

El aborto en España en una perspectiva internacional*

MARGARITA DELGADO**
LAURA BARRIOS***

INTRODUCCIÓN

El aborto es un recurso conocido probablemente desde muy antiguo en la sociedad humana, pero que al no estar regulado ni socialmente aceptado, durante mucho tiempo sus prácticas han sido transmitidas “de forma clandestina y vinculadas a la prostitución o a la vida irregular” (Alberdi, 1983:136). La situación actual es bien diferente y, pese a la oposición de ciertos grupos –casi siempre de origen religioso–, su práctica está regulada en la mayor parte de los países desarrollados y en muchos de los subdesarrollados. La diferencia más bien radica en las condiciones en que se lleva a cabo, pues las condiciones de inseguridad son causa de muerte de miles de mujeres anualmente, en especial en el Tercer Mundo¹.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, que tuvo lugar en El Cairo en 1994, constituyó un importante hito respecto a muchos

* Este trabajo forma parte de una investigación más amplia: “Los determinantes de la interrupción del embarazo en España”, financiada por la Fundación Schering España, a la que las autoras agradecen el apoyo recibido para llevarla cabo.

** Instituto de Economía y Geografía. CSIC

*** Centro Técnico de Informática. CSIC

1. Se estima que el número de abortos realizados en malas condiciones asciende cada año a 20 millones. Ello produce unas 78.000 muertes por esta causa, de las cuales, al menos la cuarta parte corresponde a mujeres adolescentes (UNFPA, 2003:39).

aspectos relacionados con el aborto. En primer lugar, allí fue acuñado el término "salud reproductiva", que incluye el reconocimiento de una serie de derechos en orden a tener una satisfactoria y segura vida sexual. En dicha conferencia, la comunidad internacional tomó conciencia del problema de salud pública que representa el aborto en condiciones precarias en muchas partes del mundo (Hessini and Rayas, 2004), por lo que se pronunció acerca de la necesidad de que el acceso al mismo se haga en condiciones seguras. No obstante, uno de los mensajes de la Conferencia fue que el aborto no puede convertirse en una alternativa a los métodos anticonceptivos, por lo que se hizo gran hincapié en la información y el acceso a los métodos de planificación familiar como asuntos que deben contemplarse dentro del ámbito de la salud reproductiva.

El aborto voluntario es una decisión que la mujer no suele tomar como primera opción, salvo casos excepcionales como los que se dan en ciertas sociedades donde se practica el aborto selectivo en función del sexo del feto, a efectos de adecuar el tamaño familiar a ciertas políticas demográficas, claramente coercitivas. Un caso paradigmático es el de China, donde pese a que el aborto era legal desde 1953 (Mundigo, 1999), ha sido a partir de los años setenta –fecha en la que el gobierno decidió contener el crecimiento de la población mediante la imposición de la política de "One Child Family"– cuando se incrementó acusadamente el número de abortos selectivos, lo que lleva a una "anormal 'sex ratio' al nacimiento" (Peng and Huang, 1999). Goodking (1999) se pregunta si desde una perspectiva ética la selección prenatal del sexo debería ser restringida. Habría que añadir que, además de tales consideraciones, desde el punto de vista demográfico también deberían ponderarse las enormes consecuencias que la liberalización de tal medida podría acarrear.

Otro caso especial son los países del Este de Europa, donde el aborto muestra tasas entre las más altas del mundo, debido a que ha estado reemplazando a los métodos anticonceptivos en su función de contención de la fecundidad. Tal circunstancia proviene de que mientras los anticonceptivos son caros y escasos, el aborto es libre y gratuito (Hassoun et Jourdain, 1995, Kovacs, 1997).

Las leyes despenalizando el aborto son relativamente recientes en el contexto europeo, pues datan en la mayor parte de los países de los años setenta. El primer país en el mundo que legalizó tal práctica fue la Unión Soviética en 1920, permitiéndolo a requerimiento de la mujer en su primer trimestre de embarazo (David, 1999). Otro de los más tempranos ha sido Suiza en 1942, al que han ido incorporándose sucesivamente los restantes,

siendo uno de los últimos Bélgica en 1990. Dentro de Europa occidental no es legal tal práctica en Irlanda, Luxemburgo y Portugal ². En España, aunque anteriormente había sido posible el aborto legal en los años de la II República –entre 1931 y 1934–, fue en 1985 cuando se despenalizó mediante la reforma del artículo 417 bis del Código Penal. A partir de ese momento se permite el aborto en tres supuestos:

- a) que esté en riesgo la salud física o psíquica de la embarazada
- b) que el embarazo sea consecuencia de una violación, previamente denunciada
- c) que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas

En los supuestos “b” y “c” la interrupción del embarazo deberá hacerse dentro de las doce o veintidós primeras semanas de gestación respectivamente. En el supuesto “a” la ley no establece plazo.

En este trabajo nos vamos a centrar en el curso seguido por el aborto en España, enmarcándolo en un contexto internacional que abarca varios países europeos occidentales y algunos del Este, así como Estados Unidos y Canadá. Comprende, fundamentalmente, la década final del siglo XX y en él, además de discutir lo apropiado de la medida a utilizar, se aborda la cuantificación del fenómeno, así como la evolución experimentada por los países. Todo ello considerado globalmente, así como por grupos de edad, ya que tal desagregación resulta de extraordinario interés, por cuanto la edad es una variable de gran importancia respecto a los embarazos que finalizan en aborto.

DATOS Y METODOLOGÍA

La mayor parte de los datos utilizados en este trabajo proceden de las estadísticas vitales y las cifras oficiales de población que, para cada país, proporciona el Council of Europe, o bien las oficinas estadísticas de los países en particular. En algún caso se han utilizado también otras fuentes, pero siempre están debidamente referenciadas al pie de la tabla donde se muestran los

2. En marzo de 2004 el Parlamento portugués rechazó, una vez más, la despenalización propuesta por la oposición.

indicadores a que han dado lugar. Este es el caso de los datos acerca de uso de anticonceptivos, que proceden de las series de las Fertility and Family Surveys de Naciones Unidas, llevadas a cabo hacia mediados de los años noventa.

Los indicadores sobre los que se centrará el análisis son las tasas de aborto, de embarazo y de fecundidad, y, especialmente, la proporción de los embarazos que finaliza en aborto. La edad se tomará agrupada en los intervalos convencionales: 15–19, 20–24 ... 45–49, así como de manera global, abarcando 15–49. Las cifras de abortos voluntarios constituirán el numerador de las tasas de aborto; las de nacidos vivos el de las tasas de fecundidad, mientras que el de las tasas de embarazo agrupará a las dos anteriores, junto con las muertes fetales tardías³. En todos los casos, el denominador será la población femenina del grupo de edad al que se refiera la tasa.

Una de las cosas más importantes en el análisis del aborto es la medida que se utilice. Una muy frecuente es la tasa de aborto por cada mil mujeres, ya sea en un grupo de edad o en el total de mujeres en edad de procrear, pero tanto se trate de una medida global como de tasas específicas por edad, la medida está afectada por la incidencia del embarazo. En rigor, un aborto sólo es susceptible de experimentarlo una mujer embarazada, por lo que para medir lo más ajustadamente posible la utilización del recurso al aborto, es preferible calcular la proporción que de las embarazadas interrumpe su gestación que tomar como denominador la población femenina, ya que, en este caso, interviene el nivel de la tasa de embarazo en esa población introduciendo un sesgo en la medición “per se” del aborto⁴. Esto se ve claramente al observar la evolución de las cifras en varios de los países aquí analizados, ya que el hecho de tomar una u otra medida hace cambiar, no sólo los niveles relativos de unos y otros, sino también el signo de la tendencia dentro de un mismo país. En los epígrafes siguientes se hará una detenida observación y análisis de tal influencia.

3. La muerte fetal tardía “es el fallecimiento, antes de su completa expulsión o extracción del cuerpo de la madre, de un producto de la concepción viable” (Instituto Nacional de Estadística, 1997: XII).

4. Parecida metodología a la que aquí se va a utilizar la ha aplicado Blayo (1995) al analizar el caso francés.

LOS INDICADORES DEL ABORTO

La tasa global

En primer lugar, tomando la tasa de aborto global –por mil mujeres en edad de procrear–, en la tabla 1 se aprecia que dentro de la Europa de los Quince, en 1990, Suecia, Dinamarca, Reino Unido, Francia e Italia mostraban la tasa más elevada, mientras que España y Austria acusaban los valores inferiores. Por otra parte, los países del Este superaban ampliamente los valores de los europeos occidentales, destacando Rumanía que multiplicaba por 9,7 el del occidental más elevado (Suecia)⁵. Estados Unidos tenía un índice superior al de cualquiera de la Unión Europea y Canadá se situaba en una posición intermedia.

Si, en lugar de tomar la medida por mil mujeres, se toma la proporción de abortos sobre embarazos, las posiciones cambian: Dinamarca supera a Suecia e Italia pasa a ocupar el tercer lugar, al tiempo que los dos valores inferiores son para Austria y Holanda, por lo que España muestra un índice relativamente mayor que con la medida anterior. Entre los países del Este, Rumanía sigue destacándose y, a excepción de Albania, las proporciones de embarazos que acaban en aborto superan ampliamente las de los europeos occidentales y los de América del Norte.

En 1995, los países que encabezan y cierran la clasificación en la tasa de aborto por mil mujeres no varían de manera apreciable respecto a 1990, aunque en un contexto de menores índices. Sin embargo, otra cosa ocurre si se observa la proporción de embarazos que acaban en aborto: Italia ha pasado a la segunda posición (20,58%) –sólo superada por Suecia–, y España ya no se sitúa entre los tres con menores proporciones sino que está en una posición intermedia (11,92%), habiendo adelantado a Grecia, Alemania y Bélgica. Lo que resulta más destacado del caso español es que aumenta la incidencia del aborto de manera apreciable con las dos medidas utilizadas, algo que ocurre en algún otro caso –Holanda y Grecia–, si bien en éstos los aumentos son de bastante menor cuantía. Para el resto de países, caben las mismas apreciaciones que para 1990 en cuanto a las posiciones relativas que ocupan, aunque Canadá comparte con España el incremento en ambas medidas utilizadas.

5. Si bien dentro del contexto europeo los países del Este registran las tasas más elevadas, en 1996 les superaba Vietnam, con una tasa aún mayor: 83,3 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años, frente a 78 por mil en Rumanía en la misma fecha (Henshaw et al. 1999).

TABLA 1. LA INCIDENCIA DEL ABORTO. VARIOS PAÍSES, 1990-2002

	Tasas de aborto (por mil mujeres 15-49 años)				Proporción de abortos sobre embarazos (mujeres 15-49 años)				
	1990 (a)	1995 (b)	2002 (c)	Variación 1990-02 (%)	1990 (a)	1995 (b)	2002 (c)	Variación 1990-02 (%)	
EUROPA 15 (1)									
Alemania *	7,49	5,02	6,64	-11,43	Alemania * / **	13,78	11,30	15,35	11,36
Austria	1,79	1,24	1,18	-33,84	Austria	3,72	2,72	2,94	-20,94
Bélgica	9,02	4,51	6,00	-33,56	Bélgica	15,13	8,81	11,44	-24,42
Dinamarca	15,74	13,65	12,24	-22,25	Dinamarca	24,42	20,18	18,90	-22,61
Finlandia	9,72	7,78	9,09	-6,50	Finlandia**	15,67	13,50	16,41	4,72
Francia	12,03	10,71	11,25	-6,50	Francia	18,18	17,56	18,34	0,85
Grecia	4,25	4,93			Grecia	8,97	10,78		
Holanda	4,63	5,20	5,62	21,30	Holanda	8,45	9,86	10,38	22,85
Irlanda					Irlanda				
Italia	11,10	9,51	9,87	-11,00	Italia**	21,99	20,58	20,46	-6,97
Luxemburgo					Luxemburgo				
Portugal					Portugal				
Reino Unido	13,94	12,27	13,81	-0,95	Reino Unido	19,73	19,19	22,62	14,65
Suecia	18,30	15,37	16,77	-8,38	Suecia	23,16	23,25	25,76	11,22
España	3,87	4,87	6,13	58,43	España	8,46	11,92	13,77	62,89
OTROS EUROPEOS									
Albania			22,60		Albania**	24,12	30,66	25,59	6,08
Hungría	35,60	29,80	22,22	-37,59	Hungría	41,70	40,63	36,55	-12,34
R. Checa		18,58	12,22		R. Checa	45,91	33,94	25,08	-45,38
Rumania	177,61	87,47	44,18	-75,13	Rumania	75,79	67,86	53,89	-28,89
Rusia		72,65	45,60		Rusia	67,15	66,82	55,90	-16,76
OTROS									
EEUU***	24,45	19,60	18,40	-24,74	EEUU*** / ****	27,81	25,77	24,87	-10,59
Canadá	10,60	13,88	13,23	24,75	Canadá**	16,31	22,20	24,33	49,21

(1) Dentro de la Europa de los 15, en Irlanda, Luxemburgo y Portugal no está despenalizado el aborto.

