

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Interrupción voluntaria de embarazo y anticoncepción
Dos métodos de regulación de la fecundidad.
Cuba. 1995 - 2000

Autora: *Dra. Miriam Alicia Gran Álvarez.*

Especialista de 2do grado en Bioestadística. Master en Salud Pública

Profesora auxiliar de la Escuela Nacional de Salud Pública

Tutor: *Dr. Eduardo Zacca Peña.*

Master en Salud Pública. Doctor en Ciencias Médicas

Trabajo para optar por el grado científico de Doctora en Ciencias de la Salud.

Ciudad de La Habana, 2004

Síntesis

La interrupción de embarazos y la anticoncepción, son métodos para la regulación de la fecundidad. Su práctica incide en la salud general y reproductiva de la población.

Se caracterizaron las mujeres que interrumpieron un embarazo por aborto o por regulación menstrual para la segunda mitad de los 90's. Se determinaron factores de riesgo para esta práctica. Se identificó el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos (MAC) y se implementó un registro primario de información sociocultural sobre aborto y anticoncepción.

Se aplicaron encuestas a mujeres en edad reproductiva, dos de ellas de alcance nacional. Las adolescentes, estudiantes de nivel medio y de uniones no estables, fueron las que con más frecuencia interrumpieron su embarazo. No fue despreciable el número de mujeres de más edad que acudieron a esta práctica. La experiencia previa de aborto o de regulación menstrual, la unión inestable, el fallo del anticonceptivo, la condición de estudiante y la corta edad al primer embarazo, fueron factores de riesgo para el aborto. En el 68% de las regulaciones menstruales se confirmó embarazo; el uso de este proceder para interrumpirlos, excede las necesidades de acuerdo a la confirmación diagnóstica. La elevada prevalencia de uso de anticonceptivos y la referencia de métodos conocidos por las mujeres, se contraponen a la frecuencia del uso del aborto o de la regulación menstrual. La calidad del conocimiento sobre anticonceptivos y la variedad de ellos resultó insuficiente, así como, la educación en contracepción por los servicios de salud, lo cual podría estar incidiendo en el elevado uso de la interrupción de embarazos como método de regulación de la fecundidad en nuestro medio.

Tabla de contenidos

	Pág.
Introducción.....	3
Objetivos.....	13
Capítulo I. La interrupción de embarazos y su prevención por la anticoncepción en el contexto demográfico, social y sanitario	
Capítulo II. Metodología.....	27
Capítulo III. Estudio sociocultural de la interrupción de embarazos y su prevención por la anticoncepción en Cuba.....	40
Capítulo IV. Historia Clínica de Legrado.....	81
Capítulo V. Reflexiones generales en torno a los resultados obtenidos.....	88

Capítulo VI. Conclusiones.....	97
Capítulo VII. Recomendaciones.....	98

INTRODUCCIÓN

La Salud Reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. La salud sexual y reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear de igual forma, así como, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia, el acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, para la regulación de la fecundidad, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud, que permitan los embarazos y los partos sin riesgos.⁽¹⁾ Los derechos reproductivos comprenden:

El reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información de los medios para ello; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva; y el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción, ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

La promoción del ejercicio de estos derechos es base primordial de políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva y la planificación familiar. Así quedó plasmado en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en el Cairo en 1994.⁽²⁾

Las cuestiones de salud sexual y reproductiva se insertan en relaciones humanas complejas, donde emociones, afecto y espiritualidad motivan que las

personas, en especial las mujeres, se expongan a las bondades o a los riesgos de las relaciones sexuales y la reproducción.⁽³⁾

En el informe del Population Action International (PAI; por sus siglas en inglés), del año 2001, se plantea que el siglo pasado se caracterizó por ciertas mejoras “espectaculares” en la salud reproductiva con diferencias importantes entre países, con ventajas para los más desarrollados. Destaca el impacto en la salud reproductiva, de acciones tales como la atención de alta calidad durante el embarazo y el parto, el uso de medicamentos que salvan vidas, procedimientos quirúrgicos seguros –incluido el aborto - junto con los altos niveles de uso de anticonceptivos y baja fecundidad. La gran variación de los riesgos, relacionados con la sexualidad y la procreación entre países, se adjudica a las diferentes políticas de salud pública de los Gobiernos, los niveles de ingresos y las prácticas sociales y culturales de la población.⁽⁴⁾

En los foros internacionales se habla de justicia e igualdad como ideales democráticos, pero aún existen tremendas diferencias en el acceso a los servicios de salud y en las condiciones de las personas. Cada vez hay más pobres en el mundo, la mayoría de ellos mujeres y niños, la participación de la mujer en el espacio social y en una inserción más igualitaria apenas avanza, con diferencias según regiones y culturas. La muerte materna, por su evitabilidad, es un indicador crítico que ejemplifica la discriminación y bajo estatus social de las mujeres.⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾

En los últimos 30 años, los países llamados en desarrollo han logrado mejoras en los servicios de atención primaria, donde se incluyen los relacionados con la salud reproductiva y la planificación familiar; existen importantes diferencias entre países y regiones, con desventajas para la mujer.

