entre anticoncepción y aborto en el marco de un mejoramiento general de la salud reproductiva, que requiere de la equidad de género como condición indispensable.

DIAGRAMA 1  
EVOLUCIÓN DEL ABORTO EN TRES FASES



## Bibliografía

- AGADJANIAN, V., 2002, "Is 'abortion culture' fading in the former Soviet Union? Views about abortion and contraception", en *Kazakhtan Studies in Family Planning*, vol. 33, núm. 3, september, New York.
- ALAN Guttmacher, Institute, 1999, *Sharing responsibility: Women, Society and Abortion*, Worlwide Alan Guttmacher Institute, Washington.
- BANKOLE, A. *et al.*, 1999, Charateristics of women who obtenin induced abortion, en *A worlwide Review Internatiopnal Family Planning Perspectives*, vol. 25, núm. 2, june, Nueva York.
- BONGAARTS, John., 1982, "The fertility-inhinbiting effects of the intermdiate fertility variables", en *Studies in Family Planning*, vol. 13, núms. 6-7, june-july, Nueva York.
- BONGAARTS, J. y Westoff Ch., 2000, "The potential role of contracepciónin reducing abortion", en *Studies in Family Planning*, vol. 31, núm. 3, september, Nueva York.
- DONALSON, P. *et al.*, 1982, "Abortion and contraception in Korea fertility transition", en *Population Studies*, vol. 36, núm. 2.
- HENRY, Kathleen, 2002, "Más uso de anticoncepción, menos aborto", en *Family Health Intenational*, Network en español, Salud Sexual, vol. 21, núm. 4.
- KUMATE, J. y A. Llausas, 1993, "El subregistro de las estadísticas vitales en información en la salud", en J. Kumate *et al.*, *La salud en cifras*, Biblioteca de la Salud, SSA, FCE, México.
- KRAUSS, Arnoldo, 2001, "Salud reproductiva: del papel a la realidad". en Juan Figueroa y Claudio Stern, *Encuentros y desencuentros en la salud pública. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales* coordinadores. El Colegio de México, México.
- LLOVET, Juan y S. Ramos, 2001, "El estudio del aborto inducido en América Latina: un balance parcial y algunas propuestas a futuro", en C. Stern y J. G. Figueroa (coords.), *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, El Colegio de México, México.
- MEDOFF, M., 1998, "Estimates of the abortion demand of young and older teenagers", en *Population Research and Policy Review*, vol. 17, núm. 6.
- MEIER, K. *et al.*, 1996, "The impact of state-levelrRetrictions on abortion", en *demography*, vol. 33, núm. 3.
- OLIVARES, Cecilia, 2001, "Dilemas éticos de la interrupción del embarazo", en J. Figueroa, *Elementos para un análisis ético de la reproducción*, PUEG-UNAM, Miguel Ángel Porrúa y Griupo Editorial, México.
- REES, P. y F. Sparks., 1970, *Algebra*, Editorial Reverte Mexicana, México.
- SENLET, P. *et al.*, 2001, The role of changes in contraceptiva use in the decline of induce abortion, en *Turkey Studies in Family Planning*, vol. 32, núm. 1, marzo, Nueva York.
- STOVER, J., 1998, "Revising the proximate determinats of fertility framework: what have we learned in the Pas 20 Years", en *Studies in Family Planning*, vol. 29, núm. 3, september, Nueva York.