(a) 1992 para Bélgica.

(b) 1994 para Grecia.

(c) 1997 para Francia y Holanda; 1999 para Albania, Italia y EE.UU.; 2000 para Austria, Canadá y España; 2001 para Bélgica, Dinamarca.

* Incluye RFA y antigua RDA.

** No hay datos de MFT ningún año para Albania; 2000 en Canadá; 2002 en Finlandia, Italia, Alemania.

*** Los abortos de 1990 proceden del Alan Guttmacher Institute, estimados por interpolación.

**** Se han estimado las MFT a partir de tasas.

Fuente: Elaboración propia a partir de información recogida en diferentes bases de datos, que son para los países europeos, los anuarios demográficos del Council of Europe, Eurostat, United Nations para varios años. También www.ined.fr y www.insee.fr para Francia, www.statistics.gov.uk para Reino Unido, www.ssd.scb.se para Suecia.

INE y Ministerio de Sanidad y Consumo para España. Para EEUU y Canadá anuarios demográficos de United Nations. Para EEUU también www.cdc.gov y www.census.gov y para Canadá también www.statcan.ca y www.bcstats.gov.bc.ca

En cuanto a las posiciones de los países alrededor de 2001/2002, hay muy pocas variaciones y, en general, son casi los mismos los que encabezan la clasificación con cualquiera de los indicadores –Suecia, Reino Unido, Dinamarca, Francia e Italia (éste en cuanto a la proporción sobre embarazos)–, así como entre los que muestran los niveles más bajos: Grecia, Austria y Holanda. En el Este, Rusia ha sobrepasado a Rumanía y ya no es Albania la que cierra la jerarquización sino la República Checa.

Por lo que hace a la variación en el período considerado, es donde se aprecian las mayores diferencias en función del indicador que se utilice, llegando a variar no sólo la intensidad sino el signo de la tendencia. Si se considera la tasa de abortos por mil mujeres, solamente ha aumentado el índice en España, Holanda, Canadá entre 1990 y 2002 y en Grecia entre 1990 y 1995⁶. Por el contrario, utilizando la proporción de mujeres que interrumpen su gestación, se aprecia que, además de los anteriores, otros seis países han incrementado el índice de abortos. Pero no sólo eso, sino que en Alemania, Finlandia, Francia, Reino Unido y Suecia, el signo decreciente se transforma en aumento. Además de esto, en los países en que ambos indicadores reflejan aumentos, éstos son de mayor entidad en la proporción de embarazadas que optan por el aborto que si se considera la tasa por mil mujeres.

El caso de España resulta muy llamativo, porque es el país que ha experimentado incrementos –de manera clara– en cuanto al recurso al aborto en la década de los noventa cualquiera que sea el indicador que se utilice, pero mientras en un caso el incremento se cifra en 58,43%, en el otro asciende al 62,89%. Sin embargo, es en aquellos en que difiere el signo de la tendencia donde las diferencias muestran toda su importancia, ya que pueden suponer más de 20 puntos en algunos países de Europa occidental y más de 40 (46,23) en el caso de Rumanía. Este país es digno de prestarle atención, no sólo por el formidable impacto del aborto, pese a haber reducido su incidencia, sino por las diferencias en función de la medida: si se toma la tasa por mil mujeres, en el período 1990–2002 se redujo un 75,13%; sin embargo, la proporción de mujeres que, estando embarazadas, optaba por un aborto, sólo disminuyó un 29%⁷.

Esto muestra la influencia del nivel que presenta en cada país la tasa de embarazo. Ante una reducción de ésta, aunque la misma proporción de mujeres siguiesen optando por el aborto, la resultante sería una reducción de la tasa

6. En el caso de Grecia no se dispone de datos para la última fecha de referencia

7. Blayo (1991) estimó que, en Rumanía, cada mujer experimentaba, por término medio, seis abortos a lo largo de su vida reproductiva, ya que tal procedimiento constituía el método privilegiado para controlar el número de nacimientos.

de aborto por cada mil mujeres. En los casos concretos que se comentaban anteriormente, lo que se muestra es que, si bien menos mujeres se quedan embarazadas –por un uso más extendido o más eficiente de los anticonceptivos–, aunque también menos mujeres entre las embarazadas opten por el aborto, esta opción no ha descendido en la medida que muestra la tasa global, como pone de manifiesto el caso de Rumanía. Lo mismo podría decirse para el resto de países donde la tasa de abortos por cada mil mujeres muestra descensos superiores respecto al que muestra la proporción de embarazadas que recurre al aborto. Es decir, que relacionar el número de abortos con el volumen de la población puede ser de utilidad para algunos propósitos, pero es una medida afectada por el nivel de embarazo que, a su vez, depende de otros factores tales como el nivel de la nupcialidad o del emparejamiento en general –sobre todo en determinadas edades– combinado con la utilización de anticonceptivos. Sin embargo, la proporción que de las embarazadas opta por el aborto, mide más ajustadamente la utilización de tal recurso y, sobre todo, su evolución.

Los grupos de edad

La utilización del recurso al aborto no se distribuye homogéneamente por edad entre las mujeres en su etapa fértil. La probabilidad de un aborto es más elevada cuanto mayor es el número de embarazos en una población; de ahí, que la tasa de aborto muestre una fuerte correlación con la tasa de embarazo, por lo que los grupos de edad con las tasas más altas de embarazo, en general, presentan también las tasas más elevadas de aborto. Esto es aplicable también al nivel global de los países: cuanto más elevada es la tasa de embarazo mayor es la incidencia del aborto. La tabla 2 muestra las correlaciones entre estas medidas para los diferentes grupos de edad, con datos de 12 países en tres fechas distintas: 1990, 1995 y 1999⁸. Se aprecian coeficientes superiores a 0,9 y con alto grado de significación en la casi totalidad de los grupos de edad en 1990 y 1995 entre tasa de embarazo y tasa de aborto, debilitándose la asociación en 1999, fecha en la que no es significativa para los grupos en la treintena. También se observa correlación entre la tasa de embarazo y la proporción de abortos, pero ni es persistente a lo largo del tiempo, ni tan generalizada por grupos de edad y tampoco alcanza la significación que presenta la tasa de aborto. En definitiva, lo que están mostrando estas cifras es que la tasa de aborto depende de la tasa de embarazo.

8. En 1990 son 11 países.

TABLA 2. CORRELACIONES ENTRE TASA DE EMBARAZO Y TASA Y PROPORCIÓN DE ABORTOS POR GRUPOS DE EDAD EN 12 PAÍSES. 1990, 1995 Y 1999.

Correlaciones de la tasa de embarazo con			
Año	Edad	Tasa de aborto	Prop. de abortos
1990	15-19	0,968**	0,153
	20-24	0,954**	0,943**
	25-29	0,973**	0,952**
	30-34	0,960**	0,826**
	35-39	0,990**	0,841**
	40-44	0,995**	0,803**
	45-49	0,995**	0,585
1995	15-19	0,948**	-0,088
	20-24	0,954**	0,887**
	25-29	0,834**	0,812**
	30-34	0,812**	0,706*
	35-39	0,928**	0,811**
	40-44	0,980**	0,865**
	45-49	0,996**	0,690*
1999	15-19	0,914**	-0,464
	20-24	0,943**	0,567
	25-29	0,602*	0,495
	30-34	0,052	-0,212
	35-39	0,438	0,120
	40-44	0,833**	0,549
	45-49	0,938**	0,608

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Los países incluidos en el análisis son:

Para 1990 Dinamarca, Finlandia, Francia, Holanda, Italia, Reino Unido, Suecia, España, Hungría, Rumanía, y EEUU.

Para 1995 Alemania, Dinamarca, Finlandia, Francia, Italia, Reino Unido, Suecia, España, Hungría, Rumanía, Canadá y EEUU.

Para 1999 Alemania, Dinamarca, Finlandia, Francia, Reino Unido, Suecia, España, Hungría, Rumanía, R. Checa, Canadá y EEUU.

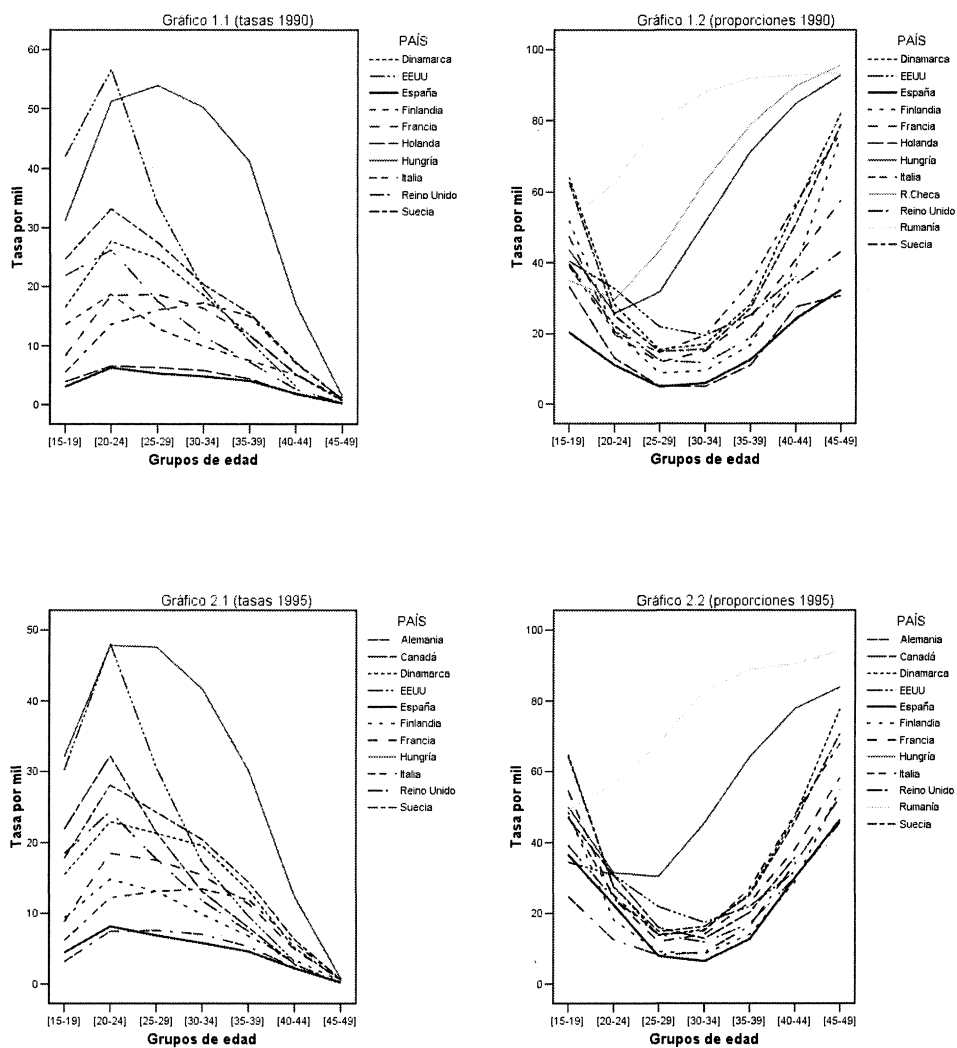
Fuente: Elaboración propia a partir de información recogida en diferentes bases de datos, que son para los países europeos los anuarios demográficos del Council of Europe, Eurostat, United Nations para varios años y también www.ined.fr y www.insee.fr para Francia, www.statistics.gov.uk para Reino Unido, www.ssd.scb.se para Suecia. Para España, INE y Ministerio de Sanidad y Consumo.