La realidad actual desdichadamente indica, que aún para millones de seres humanos, la salud reproductiva es algo muy difícil de obtener. Por lo menos 350 millones de personas que desean evitar un embarazo carecen de acceso a métodos de planificación familiar y 120 millones de mujeres carecen de servicios de salud reproductiva accesibles y aceptables, alrededor de medio millón de mujeres mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo,

donde el aborto es una de las causas más frecuente. Además, la reproducción humana resulta de una compleja trama de relaciones sociales, de modo que la procreación, roles de género y organización familiar, responden a sistemas normativos de control social, que pueden ser favorables o no.⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

Así como la salud reproductiva tiene implicaciones en la morbilidad y la mortalidad materna, perinatal e infantil, lo tiene para la fecundidad, ya que el comportamiento reproductivo de las personas incluye, además del uso de métodos para espaciar embarazos, el uso del aborto u otras técnicas para interrumpirlos; dos formas de regular la fecundidad que interactúan.⁽¹¹⁾

Más de la tercera parte de los embarazos en el ámbito mundial, 80 millones aproximadamente, no son deseados, lo cual sucede por: no uso, falta o falla de métodos anticonceptivos, inadecuada educación sexual, violación u otra manifestación de violencia sexual que conlleve relaciones sexuales forzadas. El embarazo no deseado es aquel que las mujeres, de cualquier edad deciden libremente y por si mismas, que no desean tener ni proseguir para la reproducción. En muchos países las mujeres controlan poco sus relaciones sexuales y los métodos para evitar un embarazo no deseado, lo que limita las acciones preventivas y perjudica su salud.⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

El aborto provocado, comúnmente denominado como aborto, es aquel que se produce por la manipulación uterina, con la finalidad de interrumpir la evolución normal del embarazo, independientemente de los instrumentos utilizados.⁽¹⁵⁾

Desde épocas muy antiguas se aceptaba el aborto por diferentes razones, desde el miedo al alumbramiento, hasta el embarazo como consecuencia del rapto o la maternidad impura; de modo gradual, razones médicas abrieron camino a otras indicaciones del aborto. El aborto es un problema de salud, dada su magnitud, frecuentes daños y repercusión psicológica en las mujeres y parejas, lo que se agrava cuando se añaden las nefastas consecuencias que conlleva su penalización o ilegalidad, entre las que se destaca su práctica en condiciones de riesgo.⁽¹⁶⁾

Una elevada proporción de abortos en el mundo se efectúan en condiciones de riesgo y causan gran porcentaje de fallecimientos de las madres o de lesiones permanentes por su práctica. El aborto en condiciones de riesgo es aquel que provoca la terminación de un embarazo, realizado por una persona sin la capacitación o calificación necesaria para realizar el procedimiento de manera segura o en un ambiente que no cumpla los mínimos requisitos médicos sanitarios o ambos.⁽¹⁷⁾

El aborto provocado resulta de difícil discusión en el mundo y deviene en debate político, social, religioso, moral, legal y médico. Este método es uno de los más practicados para regular la fecundidad, siendo el más usado en los países subdesarrollados, en los que por lo general está sometido a penalizaciones jurídicas.⁽¹⁸⁾ En América, el aborto no es ilegal en Cuba, Puerto Rico, Guadalupe, Martinica, Estados Unidos de Norteamérica y Canadá, ello se presenta con diferentes matices para el resto de los continentes.

Se desconoce con exactitud, el real volumen de abortos en el mundo; las estimaciones oscilan entre 40 y 60 millones anuales, entre abortos legales e ilegales. Otras estimaciones indican que son 46 millones de interrupciones de embarazos anuales, 26 millones en condiciones de legalidad y 20 en condiciones de ilegalidad. Las diferencias de cifras están dadas por la información incompleta y poco confiable existente, sobre todo donde este proceder no es legal.⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾

Para las adolescentes en particular se ha planteado que cada año, 17 millones de ellas tienen un parto, 60 000 mueren durante éste y entre dos y cuatro millones se someten a abortos, la mayoría de ellos en condiciones de riesgo.⁽²¹⁾

Estimaciones acerca de las condiciones legales del aborto indican, que el 63 por ciento de los habitantes del planeta vive en países donde la práctica del aborto autoprovocado y del embarazo interrumpido por personas no preparadas está siendo reemplazada por el aborto practicado de forma más segura por personal capacitado, en hospitales y clínicas independientes. Un 13 por ciento de los habitantes viven sujetos a condiciones legales que sólo permiten el

aborto por graves razones médicas y jurídicas, un 25 por ciento de la población vive en circunstancias donde su práctica es ilegal por cualquier razón o se permite estrictamente para proteger la vida de la madre. En resumen, la mayor parte de los países de Asia, cerca de las dos terceras partes de América Latina, algo más de la mitad de África y algunos países de Europa caen dentro de la categoría de aborto prohibido.⁽²²⁾⁽²³⁾

El conocimiento del aborto como causa de defunción, padece de un importante subregistro en relación directa al carácter ilegal que el procedimiento tiene en muchos países, no obstante, figura entre las primeras causas de mortalidad materna en América Latina y causa alrededor de 70 000 muertes anuales en el mundo. Es además, causa de dolencias crónicas graves, como esterilidad e incremento del riesgo de morir en los embarazos siguientes.⁽²⁴⁾ El aborto seguro en la región, representa más que una opción, una falta de opción.

Una de las vías más usadas y efectivas para la prevención del aborto es la anticoncepción. El uso de métodos anticonceptivos, si bien contribuye a reducir la incidencia del aborto, no llega a eliminarlo ni a reducirlo a niveles mínimos de evitabilidad. Parece ser que una elevada utilización de anticonceptivos implica mayor número de mujeres que demandan regular su fecundidad y se sirven de la anticoncepción y del aborto para lograrlo.⁽²⁵⁾

A escala mundial, el tema “aborto” ya se aborda, discute y emiten acuerdos y programas de acción en los ámbitos del quehacer gubernamental y no gubernamental.

El más grande debate sobre la práctica del aborto en el mundo se produjo en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en el Cairo en 1994, que contó con 11 000 participantes, incluyendo representantes de Gobiernos, grupos de mujeres, organizaciones no gubernamentales o religiosas encabezadas por el Vaticano, los que adoptaron una resolución final incluida en el Plan de Acción, que si bien no satisfizo a todos por igual, significó un avance en lo que se refiere a los servicios seguros de salud reproductiva donde se incluyen los de aborto.⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾

Si bien es cierto que en el mundo hay un progreso importante en el discurso en torno al aborto, poco se avanza en la materialización de acciones; los objetivos y medidas derivados de la reunión del Cairo apenas se cumplen y distan mucho aún de lo que sería necesario hacer.

En Cuba, antes de 1959, el aborto provocado era extensamente practicado de forma ilegal siendo el principal método de regulación de la fecundidad. Este se realizaba en clínicas privadas y por médicos "especializados" en esta práctica; a esta opción accedían las mujeres que podían pagar el costo del aborto en dichas condiciones, muchas más se practicaban un aborto en sitios clandestinos, poco seguros y por personal no calificado. El fin lucrativo estaba presente. Esta sucinta reseña histórica acerca de la práctica del aborto en el pasado cubano, constituye la realidad actual de muchos países del mundo.

Con relación a la anticoncepción, en Cuba se practicaba escasamente, la disponibilidad de métodos anticoncepcionales era limitada y reducida a los sectores más favorecidos de la sociedad.⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾

Bajo estas circunstancias, con el objetivo de reducir la mortalidad materna, la que según las estimaciones disponibles, era muy elevada y garantizar el libre ejercicio de la igualdad de la mujer en cuanto a su derecho a decidir sobre la reproducción, comienza desde los años 60 a institucionalizarse el aborto con las condiciones médico - sanitarias requeridas. Se adopta por el Ministerio de Salud Pública, una interpretación más flexible del código de Defensa Social vigente y se amplía el acceso gratuito a los servicios de aborto en todos los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Esta regulación se inserta entre las primeras medidas que aprobó el Gobierno Revolucionario Cubano, en pos de los cambios trascendentales dirigidos al beneficio social en general y a la salud de la población femenina cubana en particular.

En 1979, un nuevo código penal redimensiona y define de manera trascendental las acciones que le dan connotación de delito al aborto practicado en Cuba y que son los siguientes: cometido por lucro; realizado fuera de instituciones de salud; realizado por personal no médico o realizado sin el

consentimiento de la mujer embarazada. Las figuras delictivas mencionadas pueden provocar la pérdida de la licencia médica y prisión. Así, toda mujer independientemente de su estado conyugal y de 18 o más años de edad, puede solicitar el aborto hasta la décima semana de embarazo, previa evaluación de un especialista en ginecología y obstetricia. Si la mujer es menor de 18 años requiere del consentimiento de los padres. Las disposiciones de este código perduran en nuestros días y se han complementado con regulaciones sanitarias como son, el realizarse previamente exámenes de laboratorio para conocer su salud general y diagnosticar enfermedades venéreas, incluyendo actualmente el virus de la inmunodeficiencia humana o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH / SIDA).⁽³⁰⁾⁽³¹⁾

Las nuevas regulaciones sobre la práctica del aborto en Cuba, produjeron un impacto inmediato en los niveles de salud reproductiva de la población femenina cubana.