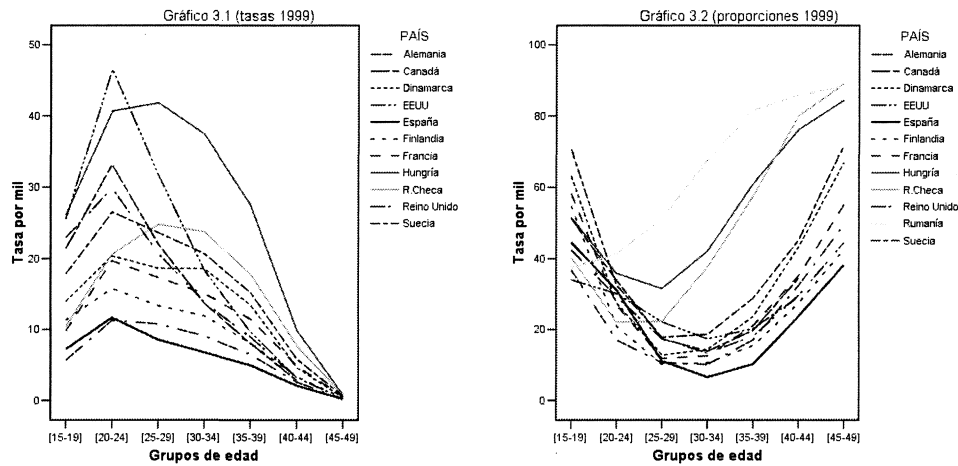
Para EEUU y Canadá anuarios demográficos de United Nations. También www.cdc.gov y www.census.gov, y www.statcan.ca y www.bcstats.gov.bc.ca respectivamente.

Por esta razón, las tasas de aborto –tanto por lo que hace a los niveles en un momento dado como a la evolución en el tiempo– enmascaran la verdadera incidencia del aborto, si lo que se quiere medir es la intensidad de la utilización de tal recurso y su dinámica. Para corroborar esta afirmación no hay más que observar conjuntamente la representación gráfica de las dos medidas del aborto (gráficos 1–3), desagregadas por grupos de edad, para

los países que se vienen analizando. Se puede apreciar cómo los grupos de edad centrales –con tasas más altas de embarazo– son los que presentan tasas más elevadas de aborto, mientras que si se toma la proporción de embarazadas que opta por el aborto, se observa exactamente lo contrario, a excepción de Rumanía en 1990 y, en menor medida, algún otro país del Este.

GRÁFICOS 1-3. TASAS DE ABORTO (POR MIL) Y PROPORCIÓN DE ABORTOS (SOBRE EMBARAZOS) POR GRUPOS DE EDAD. 1990-1999





Con la excepción de Rumanía entre los países aquí analizados, los gráficos muestran una pauta generalizada y persistente en el tiempo, que revela cómo las proporciones más elevadas de interrupción se observan en los extremos de la distribución, es decir, en las mujeres adolescentes o en sus primeros veinte y las mujeres en los cuarenta, lo que hace adoptar a las curvas esa clara forma de U en la distribución por edad. Incluso en el caso de Rumanía y, en menor medida, Hungría y la República Checa –cuyas curvas de la proporción de abortos mostraban en 1990 una forma creciente con la edad–, tienden a asemejarse más a las del resto de países.

Con independencia de la forma de la distribución –generalizada, y común a la casi totalidad de los países, tanto la cóncava como la convexa en función de la medida que se represente– por lo que hace a los niveles del aborto por países, tal como puede observarse en la tabla 3, los grandes rasgos diferenciadores por grupos de edad son los siguientes:

Entre las jóvenes de 15–19 años, si se considera la tasa de aborto por mil mujeres, son Rumanía, Hungría y Estados Unidos quienes encabezan la clasificación en las tres fechas consideradas, seguidas de Reino Unido, Suecia y Canadá en algún año, mientras que los menores niveles corresponden generalmente a Alemania, España e Italia. Por el contrario, tomando la proporción de abortos (tabla 4), son los países nórdicos –Dinamarca, Suecia y Finlandia– los que suelen encabezar la clasificación, junto con Francia y los del Este. España se ha ido acercando progresivamente a los países de cabeza, alcanzando en 1999 la

quinta posición dentro de la Europa de los Quince, con el 44,62% en este grupo de edad ⁹.

En el grupo de 20–24 años, Rumanía –a gran distancia–, junto con los otros países del Este, Estados Unidos y alguno de los nórdicos, son los que acusan en 1990 las tasas más elevadas de aborto, así como las más altas proporciones de embarazos finalizando en aborto, mientras que los índices menores son los de España y Holanda. La situación en 1995 es bastante parecida respecto a los valores máximos y mínimos, y en 1999 tampoco difiere mucho, salvo que si bien se mantienen las posiciones relativas en la tasa por mil, en el caso de la proporción de abortos respecto a embarazos España ha escalado desde los últimos puestos hasta una posición destacada, incluso por delante de Estados Unidos. Es resaltable que si bien Rumanía sigue a la cabeza de la clasificación, ahora las diferencias no son tan enormes como en las dos fechas anteriores, pues ha reducido tanto sus tasas de aborto como la proporción de embarazos interrumpidos, al tiempo que algunos otros países han experimentado incrementos.

Resulta interesante comparar, como ilustrativo de las diferencias en función de la medida utilizada, el caso de España con el de Alemania en este grupo de edad. España muestra una tasa de aborto prácticamente igual a la de Alemania en 1999: 11,67 y 11,29 por cada mil mujeres entre 20 y 24 años; sin embargo, la proporción de abortos sobre embarazos es casi el doble entre las españolas (31,13% frente a 17,06%). Por otro lado, en este grupo de edad la tasa de embarazo de las alemanas es 1,7 veces la de las españolas (ver tabla 5), pero como optan por interrumpir el embarazo alrededor de la mitad que éstas, la tasa de fecundidad resultante es 2,3 veces mayor que la de las españolas (Council of Europe, 2003). Esto es un claro exponente de la influencia que tiene sobre la fecundidad –incluso con dos ejemplos de países desarrollados– uno de sus determinantes próximos: el aborto. De lo anterior se deduce que los embarazos no deseados son más frecuentes entre las españolas, lo que estaría indicando menor prevalencia anticonceptiva o una menor eficiencia del método.

En el grupo de 25–29 años son también los países del Este, junto con Suecia y Estados Unidos los que registran las tasas más altas de aborto en las tres fechas consideradas, mientras que España, con Holanda en 1990 y 1995, y con Alemania en 1999, comparte los valores inferiores. En el caso de la proporción de abortos, aunque en la última fecha España muestra una posición ligeramente más alta, aún con eso, sigue situándose entre los que tienen un índice más bajo (11,13%).

9. Esta proporción ha seguido aumentando hasta llegar al 47,38% en 2002. El no reflejar los datos más recientes es por guardar la comparabilidad con las fechas relativas al resto de los países, pero pueden verse en www.saludreproductiva.com.

TABLA 3. TASAS DE ABORTO (POR MIL) POR GRUPOS DE EDAD. VARIOS PAÍSES, 1990, 1995 Y 1999.

AÑO 1990(a)		15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49
EUROPA 15	Alemania							
	Dinamarca	16,53	27,70	24,77	18,53	11,77	5,18	0,67
	Finlandia	13,60	18,73	12,95	9,92	7,53	5,07	1,17
	Francia	8,38	18,54	18,68	16,33	11,73	5,27	0,71
	Grecia(*)	1,51	****	7,10	****	6,31	****	1,20
	Holanda	3,93	6,60	6,36	5,84	4,41	1,72	0,17
	Italia	5,53	13,64	16,04	17,24	15,02	7,08	0,81
	Reino Unido	21,88	26,20	17,52	11,61	7,25	2,60	0,25
	Suecia	24,63	33,23	27,51	20,37	15,50	7,25	0,90
	España	3,08	6,33	5,33	4,82	4,06	1,88	0,22
OTROS EUROPEOS	Hungría	31,24	51,22	53,93	50,16	41,06	17,03	1,43
	Rumanía	54,99	220,07	311,29	256,42	159,30	51,90	4,58
	R.Checa							
OTROS	EEUU(**)	41,99	56,66	34,00	19,62	10,73	3,16	****
	Canadá							
AÑO 1995(b)		15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49
EUROPA 15	Alemania	3,15	7,47	7,60	7,06	5,30	2,33	0,30
	Dinamarca	15,46	22,96	21,33	19,59	13,24	5,09	0,58
	Finlandia	9,35	14,82	13,11	9,88	6,81	3,38	0,51
	Francia	8,87	18,49	17,52	15,41	11,34	4,86	0,64
	Grecia							
	Holanda							
	Italia	6,17	12,21	13,10	13,44	11,94	5,81	0,58
	Reino Unido	18,46	24,39	17,69	11,77	7,47	2,77	0,24
	Suecia	17,76	28,11	24,28	20,45	14,42	6,28	0,66
	España	4,44	8,19	6,89	5,80	4,60	2,23	0,23
OTROS EUROPEOS	Hungría	32,08	47,85	47,58	41,72	30,11	12,32	0,79
	Rumanía	41,21	142,32	155,99	145,81	88,27	29,83	3,88
	R.Checa							
OTROS	EEUU(**)	30,21	48,06	30,54	17,20	9,60	3,20	****
	Canadá(**)	21,91	32,22	21,47	13,09	8,01	2,82	****
AÑO 1999(c)		15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49
EUROPA 15	Alemania	5,66	11,29	10,77	9,07	6,49	2,59	0,26
	Dinamarca	13,93	20,38	18,64	18,56	13,45	4,65	0,44
	Finlandia	11,29	15,74	13,33	11,91	8,10	3,35	0,38
	Francia	9,78	19,69	17,32	15,03	11,48	4,89	0,57
	Grecia							
	Holanda							
	Italia							
	Reino Unido	23,00	29,89	20,75	13,81	8,96	3,23	0,30
	Suecia	17,83	26,55	23,68	20,71	15,22	5,83	0,65
	España	7,23	11,67	8,55	6,75	4,96	2,11	0,21
OTROS EUROPEOS	Hungría	26,10	40,67	41,80	37,43	27,56	9,90	0,81
	Rumanía	24,53	69,05	81,43	76,67	52,00	16,98	1,50
	R.Checa	10,38	20,63	24,84	23,81	17,85	7,71	0,76
OTROS	EEUU(**)	25,61	46,49	31,77	18,34	9,67	3,22	****
	Canadá(**)	21,45	33,17	22,08	13,68	8,07	2,84	****

(a)1991 para Dinamarca, Grecia, Rumanía, R. Checa; 1992 para Holanda.

(b)1994 para Francia y Suecia; 1996 para Dinamarca.

(c)1997 para Alemania, Francia, Suecia y Canadá; 1998 para Finlandia y Rumanía; 2000 para España.

(*)Grupos de edad 15-19, 20-29, 30-39, 40-49.