Por otra parte, en 1988, se incorporan los servicios de regulación menstrual, procedimiento por el que se aspiran contenidos de la cavidad uterina por succión, con el objetivo de regular la menstruación. Se indica a mujeres de hasta 42 días de amenorrea por causas no bien determinadas, donde la sospecha de un embarazo, que la mujer desea interrumpir, es la más frecuente. El diagnóstico de embarazo, no necesita ser confirmado como para la indicación del aborto, incluso si la mujer que demanda el servicio es menor de edad, no requiere del consentimiento de los padres.⁽³²⁾

La regulación menstrual es una técnica menos agresiva que el aborto, pero no está exenta de riesgos; su práctica ha sido objeto de atención por las autoridades sanitarias desde sus inicios. Se plantea que las dos terceras partes de las regulaciones menstruales corresponden a la interrupción de un embarazo.⁽³³⁾ Por ello, el observar sólo los indicadores de aborto sin considerar la práctica de la regulación menstrual, resulta una mirada insuficiente a la problemática de la interrupción del embarazo como método de regulación de la fecundidad.

Si bien la práctica de ambos procedimientos en el país es elevada, dada la cobertura y calidad de los servicios que para ellos se dispone, no es frecuente que la muerte acontezca por su realización.⁽³⁴⁾ La organización de los servicios de aborto y de regulación menstrual en Cuba, tienen como propósito proteger a la mujer y contribuir a reducir la morbilidad y la mortalidad materna; su práctica, aun en condiciones seguras, se considera un problema de salud, en el que la intención es su máxima reducción.⁽³⁵⁾

La prevención del embarazo no deseado por medio de la anticoncepción en el país, si bien se ha incrementado utilizando los recursos y servicios disponibles en cada momento y educando en la práctica de “precaer” como la mejor opción de regular la fecundidad, tropieza con dificultades tales como: la insuficiente cantidad, calidad, diversidad y satisfacción de la demanda de métodos anticonceptivos por razones económicas, de capacidad y calidad de los servicios, de atraso tecnológico para la producción nacional de métodos modernos y dificultades para la importación. Ello dificulta las acciones de planificación familiar y propicia altos niveles de interrupción de embarazos.⁽³⁶⁾

Con relación a la información estadística continua sobre aborto y anticoncepción en Cuba, desde 1968 se dispone de estadísticas confiables sobre el número de abortos realizados, anterior a esa fecha sólo existen estimaciones. A partir de 1989 se registran estadísticas sobre regulaciones menstruales, por otra parte, la información sobre cobertura de métodos anticonceptivos, la provee anualmente la Sociedad Científica Cubana para el Desarrollo de la Familia (SOCUDEF). No se dispone de información estadística continua sobre variables socio-culturales relacionadas con la interrupción del embarazo o con su prevención por la anticoncepción.⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾

En la región Americana, Cuba es uno de los países que posee mayor número de estudios sobre aborto.⁽³⁹⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾⁽⁴⁵⁾⁽⁴⁶⁾⁽⁴⁷⁾⁽⁴⁸⁾

Puede mencionarse la Encuesta Nacional de Fecundidad realizada por el Instituto de Investigaciones Estadísticas en 1987, en la que se exploraron aspectos tales como conocimiento y prácticas anticonceptivas, abortos practicados y tamaño deseado de la familia, entre otros.⁽⁴⁹⁾ En otro trabajo,

realizado en el mismo año, se destaca la alta frecuencia de abortos en adolescentes en las regiones del occidente y centro del país.⁽⁵⁰⁾ Álvarez, realizó varios estudios en las últimas décadas sobre fecundidad y aborto; plantea que el aborto puede ser una vía para adquirir conocimientos sobre métodos anticonceptivos y señala que las mujeres no incorporan de igual manera el aborto y las regulaciones menstruales por sospecha de embarazo.⁽⁵¹⁾⁽⁵²⁾⁽⁵³⁾

Con respecto a estudios sobre práctica anticoncepcional, puede citarse, la investigación nacional realizada en 1984 por especialistas del entonces Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna, en el que se comprobó baja utilización e insuficiente conocimiento sobre métodos anticoncepcionales e inadecuadas relaciones familiares entre jóvenes y adultos para esta práctica.⁽⁵⁴⁾

El aborto y su prevención por la anticoncepción son temas de extraordinaria vigencia y actualidad, que en los años 90 se señalan, a escala global, como área clave de intervención para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población, a partir de las discusiones sobre las premisas necesarias para un desarrollo humano sostenible.

En esos mismos años, la población cubana enfrenta el inicio y establecimiento de una situación socioeconómica difícil, con amenazas para su salud en general y para su salud sexual y reproductiva en particular, años en que se producen cuestionamientos negativos provenientes de instituciones foráneas a través de publicaciones especializadas y medios de comunicación, que utilizaron en ocasiones, datos falsos o manipulados intencionalmente, con el fin de desprestigiar los beneficios derivados de la política social cubana en torno a la interrupción voluntaria de un embarazo. Este tipo de cuestionamiento ha formado parte de la política anticubana en general y en particular ha tenido como propósito, desalentar a otros países a llevar la práctica del aborto por vías legales y seguras.

De tal manera, las autoridades sanitarias cubanas expresaron la pertinencia del desarrollo de estudios nacionales de profundización y actualización en estos temas, en la década de los años 90. Para ello era

necesario elevar la capacidad resolutive de la estructura estadística de salud del país, en la realización de encuestas de diferentes tipos e incorporar registros continuos, que aportaran información sobre características de las mujeres que interrumpen embarazos y del impacto de las acciones de planificación familiar para su prevención.⁽⁵⁵⁾

Contribuyó a la solución de esta problemática, el que en los organismos internacionales se presentara con renovada prioridad, el mandato de motivar y cooperar en la realización de estudios nacionales en materia de salud sexual y reproductiva, con énfasis en los temas aborto y anticoncepción. Los organismos internacionales en este caso fueron, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); con el primero, la autora de esta investigación dirigía proyectos de investigaciones estadísticas en el área de la salud sexual y reproductiva, a través de la representación de este organismo en Cuba y por designación de su centro de trabajo, la Dirección Nacional de Estadística y Registros Médicos del Ministerio de Salud Pública. Con UNICEF, esta dirección se ha mantenido colaborando desde la segunda mitad de los años 90, en el monitoreo y evaluación de la marcha del cumplimiento de las metas de la Cumbre a Favor de la Infancia, donde la suficiente y adecuada práctica anticoncepcional era una de las áreas de interés.⁽⁵⁶⁾⁽⁵⁷⁾⁽⁵⁸⁾

Lo expuesto, sobre el panorama del aborto en Cuba y en la región, la factibilidad de nuestro medio para investigar sobre estos temas, el interés de las autoridades sanitarias y de los organismos internacionales, la necesidad de perfeccionar la vigilancia y el monitoreo del problema para validar perfiles e identificar oportunamente variaciones y riesgos, condujo a que la autora de la presente investigación realizara varios estudios en torno a la interrupción del embarazo y su prevención por la anticoncepción.

Las tareas específicas de investigación se desarrollaron hacia dos vertientes metodológicas fundamentales, la investigación y el desarrollo de la capacidad de medición de la estructura estadística en salud. Estas tareas se concretaron, en el desarrollo de dos investigaciones nacionales a partir de la

aplicación de encuestas, que posibilitarían obtener mayor y más profunda información sobre la interrupción del embarazo en el país, por aborto o por regulación menstrual y sobre su prevención a través de la anticoncepción así como, en la elaboración e implantación de un registro primario, que captara información estadística continua sobre características socioculturales de las mujeres que utilizan el aborto y la anticoncepción para regular su fecundidad.

Se incluyó la regulación menstrual en una dimensión similar a la del aborto, al considerarla un método alternativo, lo cual permitió caracterizar a las mujeres que utilizan el método, su relación con el aborto y actualizar con precisión la cifra que correspondía a interrupción de embarazos, dada las insuficientes referencias nacionales que producían una zona de sombra en el análisis de estos temas.

Los resultados obtenidos permitieron arribar a un perfil sociocultural de las mujeres cubanas que se interrumpieron un embarazo para la segunda mitad de los años 90, identificar factores de riesgo para la práctica del aborto y conocer sobre la actividad preventiva del embarazo no deseado por medio de la anticoncepción en el país durante estos años.

Los estudios realizados permitieron fortalecer los sistemas de información estadísticos de salud en función de estos problemas, considerados en el establecimiento no sólo de las políticas de salud, sino en las demás estrategias de desarrollo social del estado.

OBJETIVOS

- 1. Identificar las características socioculturales de las mujeres cubanas en edad fértil, que recurren a la interrupción voluntaria del embarazo para regular su fecundidad en la segunda mitad de los años 90.**
- 2. Determinar los factores que condicionan la interrupción del embarazo en la población femenina cubana para igual período.**
- 3. Identificar el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población femenina cubana en edad fértil, entre los años 1995 - 2000.**
- 4. Desarrollar un registro estadístico continuo sobre aborto y anticoncepción en Cuba.**

Capítulo I. La interrupción de embarazos y su prevención por la anticoncepción en el contexto demográfico, social y sanitario de Cuba.

La interrupción de embarazos y la anticoncepción son dos determinantes próximos de la fecundidad y constituyen dos métodos utilizados para su regulación.

La fecundidad es una variable demográfica de suma importancia por el modo en que interviene en el crecimiento de la población y determina sus características, y expresa la capacidad de procreación.

La fecundidad cubana descendió desde la primera década del siglo XX. De una tasa global de fecundidad de 6 hijos por mujer y una tasa bruta de natalidad estimada de 47.6 nacidos vivos por 1000 habitantes en 1907, decrece a un nivel muy bajo a inicios del nuevo siglo, con una tasa global de fecundidad de 1.6, una tasa bruta de reproducción de 0.78 (inferior a la unidad desde 1978), una tasa de fecundidad general de 45.7 por cada 1000 mujeres en edad reproductiva y una tasa de natalidad de 12.6 por cada 1000 habitantes. Esta declinación tuvo oscilaciones en el período analizado, de manera que un importante descenso ocurrió hasta la primera mitad de la década de los 50's ascendiendo luego a niveles relativamente altos a mediados de los años 60.