(**) En el grupo 40-44 se incluyen todos los abortos de madres de más de 40 años en el numerador y mujeres de 40-44 años en el denominador. Las tasas totales comprenden mujeres de 15-49 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de información recogida en diferentes bases de datos, que son para los países europeos, anuarios demográficos del Council of Europe, Eurostat, United Nations para varios años. También www.ined.fr y www.insee.fr para Francia, www.statistics.gov.uk para Reino Unido, www.ssd.scb.se para Suecia. Para España, INE y Ministerio de Sanidad y Consumo. Para EEUU y Canadá anuarios demográficos de United Nations. Para EEUU también www.cdc.gov y www.census.gov y para Canadá www.statcan.ca y www.bcstats.gov.bc.ca

TABLA 4. PROPORCIÓN DE ABORTOS (SOBRE EMBARAZOS) POR GRUPOS DE EDAD. VARIOS PAÍSES, 1990, 1995 Y 1999.

AÑO 1990(a)		15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	
EUROPA 15	Alemania								
	Dinamarca	64,30	28,20	15,44	17,06	28,26	55,85	82,03	
	Finlandia	52,13	20,67	8,82	9,49	16,84	38,83	75,74	
	Francia	47,61	19,84	11,86	15,15	24,63	40,91	57,59	
	Grecia(*)	7,00	*****	7,35	*****	13,70	34,04	*****	
	Holanda	33,38	13,11	5,11	4,99	11,09	27,50	30,73	
	Italia	39,08	20,54	14,71	19,62	34,42	56,81	76,69	
	Reino Unido	39,69	22,25	12,45	11,73	18,85	34,00	43,08	
	Suecia	62,98	25,12	14,99	15,57	27,19	51,00	78,85	
	España	20,44	11,10	4,94	5,92	12,61	24,22	32,29	
	OTROS EUROPEOS	Hungría	43,64	25,71	31,73	51,54	71,29	84,82	92,81
		Rumanía	51,99	62,53	79,75	88,16	91,93	92,80	93,60
R.Checa		35,02	29,70	43,34	63,12	78,91	89,79	95,59	
OTROS	EEUU(**)	40,47	32,67	21,93	19,52	25,23	36,00	*****	
	Canadá								
AÑO 1995(b)		15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	
EUROPA 15	Alemania	24,78	12,55	8,20	8,96	16,40	34,03	52,75	
	Dinamarca	64,90	27,77	13,77	15,42	25,54	47,33	77,77	
	Finlandia	48,74	18,21	9,12	8,57	14,03	28,90	54,83	
	Francia	54,70	24,21	11,99	14,07	23,05	38,15	58,24	
	Grecia								
	Holanda								
	Italia	47,42	25,06	13,98	15,07	27,03	48,01	67,92	
	Reino Unido	39,28	24,26	13,96	11,84	17,12	30,05	45,64	
	Suecia	64,39	27,48	14,86	16,28	25,05	45,90	70,78	
	España	36,64	22,42	7,87	6,43	12,73	29,99	46,42	
	OTROS EUROPEOS	Hungría	50,14	31,47	30,40	45,50	63,99	77,87	84,02
		Rumanía	49,07	56,35	67,88	83,15	88,89	90,49	94,29
R.Checa									
OTROS	EEUU(**)	34,47	30,85	21,85	17,44	21,93	31,75	*****	
	Canadá(**)	47,03	30,82	15,94	12,90	20,19	35,78	*****	
AÑO 1999(c)		15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	
EUROPA 15	Alemania	36,88	17,06	10,64	10,13	17,08	32,38	49,63	
	Dinamarca	63,16	27,49	12,79	14,35	23,63	43,33	66,89	
	Finlandia	54,84	20,87	10,20	10,57	15,46	27,37	42,55	
	Francia	58,32	26,94	11,84	12,56	21,05	35,12	55,13	
	Grecia								
	Holanda								
	Italia								
	Reino Unido	42,52	29,25	17,38	13,30	18,14	29,57	44,57	
	Suecia	70,65	32,58	17,81	18,58	28,75	45,25	71,79	
	España	44,62	31,13	11,13	6,57	10,26	23,66	38,18	
	OTROS EUROPEOS	Hungría	51,66	35,84	31,52	42,15	61,01	76,25	84,39
		Rumanía	37,42	41,42	51,19	67,61	81,63	85,69	88,38
R.Checa		40,36	22,08	22,27	37,59	57,53	80,07	88,95	
OTROS	EEUU(**)	33,99	30,09	22,15	17,34	20,27	29,10	*****	
	Canadá(**)	51,38	33,89	17,39	13,84	19,75	34,39	*****	

(a)1991 para Dinamarca, Grecia, Rumanía, R. Checa; 1992 para Holanda.

(b)1994 para Francia y Suecia; 1996 para Dinamarca.

(c)1997 para Alemania, Francia, Suecia y Canadá; 1998 para Finlandia y Rumanía; 2000 para España.

(*) Grupos de edad 15-19, 20-29, 30-39, 40-49.

(**) En el grupo 40-44 se incluyen todos los abortos de madres de más de 40 años en el numerador y mujeres de 40-44 años en el denominador. Las tasas totales comprenden mujeres de 15-49 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de información recogida en diferentes bases de datos, que son para los países europeos, anuarios demográficos del Council of Europe, Eurostat, United Nations para varios años. También www.ined.fr y www.insee.fr para Francia, www.statistics.gov.uk para Reino Unido, www.ssd.scb.se para Suecia. Para España, INE y Ministerio de Sanidad y Consumo. Para EEUU y Canadá anuarios demográficos de United Nations. Para EEUU también www.cdc.gov y www.census.gov y para Canadá www.statcan.ca y www.bcstats.gov.bc.ca

Al observar el grupo de 30–34 años, pocas variaciones cabe señalar respecto al anterior, pues las posiciones relativas de altos y bajos índices no cambian de manera sustantiva. Es de destacar el caso de España, debido a que es el país con la tasa de aborto más baja en este grupo de edad en las tres fechas consideradas, pero también lo es en la proporción de embarazos que finalizan en aborto en 1995 y 1999, y el segundo más bajo en 1990.

Por otra parte, este grupo, junto con el de 25–29 años, son los que al observar la proporción de embarazos que acaban en aborto, se sitúan en los gráficos en la parte más baja del “valle”, característica muy marcada en el caso de España. Son, pues, tramos de edad donde comienzan a tenerse mayoritariamente los hijos y, por eso, donde los embarazos no deseados tienen más baja incidencia, si se considera que la interrupción es un indicador de un embarazo no querido. Este rasgo presenta una clara excepción en el caso de Rumanía, donde el índice se incrementa con la edad y no presenta la forma de “U” que caracteriza al resto. También ocurre en menor medida en Hungría, donde el “valle” no se observa en las edades centrales, sino que se materializa en un pequeño descenso entre los 15–19 y 20–24, para luego seguir la pauta rumana de aumento paralelo al incremento de la edad.

Respecto al grupo de 35–39 años, de nuevo, los países que acusan tasas más elevadas de aborto son Rumanía y Hungría, en algún caso acompañados de la República Checa y, dentro de Europa occidental, Suecia e Italia en 1990 y 1995, las dos fechas en que se dispone de los datos completos para este último país. Si se observa cuáles tienen las menores tasas de aborto, España siempre está entre ellos, junto con Holanda y Alemania. Al observar la proporción de los embarazos que finaliza en aborto, España se sitúa también entre los más bajos. Resulta destacado el caso de Italia porque, principalmente al observar la proporción de abortos, si bien a distancia de los países del Este de Europa, encabeza la clasificación de los occidentales, con más de un tercio de los embarazos en este grupo de edad finalizando en aborto en 1990 y algo más de la cuarta parte en 1995.

Por lo que hace al grupo de 40–44 años, se aprecian grandes disparidades en cuanto a la tasa de aborto, con Rumanía a la cabeza, seguida de Hungría en las tres fechas consideradas, si bien se van acortando progresivamente respecto a los valores registrados por el resto de los países. En todas las fechas España se encuentra entre los países con tasas más bajas, junto con Holanda y Alemania.

Al considerar la proporción de embarazos que acaban en aborto en este grupo de edad, la gran mayoría de los países del Este muestran proporciones que rondan el 80% y el 90%. A continuación se encuentra un grupo

integrado por Suecia, Dinamarca e Italia, que se sitúa en torno al 45–50%, y con valores alrededor del 25% están España, Holanda y Finlandia, dependiendo de la fecha.

El grupo de 45–49 años muestra unas pautas muy similares al anterior, sólo que con tasas de aborto sensiblemente menores y con proporciones de aborto más elevadas, ya que más países se acercan al 80–90% y bastantes superan el 50% en las tres fechas consideradas. España se encuentra entre los que tienen una proporción de abortos más baja, pero, en cualquier caso, cercana al 40% en las dos últimas fechas. Respecto a la jerarquización de los países, los del Este encabezan la lista.

Lo que es digno de mención, una vez más, es cómo una baja tasa de aborto, como es la propia de este grupo, proviene de una baja tasa de embarazo, debido a que ambas tienen como denominador el conjunto de la población femenina. Sin embargo, al considerar la incidencia del aborto a través de las embarazadas que optan por la interrupción, las proporciones se vuelven las más elevadas, como se ha podido apreciar en los gráficos. Algo que puede tener explicación en que a estas edades, además de que el tamaño de familia deseado puede haberse alcanzado, un embarazo representa un factor de riesgo. Lo que tal vez es menos explicable es la relajación de los controles anticonceptivos que parecen deducirse de tan altas proporciones de aborto.

La evolución de los índices

En los dos períodos que se analizan, 1990–95 y 1995–99, se aprecian varios patrones de comportamiento respecto a la evolución seguida por los diferentes países. Además, los patrones también difieren por grupos de edad dentro del mismo país. A efectos de comparar tendencias, se ha representado gráficamente la variación experimentada por la proporción de abortos, combinada con la tasa de embarazo en cada grupo de edad ¹⁰. En los gráficos se ha marcado, mediante el trazado de una línea en el punto cero de los ejes, la posición de aumento o descenso de la tasa de embarazo –eje de abscisas– y la de la proporción de embarazos que acaban en aborto –eje de

10. La variación se ha calculado como proporción de las diferencias sobre el punto inicial del período, tanto en el caso de la tasa de embarazo como en la proporción de abortos sobre embarazos. Por tanto, la valoración del curso seguido es pertinente para cada país en particular y, dado que los datos se expresan en términos relativos, lo es, asimismo, en perspectiva comparada entre países.

TABLA 5. TASA DE EMBARAZOS (POR MIL) POR GRUPOS DE EDAD. VARIOS PAÍSES, 1990, 1995 Y 1999.

AÑO 1990(a)		15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49
EUROPA 15	Alemania							
	Dinamarca	25,70	98,24	160,46	108,60	41,65	9,28	0,82
	Finlandia	26,09	90,61	146,79	104,56	44,74	13,05	1,55
	Francia	17,61	93,45	157,48	107,75	47,62	12,88	1,23
	Grecia(*)	21,51	****	96,61	****	46,03	3,51	****
	Holanda	11,77	50,38	124,33	116,95	39,76	6,26	0,55
	Italia	14,16	66,38	109,07	87,90	43,63	12,46	1,06
	Reino Unido	55,12	117,71	140,77	99,02	38,49	7,64	0,58
	Suecia	39,10	132,31	183,54	130,79	57,02	14,22	1,14
	España	15,07	57,01	108,07	81,47	32,20	7,75	0,68
OTROS EUROPEOS	Hungría	71,57	199,19	169,93	97,32	57,59	20,08	1,54
	Rumanía	105,78	351,96	390,34	290,87	173,29	55,92	4,89
	R.Checa							
OTROS	EEUU(**)	103,75	173,42	155,02	100,51	42,51	8,79	****
AÑO 1995(b)		15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49
EUROPA 15	Alemania	12,01	59,34	91,70	76,55	30,81	6,40	0,57
	Dinamarca	23,82	82,67	154,84	127,04	51,84	10,75	0,75
	Finlandia	19,19	81,35	143,73	115,27	48,56	11,71	0,93
	Francia	16,22	76,37	146,14	109,51	49,22	12,74	1,09
	Grecia							
	Holanda							
	Italia	13,01	48,72	93,67	89,16	44,18	12,09	0,85
	Reino Unido	46,99	100,50	126,73	99,41	43,65	9,21	0,53
	Suecia	27,58	102,30	163,36	125,59	57,56	13,69	0,94
	España	12,10	36,52	87,55	90,25	36,16	7,43	0,49
OTROS EUROPEOS	Hungría	63,98	152,07	156,55	91,70	47,05	15,82	0,94
	Rumanía	84,00	252,54	229,82	175,37	99,30	32,96	4,12
	R.Checa							
OTROS	EEUU(**)	87,66	155,80	139,78	98,63	43,78	10,08	****
	Canadá(**)	46,58	104,54	134,65	101,47	39,68	7,88	****
AÑO 1999(c)		15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49
EUROPA 15	Alemania	12,69	62,97	98,77	87,44	36,51	7,68	0,53
	Dinamarca	22,06	74,14	145,77	129,34	56,94	10,73	0,66
	Finlandia	20,60	75,43	130,59	112,69	52,40	12,23	0,89
	Francia	16,76	73,11	146,22	119,60	54,52	13,93	1,03
	Grecia							
	Holanda							
	Italia							
	Reino Unido	54,09	102,20	119,41	103,77	49,36	10,91	0,67
	Suecia	25,23	81,51	132,93	111,45	52,92	12,89	0,91
	España	16,21	37,49	76,79	102,70	48,30	8,90	0,55
OTROS EUROPEOS	Hungría	50,52	113,47	132,63	88,80	45,17	12,99	0,96
	Rumanía	65,56	166,69	159,07	113,40	63,70	19,82	1,70
	R.Checa	25,73	93,45	111,51	63,34	31,02	9,64	0,85
OTROS	EEUU(**)	75,35	154,50	143,41	105,78	47,72	11,05	****
	Canadá(**)	41,74	97,87	126,98	98,79	40,83	8,25	****

(a) 1991 para Dinamarca, Grecia, Rumanía, R. Checa; 1992 para Holanda.

(b) 1994 para Francia y Suecia; 1996 para Dinamarca.

(c) 1997 para Alemania, Francia, Suecia y Canadá; 1998 para Finlandia y Rumanía; 2000 para España.

(*) Grupos de edad 15-19, 20-29, 30-39, 40-49.

(**) En el grupo 40-44 se incluyen todos los embarazos de madres de más de 40 años en el numerador y mujeres de 40-44 años en el denominador.

Fuente: Elaboración propia a partir de información recogida en diferentes bases de datos, que son para los países europeos, anuarios demográficos del Council of Europe, Eurostat, United Nations para varios años. También www.ined.fr y www.insee.fr para Francia, www.statistics.gov.uk para Reino Unido, www.ssd.scb.se para Suecia. Para España, INE y Ministerio de Sanidad y Consumo. Para EEUU y Canadá anuarios demográficos de United Nations. Para EEUU también www.cdc.gov y www.census.gov. Para Canadá www.statcan.ca y www.bcstats.gov.bc.ca

ordenadas— para poder apreciar mejor los cambios en una y otra variable. Así, en el cuadrante izquierdo inferior están los países en los que han descendido ambos indicadores; en el cuadrante izquierdo superior están aquellos en los que ha descendido la tasa de embarazo y se ha incrementado la proporción de abortos; en el cuadrante derecho superior los que han incrementado ambos indicadores y, por último, en el cuadrante derecho inferior, aquellos en los que ha aumentado la tasa de embarazo pero ha descendido la proporción de abortos.

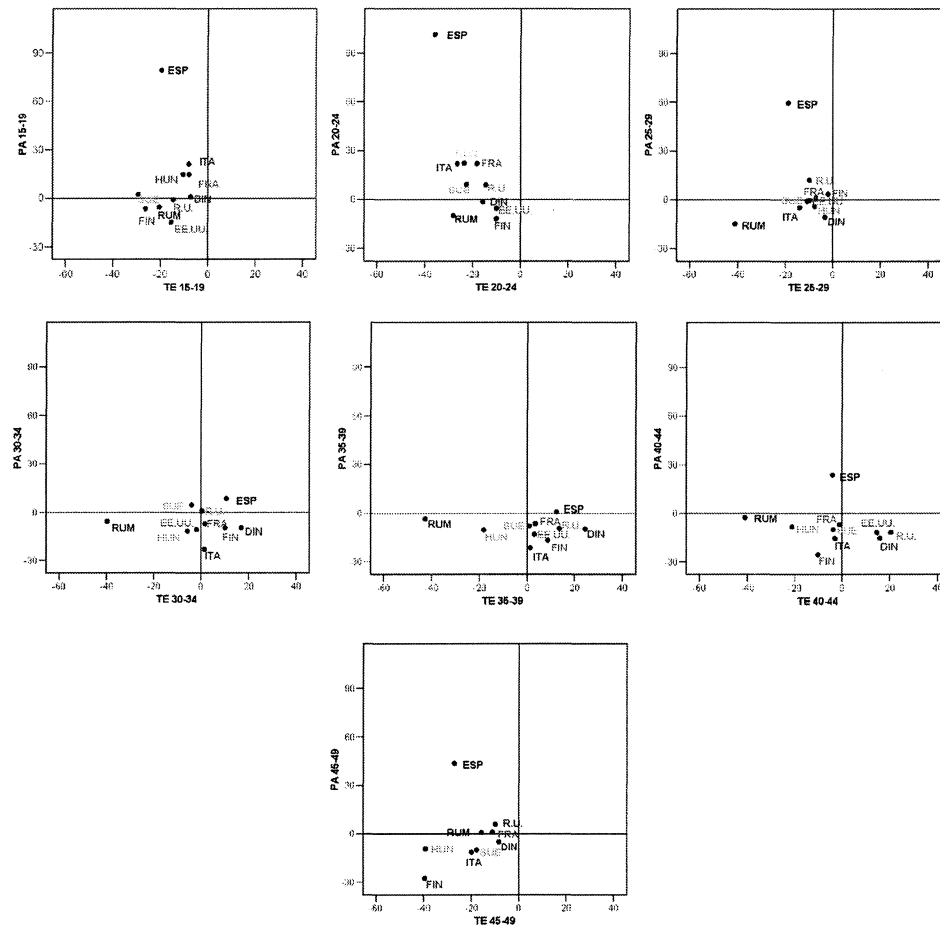
Como puede apreciarse en el gráfico 4, una de las cosas más destacadas del *período 1990–95*, es que la tasa de embarazo presenta un descenso generalizado en los grupos menores de 30 años y mayores de 44, al tiempo que las mujeres en la treintena registran aumentos también casi generalizados, a excepción de los países del Este, Suecia y Estados Unidos en el grupo de 30–34 años. Esta circunstancia se repite en el de 40–44, añadiendo Finlandia e Italia y excluyendo Estados Unidos, mientras que en 35–39 la reducción sólo afecta a algunos del Este.

Por lo que hace a la proporción de embarazos que acaban en aborto, las cosas son sustantivamente diferentes, si no opuestas, al considerar la edad: en la mayor parte de los países, los grupos por debajo de 25 años y, en menor medida entre 25 y 29, han incrementado el recurso al aborto, lo que puede decirse asimismo de las mujeres mayores de 45. Por el contrario, entre las mujeres en la treintena son muchos más los países que han reducido la incidencia del aborto que los que la han incrementado. Los países del Este, en especial Rumanía, destacan por haber reducido la incidencia del aborto y también la tasa de embarazo. En los occidentales las tendencias son más homogéneas, ya que suelen concentrarse en torno a descensos de la tasa de embarazo en los grupos extremos de la distribución, así como a incrementos moderados en los grupos centrales. Estos rasgos resultan coherentes con la concentración de la fecundidad en las edades centrales, consecuencia del retraso en la edad a la primera maternidad y a la reducción del promedio de hijos por mujer.

Por su parte, el recurso al aborto ha variado poco por debajo de los 30 años, y por encima de esa edad, sólo se ha incrementado en España y Suecia en el grupo 30–34, sólo en España entre 35–44, mientras que en 45–49, con España a la cabeza, ha aumentado sólo ligeramente en Reino Unido y unas décimas en Rumanía. España destaca por situarse, a veces incluso en solitario, entre los países donde más se ha incrementado el recurso al aborto cualquiera que sea el grupo de edad. Hay que decir que, a diferencia de los países del Este e incluso de otros occidentales, partía de niveles mucho

más bajos –a veces los más bajos– que el resto. Pero en todos los grupos registra aumentos en la proporción de embarazos que acaban en aborto, tanto si la tasa de embarazo se ha incrementado como si ha descendido.

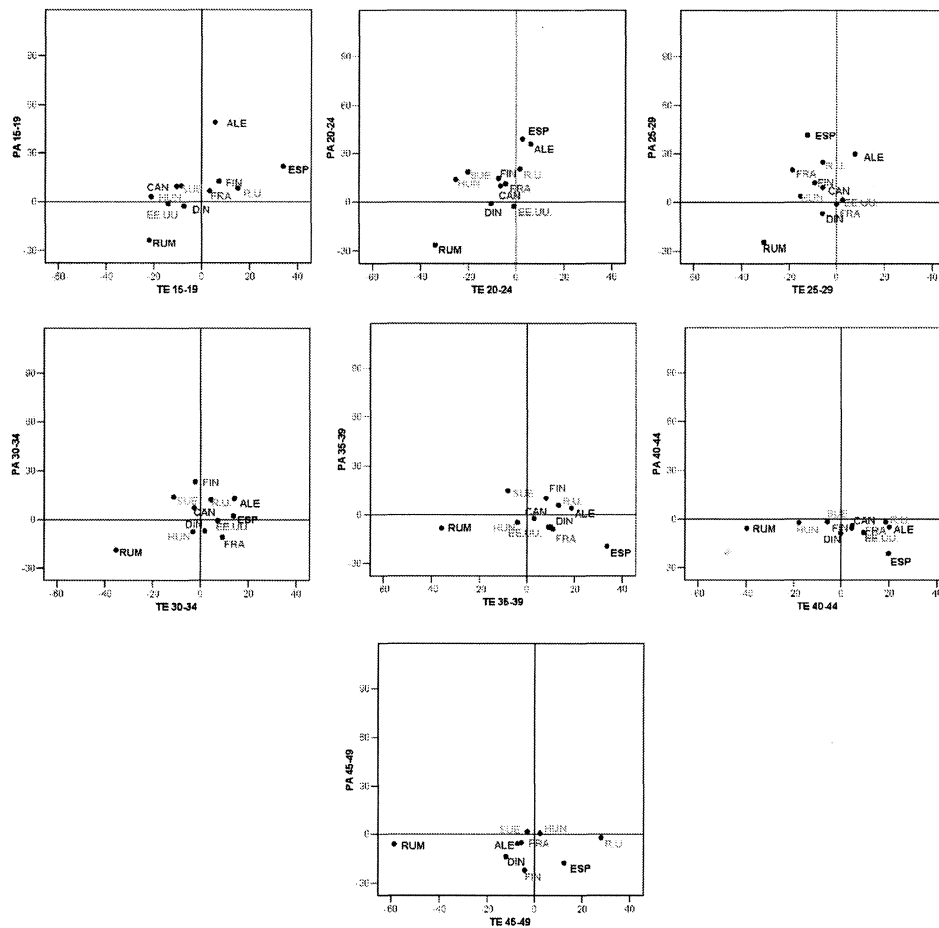
GRÁFICOS 4. EVOLUCIÓN DE LA TASA DE EMBARAZO Y LA PROPORCIÓN DE ABORTOS SOBRE EMBARAZOS POR GRUPOS DE EDAD. VARIOS PAÍSES, 1990-1995



El gráfico 5 muestra que la evolución entre 1995–99 ha seguido una pauta distinta a la del período anterior. Por una parte, el descenso en la tasa de embarazo por debajo de los 30 años no es tan generalizado, pues ha habido aumentos entre las mujeres de 15–19 y 20–24 años en varios países, entre ellos España. De otro lado, los incrementos entre los 30 y los 44 años son más frecuentes en los países occidentales que en los del Este, mientras

que entre las mujeres de más edad sólo aumenta la tasa en Hungría, Rumanía y España. Por lo que hace al aborto, por debajo de los 30 años, con independencia del curso que haya seguido la tasa de embarazo, son más los países en los que aumenta que en los que disminuye; en los grupos que están en la treintena se dan ambas circunstancias, mientras que entre las mayores de 40 años, se reduce la incidencia del aborto de manera generalizada.