A partir de 1970, los niveles descienden intensamente hasta el año 1981. Durante los años 80 se producen discretos ascensos, para descender de nuevo a partir de 1988.

En los años 90, la tasa global de fecundidad es baja, con un muy discreto ascenso a inicios del siglo XXI.

La declinación de la natalidad cubana es una de las más rápidas del mundo y la más intensa ocurrida entre 87 países en desarrollo; por sus niveles actuales se sitúa entre las más bajas a nivel internacional.

Cuba se encuentra entre los 35 países con tasas de natalidad entre 10 y 14 por cada 1000 habitantes y solo 16 países exhiben tasas inferiores a 10.

Acompañan a Cuba países industrializados de Europa fundamentalmente y de América figuran los Estados Unidos de Norteamérica y Canadá.⁽⁵⁹⁾⁽⁶⁰⁾⁽⁶¹⁾

En general, los especialistas plantean que en Cuba, entre 1900 y 1955, la tasa neta de reproducción se mantuvo estable y el nivel de reemplazo de la población fue casi constante (algo superior a 1.5 hijas por mujer) a pesar de que entre esos años se produjo un descenso marcado de la fecundidad, lo que expresa un proceso de compensación entre las tendencias de la mortalidad y la fecundidad en tal período. Luego se produce un auge de nacimientos, desde finales de los años cincuenta hasta mediados de los años sesenta, "...ligado a las expectativas sociales abiertas por el fin de las acciones bélicas y el cambio político de 1959...".⁽⁶²⁾

Desde 1970 la fecundidad se reduce de manera marcada, hasta caer por debajo del nivel de reemplazo poblacional en 1978. Discretos ascensos se produjeron en los años 80, seguidos de un descenso sostenido en los años siguientes.

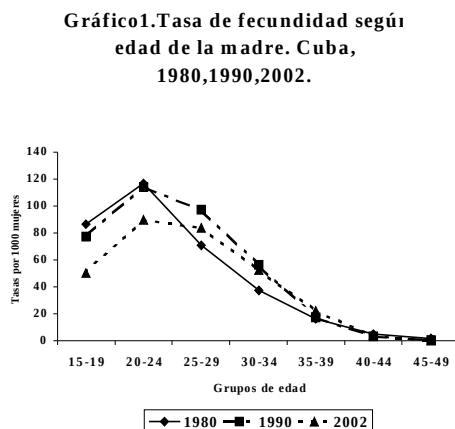
La disminución de la fecundidad en los años noventa, acompaña al proceso de deterioro económico y descenso en el nivel de vida de la población y se expresa en una reducción importante del número de nacimientos vivos.

Ello, según los especialistas, expresa la adopción de medidas restrictivas de la fecundidad por las familias cubanas a fin de resolver la difícil situación de la crisis socioeconómica de esos años, situación que con discretas modificaciones pudiera aún perdurar en nuestros días.⁽⁶³⁾

De tal manera, desde inicios del siglo pasado, la población cubana comenzó el proceso de transición demográfica, en el que uno de sus rasgos más notables fue justamente el intenso descenso de la fecundidad, mantenido en las últimas décadas, con valores aún más bajos a inicios del nuevo siglo.

En correspondencia con este descenso se observa una disminución de las tasas de fecundidad por edad de las mujeres, las que tienden a aplanarse entre los 20 y los 29 años. Se aprecia un desplazamiento de las tasas, hacia edades más avanzadas del período fértil, como expresión de los patrones reproductivos actuales, en que por lo general no sólo se desean familias pequeñas, sino que

se pospone a menudo la edad de la reproducción por razones sociales, económicas y culturales.⁽⁶⁴⁾⁽⁶⁵⁾ Gráfico 1.



Fuente: Dirección Nacional de Estadística. MINSAP. Anuario Demográfico ONE. 2001

Los principales factores que determinan la fecundidad en una población son: los factores demográficos, los fisiológicos, los sociales, los económicos, los culturales y los factores políticos. Según Welti, los factores que afectan a la fecundidad, pueden ordenarse de la siguiente manera:

1. Exposición al coito: nupcialidad (edad de la primera unión, celibato permanente e interrupción de la unión por divorcio, separación o viudez); sexualidad dentro de la unión (abstinencia voluntaria, involuntaria y frecuencia de las relaciones sexuales)
2. Riesgo de concebir: esterilidad total o temporal, uso de anticonceptivos y amenorrea posparto

Gestación y parto: mortalidad intrauterina y aborto inducido, voluntario o provocado.