GRÁFICOS 5. EVOLUCIÓN DE LA TASA DE EMBARAZO Y LA PROPORCIÓN DE ABORTOS SOBRE EMBARAZOS POR GRUPOS DE EDAD. VARIOS PAÍSES, 1995-1999



A la vista de esta evolución, parece perfilarse con bastante nitidez un panorama donde el aborto cobra importancia entre las mujeres por debajo de los treinta años en los países occidentales, mientras que en los del Este de Europa se reduce algo, debido a que partían de niveles muy superiores. No obstante, pese a ese descenso en la proporción de embarazos que desemboca en un aborto, aún se sitúan entre los de más alta incidencia de esta práctica.

LAS RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES

Los datos que venimos observando acerca de la utilización del recurso al aborto parecen sugerir algún déficit de anticoncepción –sin duda cierto en algunos de los países–, por lo que el índice de prevalencia de anticonceptivos eficaces podría distar bastante de adecuarse a las opciones de la población respecto al número de hijos que deciden tener¹¹. En orden a intentar clarificar estos extremos, se han representado gráficamente los valores de tres variables relacionadas: tasa de embarazo, tasa de fecundidad e índice de prevalencia de anticonceptivos, con una cuarta implícita: la intensidad del aborto, observable a través de la distancia entre la tasa de embarazo y la de fecundidad¹². El gráfico 6 muestra en el eje de ordenadas los valores de la tasa de fecundidad y en el de abscisas los de la tasa de embarazo. En ausencia de aborto, estos valores coincidirían sobre la diagonal¹³. Por tanto, la distancia de los puntos respecto a la diagonal, muestra la intensidad del recurso al aborto en los respectivos países. Junto al nombre del país, entre paréntesis, se indica el índice de prevalencia de anticonceptivos eficaces¹⁴.

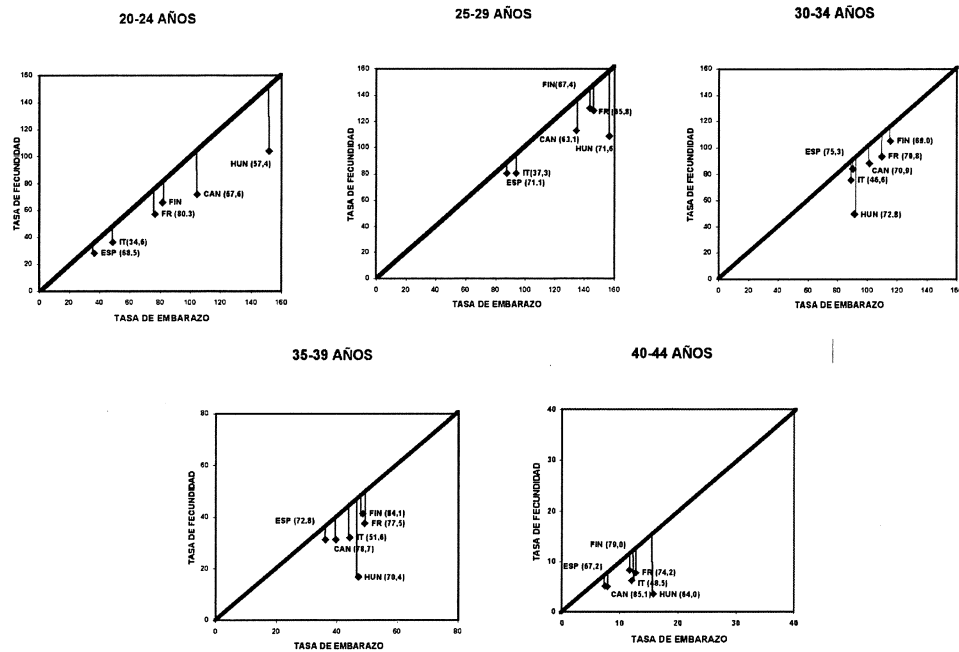
11. Hay que hacer notar que decimos “número de hijos que deciden tener”, lo cual no significa que sea el número deseado, pues en muchos casos se tienen menos de los que se dice desear debido a las circunstancias personales, más concretamente económicas, al menos en el caso de España (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2004).

12. Esto se ha hecho para una fecha en torno al año 1995, punto intermedio en nuestro análisis, pero que viene determinada por la disponibilidad de encuestas comparables acerca de uso de anticonceptivos, como son la serie de las Fertility and Family Surveys.

13. Esto es así aproximadamente, ya que los factores que intervienen en el cálculo de la tasa de embarazo son los nacimientos, los abortos y las muertes fetales tardías, mientras que en el caso de la tasa de fecundidad intervienen solamente los nacidos. Pero, dado que el peso de las muertes fetales tardías oscila en torno al 1% del numerador, apenas modifican la tasa resultante, por lo que de cara a la diferencia entre tasa de embarazo y fecundidad lo relevante son los abortos.

14. El índice de prevalencia de anticonceptivos se calcula tomando las mujeres conviviendo en pareja del grupo de edad de referencia. Por lo que hace a los que se consideran

GRÁFICOS 6. TASA DE EMBARAZO (POR MIL) POR TASAS DE FECUNDIDAD (POR MIL) E ÍNDICE DE PREVALENCIA DE ANTICONCEPTIVOS EFICACES. VARIOS PAÍSES, CIRCA 1995.



Dado que en todos los países aquí contemplados el aborto es legal y, por tanto, asumiendo que puede ser una opción, los posibles tipos que podrían encontrarse serían los siguientes:

- I. Corta distancia de la diagonal, lo que equivale a baja proporción de abortos¹⁵
 - I.1) Con bajo índice de prevalencia de anticonceptivos eficaces
 - I.2) Con índice de prevalencia de anticonceptivos eficaces en torno a la media

eficaces, estos son: esterilización de la mujer o su pareja, píldora, DIU, inyecciones, diafragma y preservativos en el caso de las fuentes aquí utilizadas (las Fertility and Family Surveys de Naciones Unidas), ya que esos, junto con abstinencia periódica, “coitus interruptus” y “otros”, eran los anticonceptivos por los que se preguntaba en dichos cuestionarios.

15. La valoración acerca de la distancia de la diagonal así como de uso de anticonceptivos eficaces, calificándolas de baja o alta se ha realizado restando o sumando al valor que toma la media en cada indicador la desviación estándar dividida por dos. Así, se establece un intervalo de una sigma en torno a la media que es donde se sitúan los valores que calificamos como “medios”; por debajo y por encima de ese intervalo los valores son calificados como bajos o altos respectivamente.

- I.3) Con alto índice de prevalencia de anticonceptivos eficaces
- II. Distancia media a la diagonal, lo que equivale a aborto en torno a la media
 - II.1) Con bajo índice de prevalencia de anticonceptivos eficaces
 - II.1) Con índice de prevalencia de anticonceptivos eficaces en torno a la media
 - II.3) Con alto índice de prevalencia de anticonceptivos eficaces
- III. Elevada distancia de la diagonal, lo que equivale a alta proporción de abortos
 - III.1) Con bajo índice de prevalencia de anticonceptivos eficaces
 - III.2) Con índice de prevalencia de anticonceptivos eficaces en torno a la media
 - III.3) Con alto índice de prevalencia de anticonceptivos eficaces

Los resultados de esta clasificación se muestran sintéticamente en la tabla 6¹⁶. Lo primero que cabe destacar es que no se observa ningún país entre los aquí analizados que, con bajo nivel de anticonceptivos, la incidencia del aborto sea baja. Tampoco que sea alta cuando el nivel de anticoncepción es alto. Por lo que hace a los países en particular, Italia muestra los más bajos índices de prevalencia de anticonceptivos, cualquiera que sea la edad que se considere, y destaca por ser el único clasificable en la categoría “bajo nivel de anticonceptivos”. A pesar de esto, muestra, asimismo, bajas tasas de fecundidad en todos los grupos, excepto en el de 40–44 años, lo que logra mediante una alta proporción de abortos, también prácticamente a todas las edades, pues sólo se exceptúa el grupo de 20–24 años. Llama la atención que sea, precisamente, en el grupo más joven donde la incidencia del aborto es menor, pues ocurre lo contrario en la mayor parte de los países. Esto lleva a pensar que, tal vez, entre las italianas la exposición al riesgo es menor a estas edades, debido a una relativamente más tardía iniciación de la actividad sexual y de la edad al emparejamiento (de Sandre et al., 2000).

Finlandia destaca por ser el país en el que todos los grupos de edad se sitúan en baja incidencia del aborto, con la resultante de altas tasas de fecundidad. No obstante, las tasas se combinan con un nivel medio de anticonceptivos en las edades centrales –las más frecuentes a las que se tienen los hijos– y una prevalencia más elevada en las edades superiores. Esto indica dos cosas: por un lado, preferencia por un mayor número de hijos –como indican

16. A efectos de esta clasificación, al obtener las medias se ha excluido a Hungría, pues los valores que presenta en la proporción de abortos destacan como punto atípico fuera de la distribución normal, lo que altera la media resultante y, sobre todo, la categorización de los países.

los valores que toma en este país el índice sintético de fecundidad—, así como una mejor planificación, pues el recurso al aborto se revela muy limitado.

TABLA 6. RESUMEN COMPARATIVO DE LA DISTANCIA ENTRE TASA DE EMBARAZO Y TASA DE FECUNDIDAD (INCIDENCIA DEL RECURSO AL ABORTO) Y EL USO DE ANTICONCEPTIVOS EFICACES. VARIOS PAÍSES, CIRCA 1995.

	Bajo nivel anticonceptivos	Nivel medio de anticonceptivos	Alto nivel anticonceptivos
Baja incidencia del aborto	Ningún país a ninguna edad	Finlandia <i>25-29, 30-34</i> España <i>35-39, 40-44</i>	Finlandia <i>35-39, 40-44</i> España <i>25-29, 30-34</i>
Incidencia media del aborto	Italia <i>20-24</i>	Francia <i>25-29, 40-44</i> Canadá 30-34 , <i>35-39</i> España <i>20-24</i>	Francia 20-24 Canadá <i>40-44</i>
Alta incidencia del aborto	Italia <i>25-29, 30-34, 35-39, 40-44</i>	Francia 30-34 , <i>35-39</i> Canadá <i>20-24, 25-29</i>	Ningún país a ninguna edad

Cursiva = baja tasa de fecundidad

Negrita = tasa media de fecundidad

Subrayado = alta tasa de fecundidad

Francia presenta una fecundidad similar a la de Finlandia en tres grupos de edad, pero con menor nivel de anticonceptivos, que palió con más alta incidencia del aborto. En los otros dos grupos registra tasas más bajas, que en el caso de 20–24 años logra con más anticonceptivos y en el de 30–34 con un uso más frecuente del aborto. Ante una fecundidad global bastante aproximada a la de Finlandia, cabe señalar menor eficiencia en el control que ésta. El caso francés queda muy bien definido por lo que algunos autores denominan “la paradoja anticonceptiva francesa”, donde la incidencia del aborto voluntario tiene un importante papel y muestra gran estabilidad, en un contexto de acceso generalizado a los métodos anticonceptivos y, sobre todo, de un uso mayoritario de los anticonceptivos eficaces o modernos frente a los llamados “naturales” (Bajos et al., 2004).