Boongarts señala, que de todas las variables incluidas en el modelo de K. Davis y J. Blake, cuatro de ellas explican casi la totalidad de las variaciones en

la fecundidad. Ellas son sus determinantes próximos: nupcialidad, anticoncepción, aborto inducido e infertilidad posparto.⁽⁶⁶⁾

Según estudios realizados en Cuba durante las últimas décadas, el aborto, la anticoncepción y la nupcialidad contribuyeron con más fuerza al descenso de la fecundidad, siendo la anticoncepción la de mayor impacto, seguida por el aborto.⁽⁶⁷⁾

Una información de interés histórica, la provee Juan Pérez de la Riva en su libro “Desaparición de la población indígena cubana”. Plantea que “...el suicidio no fue la única forma de rechazar la civilización occidental, también tan eficaz como él fue el aborto provocado y la generalización del coito interrumpido, como formas voluntarias de disminuir la natalidad,...tras los quince años que siguieron a la invasión española, la tasa de mortalidad general se triplicó o cuadruplicó, al tiempo que disminuyó a la mitad la tasa de natalidad...así la población cubana en 1511 era de 100 000 habitantes y ya en 1555 había descendido a 3 900...”.⁽⁶⁸⁾

Anterior a los años 60, la población cubana utilizaba frecuentemente el aborto para regular su fecundidad, aun estuviera penalizada su práctica. Los servicios eran clandestinos con mayor o menor seguridad, confort y procedimientos utilizados, a los que accedían de manera diferenciada las mujeres según sus posibilidades económicas, de tal manera que la gran mayoría apenas podía costear la administración de algún anestésico o aspirar a las condiciones de higiene básicas para su salud. La práctica del aborto perseguía generalmente, el fin lucrativo para médicos y otro personal no médico, situación que en la actualidad perdura en muchos países de la región americana y del mundo en general.

La regulación de la fecundidad por métodos anticonceptivos era escasa y accesible sólo para los grupos sociales más privilegiados de la población, que por demás constituían la minoría.

A partir de la primera mitad de la década de los años 60, tras los profundos y radicales cambios sociales acontecidos en nuestro país, se pusieron en marcha acciones articuladas de planificación familiar, las que se integraron a

los servicios de atención materna e infantil, concentrando una buena parte de las acciones en incrementar el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos modernos. Ello, unido al redimensionamiento de los servicios de salud, que pasaron mayoritariamente a la modalidad pública gratuita, aumentó la accesibilidad a esta opción para la regulación de la fecundidad.

Por otra parte, desde hace más de tres décadas, se despenaliza la práctica del aborto en el país, la que pasa a hacerse de forma segura, gratuita e institucional y se establecen la legislación y regulaciones sanitarias para su práctica en beneficio de la mujer, permaneciendo el aborto como método de regulación de la fecundidad y contribuyendo a su declinación.

Las medidas antes citadas, tuvieron un rápido y favorable impacto social y sanitario.

Con relación a la mujer cubana, el aborto y la legislación, se plantean en "...la Ley No. 62 de diciembre de 1987, Código Penal, con sus dos últimas modificaciones: Decreto Ley No. 175 del 17 de junio de 1997 y Ley 87 del 16 de febrero de 1999;... normas penales que protegen a la mujer. Los únicos delitos en que el sujeto pasivo o víctima es únicamente una mujer, son los de violación...estupro...y aborto ilícito...el último delito va en contra de la vida e integridad corporal." En el caso del aborto, el Código Penal vigente, sólo tutela la vida o la salud de la mujer grávida. Es ilegal y sancionable el aborto, como se citó en la introducción, siempre que se realice fuera de las regulaciones establecidas, aunque la mujer haya dado su autorización; cuando el aborto se realiza con fines de lucro o se realice fuera de las instituciones oficiales, por personal no médico o realizado sin el consentimiento de la mujer embarazada.

(69)

Actualmente, independientemente de los riesgos que conlleva el aborto, puede considerarse que su práctica en Cuba es segura, dada la forma en que se realiza y las regulaciones en que se sustenta su desempeño en todo el país, lo que se expresa entre otras, en una baja mortalidad materna por esta causa.

En 1980 fallecieron en Cuba, por aborto indicado por razones legalmente admitidas, 6 mujeres para una tasa de 0.4 por 10 000 nacidos vivos, en 1990 (2

defunciones) la tasa se reduce a 0.2 y en el año 2002 (2 defunciones) la tasa se reduce a 0.1.⁽⁷⁰⁾

Se incorporan en 1988, los servicios de regulación menstrual, procedimiento que permite aspirar contenidos de la cavidad uterina por succión para regular la menstruación, siendo su principal indicación la interrupción de un embarazo en el que el diagnóstico no necesita ser confirmado como en el caso del aborto; tampoco es necesario el consentimiento de los padres cuando la mujer es menor de 18 años. Los servicios de regulación menstrual son asequibles en la totalidad de las unidades gineco-obstétricas del nivel secundario de atención y en algunos policlínicos del país.⁽⁷¹⁾

La reducción de la complejidad del procedimiento, riesgos y medidas menos restrictivas para su práctica, ha propiciado un importante uso del método para la interrupción de un embarazo no deseado.