Canadá muestra un claro gradiente en la fecundidad: altas tasas en el grupo más joven, medias en los centrales y bajas en 35–39 y 40–44. Asimismo, muestra también una escala en la utilización del aborto: alta en los grupos por debajo de 30 años y media en el resto. Por tanto, combina la utilización de anticonceptivos y un recurso más intensivo del aborto entre las más jóvenes, mientras que en las edades más altas, el recurso al aborto es menor y la prevalencia de anticonceptivos se eleva, debido a un uso muy extendido de la esterilización (Wu, 1999).

En cuanto a España, con bajas tasas de fecundidad generalizadas –sólo escapa a esta categorización el grupo de 30–34 años–, llega a tal situación a través de un nivel medio o alto de anticonceptivos, combinado con baja incidencia del aborto, salvo en el grupo de 20–24 años, en que el aborto tiene una incidencia media. Puede decirse que se trata de una situación similar a la de Finlandia sólo que en bajos niveles de fecundidad: en ambos países se recurre poco al aborto y, comparativamente, muestran índices elevados de prevalencia de anticonceptivos, con la resultante de tasas de fecundidad opuestas. Probablemente en España la adecuación entre número de hijos que se decide tener y planificación sea tan eficiente como en Finlandia, pero lo que difiere es el tamaño establecido. Y en esto puede que tengan mucho que ver las políticas de familia, tan diferentes en uno y otro país ¹⁷.

Esta relación que se observa entre los diferentes indicadores al analizar un país en particular, no es perceptible sin embargo al considerarlos globalmente. Por ejemplo, se aprecian similares tasas de fecundidad y prevalencia de anticonceptivos en varios grupos de edad correspondientes a distintos países, al tiempo que se registran importantes diferencias en la utilización del recurso al aborto en esos mismos países y grupos. De igual manera, se observan proporciones similares de embarazos finalizando en aborto con índices de uso de anticonceptivos muy diferentes. Por tanto, tratar de establecer una tipología de países se ha revelado harto difícil. No obstante, en ese intento, se ha procedido a un análisis de correspondencias, mediante la técnica CatPCA o Categorical Principal Components Analysis (Gifi, 1990). Para ello se han considerado las mismas variables que hemos venido observando:

- Proporción de abortos
- Tasa de embarazo
- Tasa de fecundidad
- Índice de prevalencia de anticonceptivos eficaces.

Estas variables se observan, asimismo, en los mismos cinco países y grupos representados en la tabla 6: España, Canadá, Francia, Finlandia e Italia en 20-24, 25-29, 30-34, 35-39 y 40-44 años¹⁸.

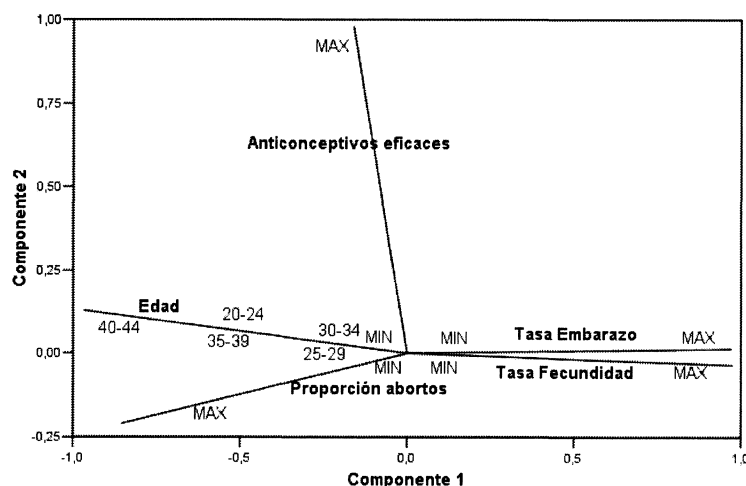
17. Finlandia dedica el 3,42% de su PIB al epígrafe “gasto social en familia e hijos”. La cifra correspondiente para España es 0,42% (Delgado, 2004, con datos de European Comisión, 2002).

18. En el caso de Finlandia no se dispone de datos sobre anticonceptivos para el grupo de 20-24 años, debido a que el universo de la muestra comprendía unas determinadas cohortes, de las cuales, las más jóvenes tenían 25-29 años en el momento de la entrevista (Nikander, 1998).

La relación entre las variables puede variar o no dentro de los grupos de edad, por lo que se añade ésta como variable suplementaria, medida según una escala nominal debido a que la edad en relación a los parámetros anteriores no tiene un comportamiento lineal.

Un primer resultado del CatPCA indica que existen dos componentes principales, las cuales acumulan un 91,5% de varianza explicada, medida sobre los 24 puntos de objetos que componen el análisis (cinco países en cinco puntos de edad, salvo Finlandia en 20-24), lo que hace muy significativos los resultados (gráfico 7). Observando gráficamente las saturaciones en las dos componentes principales de las variables activas y la suplementaria, pueden interpretarse las relaciones por medio del ángulo que forman los ejes que las representan. Aparecen también las ordenaciones que operan dentro de las variables (MIN y MAX en los parámetros y grupo de pertenencia para la edad).

GRÁFICO 7. PESOS DE LAS VARIABLES EN LAS COMPONENTES

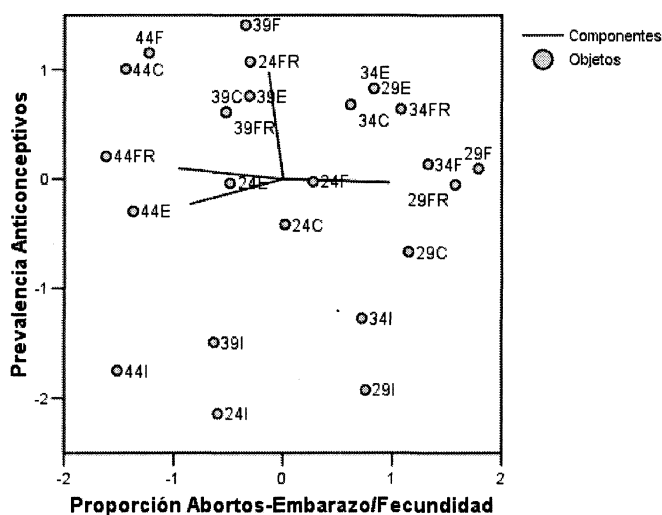


Parece claro que la componente 1 estaría formada por tasa de embarazo y tasa de fecundidad, fuertemente asociadas en forma positiva, y que se oponen, fuertemente también, a la proporción de abortos. La componente 2 es ortogonal, es decir, independiente a la 1 y estaría definida por la prevalencia de anticonceptivos eficaces. De ello se deriva que este parámetro es independiente de las tasas de embarazo y fecundidad y, asimismo, aparece también poco relacionado con la proporción de abortos. Esto no quiere decir que dentro de cada país se relacionen del mismo modo estos parámetros, sino

que, observando diferentes situaciones representadas por cinco países en cinco grupos de edad, el nivel resultante de la fecundidad o el aborto no está directamente ligado al uso de anticonceptivos. Lo que significa concretamente es que, a igual nivel de anticonceptivos de los países, los resultados en el resto de parámetros pueden ser muy diferentes. Por otra parte, la edad, en el orden representado, está más relacionada con el embarazo, la fecundidad y el aborto que con el uso de anticonceptivos.

Este tipo de análisis permite proyectar los objetos –observación de cada país en cada grupo de edad– y situarlos en el plano anterior, ocupando posiciones respecto a las dos componentes principales y a los ejes representados para, así, caracterizar grupos de objetos con comportamiento similar¹⁹, tal como muestra el gráfico 8.

GRÁFICO 8. PROYECCIÓN DE OBJETOS EN LAS COMPONENTES PRINCIPALES



Tomando como referencia la componente 1, las posiciones más a la derecha indican el más alto nivel de embarazo y fecundidad, posiciones que, como es de esperar, son ocupadas por los grupos de edad centrales, habitualmente los más fecundos. Al igual que veíamos en la tabla 6, esto se observa para Finlandia entre los 25 y 34 años y para Francia entre 25

19. La etiqueta de cada objeto identifica el grupo de edad por el límite superior de su intervalo y la inicial del país. Francia y Finlandia están representadas por FR y F respectivamente.

y 29. Y, como se aprecia en el plano, en estos casos tal posición se corresponde con un nivel medio de anticonceptivos y medio/bajo de abortos.

Con un nivel intermedio de fecundidad se colocan Francia y Canadá entre 30 y 34 años y España entre 25 y 34, posición que se corresponde con un nivel más alto de anticonceptivos, lo que parece lógico, ya que menor fecundidad –en este caso intermedia– se espera asociada a mayor uso de anticonceptivos. En cambio, Italia en iguales edades (25–34 años) se sitúa en un bajo nivel de fecundidad y con un bajísimo uso de anticonceptivos, pero ubicándose en la zona de más altas proporciones de aborto.

Esto, en cuanto a las posiciones observadas en los grupos de edad de máxima fecundidad esperada. Por lo que hace a los de menor fecundidad, en primer lugar se encuentra el grupo de 35–39 años que, en general, controla sus niveles con un alto índice de prevalencia de anticonceptivos, salvo Italia. En el caso de Italia, su fecundidad –la más baja en esta edad– está determinada por el índice más alto de abortos del grupo de países observado, hecho en el que le sigue Francia.

En un nivel similar de fecundidad al anterior encontramos los elementos relativos al grupo de 20–24 años. Se sitúan, en general, de forma atípica en una zona central, incluso baja, respecto al uso de anticonceptivos eficaces, salvo Francia que sí registra valores más altos. Destaca Italia, que presenta índices extremadamente bajos. Se observan altas proporciones de aborto, lo que puede deberse, en parte, al hecho de que en esta edad la proporción de mujeres conviviendo en pareja es de las más bajas y, dado que el aborto está más ligado al hecho de no estar emparejadas, ello explicaría los valores observados²⁰.

En el caso de 40–44 años, de fecundidad muy baja, los grupos de objetos ocupan posiciones similares en cuanto a aborto y fecundidad, pero diferentes en la componente que define el uso de anticonceptivos, donde Finlandia y Canadá ocupan una alta posición y, de nuevo, Italia destaca por una posición mucho más baja, pero que se complementa con una alta utilización del aborto.

Analizando estrictamente la edad, es destacable cómo los grupos respecto a la componente definida por la proporción de aborto frente a embarazo y fecundidad siguen una pauta clara: en todos los países el binomio “más bajo aborto–más alta fecundidad” aparece asociado a las

20. Bankole et al. (1999) señalan que si bien las mujeres casadas contribuyen con una mayor proporción a los abortos que las solteras, una vez que está embarazada, la mujer soltera es más proclive que la casada a optar por el aborto.

edades 25-34 –tradicionalmente las más fecundas–, siempre de forma relativa a los valores propios del país en cuestión. En los grupos de 20-24 y 35-39 años, en todos los países es menor la fecundidad, por efecto de un índice más alto de prevalencia de anticonceptivos en las edades de 35-39 años, mientras que en los de 20-24 por efecto de que más alta proporción de embarazos se decantan hacia el aborto por las razones explicadas en el párrafo anterior acerca de la convivencia en pareja. Por otra parte, cae abruptamente la fecundidad al crecer las proporciones de aborto sobre embarazos en las edades entre 40 y 44 años. Todo ello con índices muy diversos de prevalencia de anticonceptivos eficaces. Son de destacar las posiciones tan diferenciadas que ocupan los datos de Italia respecto al resto en todos los grupos, si bien manteniendo las pautas por edad.

Tanto mediante el análisis de la tabla 6 como por medio del análisis multivariante (CatPCA) –donde la discretización de los datos se hace por escalamiento óptimo–, se llega a la misma conclusión: no se encuentra un mismo patrón de comportamiento ni siquiera dentro de los mismos grupos de edad atendiendo a los parámetros considerados. Las posiciones relativas que, dentro de cada país, permiten relacionar las variables con la edad sí se mantienen en general respecto a los niveles de la fecundidad y del aborto, pero no así respecto al uso de anticonceptivos.

CONCLUSIONES

Al analizar la incidencia del aborto un asunto relevante es la medida en que se exprese. La tasa de aborto por cada mil mujeres suele ser utilizada con frecuencia, pero no refleja adecuadamente la intensidad ni la evolución del aborto como recurso ante un embarazo no deseado, característica intrínseca de tal opción. Por tanto, dado que es evidente que una mujer sólo puede interrumpir la gestación si se ha quedado embarazada, para medir más ajustadamente el aborto es preferible calcular la proporción de embarazadas que interrumpe su gestación que tomar como denominador la población femenina.

Dentro de Europa, cabe distinguir claramente dos ámbitos territoriales: el de los países del Este y los occidentales. En los primeros, con los territorios de la antigua Unión Soviética a la cabeza, aunque con tendencia al descenso, se aprecian las proporciones más elevadas de embarazos que desembocan en un aborto voluntario, debido a que éste representa una alternativa a los métodos anticonceptivos, que son caros y poco accesibles, mientras que el aborto es libre y gratuito en muchos de ellos. En Europa occidental,

a la que se añaden Estados Unidos y Canadá, las cifras son sensiblemente más bajas de manera global y, en este contexto, España muestra unos valores que cabe calificar de moderados. A comienzos de los 90 se situaba entre los países con más bajos índices, pero ya no es así a finales de la década, principalmente en los grupos menores de 25 años y, en menor medida, entre 25 y 29. Esta situación es consecuencia de un aumento generalizado de la proporción de embarazos que desembocan en un aborto en la primera parte de los noventa, mientras que en la segunda, si bien se redujo entre las mayores de 40, el recurso al aborto siguió aumentando entre las menores de 30 años.

En cuanto a las relaciones que se dan entre las variables, llama la atención que determinados países, mostrando alto nivel de anticonceptivos, muestren asimismo altas proporciones de aborto, lo que lleva a una reflexión acerca de la utilización de la anticoncepción. Por un lado, se dice que, de manera general, cuando se eleva el índice de prevalencia de anticonceptivos eficaces, la incidencia del aborto disminuye (Westoff, 2004). Sin embargo, pueden darse aumentos paralelos en el aborto y la anticoncepción cuando la fecundidad está cayendo de manera muy rápida (Marston and Cleland, 2003), debido a que la demanda de contención de los nacimientos no se ve suficientemente satisfecha con el nivel de anticonceptivos previo. Esto suele ocurrir en paralelo a un incremento del coste social y económico de los hijos, y esta situación sería la más apropiada para encuadrar el caso español.

No obstante, la situación tiene algo de paradójica, pues el perfeccionamiento que han alcanzado los modernos anticonceptivos y la accesibilidad generalizada en los países desarrollados dificulta la comprensión del fenómeno y hace surgir la reflexión a propósito de lo que es el plano individual y el colectivo. Si bien la deseabilidad social indica que, ante un tamaño de descendencia deseado –que puede haberse establecido previamente o ir acomodándose a las cambiantes circunstancias–, es preferible el uso de anticonceptivos frente al recurso al aborto, en la planificación individual de la fecundidad parece producirse una cierta relajación de los controles. Tal relajación puede tener que ver con el coste de la anticoncepción en términos emocionales, personales y de pareja, sin excluir la consciencia de que, si sobreviene un embarazo no deseado, la opción del aborto está disponible. En la medida en que es así, se sabe con certeza que, de una u otra manera, el tamaño se puede controlar eficazmente.

Tal divergencia entre lo deseable, colectivamente expresado, y los comportamientos individuales –que, a la postre, son la suma de ellos lo que arroja las cifras de aborto que observamos–, lleva a pensar que en el asunto de la reproducción existe una disociación entre lo que se dice

deseo y los comportamientos. Pero, como señalan Trent and Hoskin (1999) las relaciones entre tamaño familiar, uso de anticonceptivos y aborto son intrincadas, y no pocos investigadores han dedicado sus esfuerzos a intentar alguna clarificación. Añadiremos que no siempre con un éxito proporcional a los esfuerzos, debido principalmente a que forman parte de procesos de decisión que se toman en el ámbito más privado y no siempre los determinantes que los ocasionan son fácilmente aprehendibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERDI, I. (1983) "El destino y la libertad. Notas sobre la interrupción del embarazo en las sociedades occidentales", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 21, pp. 135-150.
- BAJOS, N., LERIDON, H. AND JOB-SPIRA, N. (2004) "Introduction", *Population-E*, 3-4, pp. 347-356.
- BANKOLE, A.; SINGH, S. AND HAAS, T. (1999) "Characteristics of Women Who Obtain Induced Abortion: A Worldwide Review", *International Family Planning Perspectives*, 25 (2), pp. 68-77.
- BLAYO, C. (1991) "Les modes de prévention des naissances en Europe de l'Est", *Population*, 3, pp. 527-546.
- BLAYO, C. (1995) "L' évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976", *Population*, 3, pp. 779-810.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (2004) *Actitudes y opiniones de las mujeres ante los hijos y la crianza*, Estudio 2.552, Banco de Datos.
- COUNCIL OF EUROPE (2003) *Recent demographics developments in Europe*, Council of Europe, Strasbourg.
- DAVID, H. P. (1999) *From Abortion to Contraception*, London, Greenwood Press.
- DELGADO, M. (2004) "La fecundidad", en Fundación Abril Martorell, *Informe sobre la situación demográfica en España. 2004*, pp. 85-104.
- EUROPEAN COMMISSION (2002) *The social situation in the European Union*, European Commission, Luxembourg.
- GIFI, A. (1990) *Nonlinear multivariate analysis*, Chichester: John Wiley and Sons. (Primera edición 1981, Leiden: Department of Data Theory).
- GOODKING, D. (1999) "Should prenatal sex selection be restricted? Ethical questions and their implications for research and policy", *Population Studies*, 53, 1, pp. 49-61.
- HASSOUN, D. et JOURDAIN, A. (1995) "Contraception et avortement dans les pays d'Europe de l'Est", *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, 35, 2, pp. 99-123.
- HENSHAW, S.K.; SINGH, S. and HAAS, T. (1999) "The Incidence of Abortion Worldwide", *International Family Planning Perspectives*, 25 (Supplement): S30-S38.
- HESSINI, L. and RAYAS, L. (2004) "Implementing ICPD Recommendations for Safe and Accessible Abortion: Results of A Global Survey", *Population Association of America 2004 Annual Meeting*, Boston.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1997) *Movimiento Natural de la Población 1994*, Tomo I, Madrid.
- KOVÁCS, L. (1997) "Abortion and contraceptive practices in Eastern Europe", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 58, 1, pp. 69-75.
- MARSTON, C. and CLELAND, J. (2003) "Relationships Between Contraception and Abortion: A Review of the Evidence", *International Family Planning and Perspectives*, 29 (1), pp. 6-13.

- MUNDIGO, A.I. (1999) "Population and Abortion Policies in China: Their Impact on Minority Nationalities", *Human Evolution*, 14, 3, pp. 207-230.
- NIKANDER, T. (1998) *Fertility and Family Surveys in the Countries of the ECE Region. Standard Country Report: FINLAND*, Serie Economic Studies, 10g, United Nations, New York y Geneva.

OBSERVATORIO DE SALUD REPRODUCTIVA, www.saludreproductiva.com.

- PENG, Z. and HUANG, J. (1999) "Chinese Traditional Medicine and Abnormal Sex Ratio in China", *Journal of Biosocial Science*, 31, 4, pp. 487-503.
- SANDRE, P. de, ONGARO, F., RETAROLLI, R., SALVINI, S. (2000) *Fertility and Family Surveys in the Countries of the ECE Region. Standard Country Report: ITALY*, Serie Economic Studies, 10o, United Nations, New York y Geneva.
- TRENT, K. and HOSKIN, A.W. (1999) "Structural Determinants of the Abortion Rate: A Cross-societal Analyses", *Social Biology*, 46, 1-2, pp. 62-81.
- UNFPA (2003) *Estado de la población mundial 2003*, United Nations, New York, www.un.org.
- WESTOFF, C.F. (2004) "Recent trends in abortion and contraception in 12 countries", *Population Association of America 2004 Annual Meeting*, Boston.
- WU, Z. (1999) *Fertility and Family Surveys in the Countries of the ECE Region. Standard Country Report: CANADA*, Serie Economic Studies, 10k, United Nations, New York y Geneva.

Resumen

Al analizar la incidencia del aborto, dentro de Europa cabe distinguir dos ámbitos territoriales: el de los países del Este y los occidentales. En los primeros, se aprecian las proporciones más elevadas de embarazos que desembocan en un aborto, mientras que en Europa occidental las cifras son sensiblemente más bajas. En el contexto occidental España muestra unos valores moderados, si bien hay que resaltar que es uno de los países en los que más se ha incrementado el recurso al aborto durante la década de los noventa, principalmente en los grupos de edad menores de veinticinco años.

Observando conjuntamente los países –incluso de manera separada los occidentales–, salvo en relación a unas ciertas pautas por edad, no se aprecian patrones claros que lleven a concluir que ante un nivel de anticoncepción dado, la fecundidad o el recurso al aborto seguirían un determinado comportamiento. También llama la atención que determinados países, mostrando alto nivel de uso de anticonceptivos, muestren asimismo altas proporciones de aborto, lo que lleva a una reflexión acerca de la utilización de la anticoncepción.

Palabras clave: Aborto, fecundidad, embarazo, anticoncepción, España, Europa.

Abstract

For the intents and purposes of analysis, the incidence of abortion in Europe can be divided geographically along east/west lines. The highest proportion of pregnancies ending in abortion are recorded in Eastern Europe, while the figures are significantly lower in the West. In this latter context, Spain's numbers are moderate, although it is one of the countries where abortion rates rose most steeply in the nineteen nineties, principally among women under the age of twenty five.

Taking all the countries as a whole – or even the Western nations separately – no clear trends can be discerned, outside a few age-related patterns, that would support the conclusion that, given a certain level of contraception, fertility or abortion rates exhibit a given behaviour. Another significant finding, the fact that certain countries with high contraception levels also have high abortion rates, gives cause for reflection on the use of contraceptives.

Keywords: Abortion, fertility, pregnancy, contraception, Spain, Europe.

Resumé

En analysant l'incidence de l'avortement en Europe, on peut distinguer deux secteurs ou domaines territoriales: celui des pays de l'Est et celui des pays occidentaux. Dans le premier, on apprécie les taux plus élevés de grossesses qui aboutissent en avortement ; tandis qu'en Europe occidentale, les chiffres sont sensiblement plus bas.

Dans le cadre occidental, l'Espagne présente des taux modérés ; toutefois, il faut remarquer qu'il s'agit d'un pays où l'on a vu augmenter le recours à l'avortement pendant les années 90, notamment dans la population des moins de 25 ans.

En examinant tous les pays ensemble –même séparément les pays occidentaux-, on n'apprécie pas (sauf en ce qui concerne des tendances par tranche d'âge), des données régulières et évidentes qui mènent à conclure qu'en fonction d'un niveau de contraception donné, la fécondité ou le recours à l'avortement suivraient un comportement déterminé. Aussi, on remarque que certains pays qui présentent un niveau élevé de méthodes contraceptives, montrent tout de même des taux élevés d'avortement ; ce qui mène à une réflexion sur l'utilisation de la contraception.

Mots clef: Avortement, fécondité, grossesse, contraception, Espagne, Europe.