Las medidas antes citadas constituyeron un importante avance social en términos de equidad para las mujeres cubanas, a las que se permitió ejercer su derecho a decidir libremente cómo regular su fecundidad sin coacción, sanción o discriminación. En la actualidad, la reproducción ha dejado de ser un obstáculo para el desarrollo de las capacidades de la mujer, ya que ella y su pareja pueden tomar la libre decisión de cuántos hijos tener y cuándo, lo que representa la conquista de sus derechos reproductivos desde mucho antes del planteamiento formal derivado de la reunión del Cairo.⁽⁷²⁾

Adiciónese, el establecimiento de un conjunto importante de medidas sociales y económicas relevantes dirigidas a reducir iniquidades, entre ellas la elevación del nivel educacional de la población, con especial interés en las mujeres.

Experiencias internacionales corroboran la importancia e impacto positivo que tiene en el modo de comportarse la fecundidad, la elevación y homogenización del nivel educacional de la población femenina. Se plantea, que en ausencia parcial o total de otras condiciones, con sólo lograr una población femenina educada, se producen a corto y mediano plazo

modificaciones favorables en sus patrones reproductivos y por ende en su salud general y reproductiva en particular.⁽⁷³⁾

De tal manera, el aborto y la anticoncepción, contribuyeron a la declinación de la fecundidad, fundamentalmente desde la segunda mitad del pasado siglo, teniendo en esta etapa una mayor incidencia la práctica anticoncepcional, aunque ambos han desempeñado un papel importante en la arquitectura y desempeño actual de los patrones reproductivos de la población cubana.⁽⁷⁴⁾

Aborto y anticoncepción guardan una estrecha relación, lo que hace difícil analizarlos por separado, más difícil aún, cuando se incorpora la regulación menstrual como método alternativo al aborto para la interrupción del embarazo no deseado.

La interrupción del embarazo, por uno u otro método, conduce muchas veces a la práctica anticoncepcional y por otra parte, una deficiente educación, infraestructura de servicios y de métodos anticonceptivos, conlleva con frecuencia a la interrupción de embarazos, que acontecen por la falla en su prevención y que obviamente no eran planificados, deseados ni resultan finalmente aceptados. Estos procedimientos son por tanto, métodos de regulación de la fecundidad de los que las mujeres se sirven, complementándose entre ellos de acuerdo a diferentes factores.

Con relación a las tendencias del uso de la anticoncepción y de la interrupción del embarazo se debate bastante en la actualidad.

En un trabajo publicado en el año 2003, por la revista "International Family Planning Perspectives", se presentan los resultados del análisis de las tendencias de las tasas de aborto y de las de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, para un grupo de países con estadísticas de las últimas décadas disponibles y aceptables. De este estudio resultó que en 7 países, (Bulgaria, Kazajstán, Rep. de Kirguistán, Uzbekistán, Suiza, Túnez y Turquía) la incidencia del aborto declinó a medida que aumentó la prevalencia del uso de anticonceptivos.

En otros 6 países, (Cuba, Dinamarca, Estados Unidos, Países Bajos, Rep. de Corea y Singapur) los niveles de aborto y el uso de anticonceptivos

aumentaron de forma simultánea. En éstos, los niveles de fecundidad estaban disminuyendo durante el período de estudio.

De tal manera, plantean que el aumento del uso de anticonceptivos resultó en una menor incidencia del aborto, en los lugares donde la fecundidad es constante y explican que el aumento paralelo del aborto y la anticoncepción ocurre debido a que el sólo aumento del uso de anticonceptivos, no puede o basta para satisfacer la creciente necesidad de regular la fecundidad, en el caso que ésta se encuentre disminuyendo en forma rápida.⁽⁷⁵⁾

En este análisis no se consideran las regulaciones menstruales como método alternativo para la interrupción de un embarazo, que en el caso de Cuba sí se contabilizan, no así en la mayoría de los países.

Actualmente en Cuba, con una fecundidad baja y prácticamente constante, se aprecia la reducción de las tasas de aborto por cada 1000 mujeres en edad fértil, en contraste con la elevación de la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos (MAC), no así, cuando se considera la tendencia de la tasa de regulaciones menstruales que aún no desciende, lo que se ilustra en los gráficos 2 y 3.

Gráfico 2. Tasa de abortos, regulación menstrual y fecundidad general. Cuba 1975 - 2002

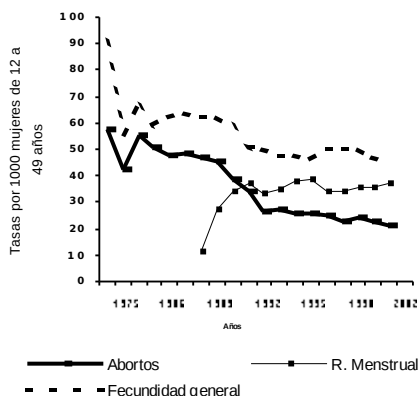
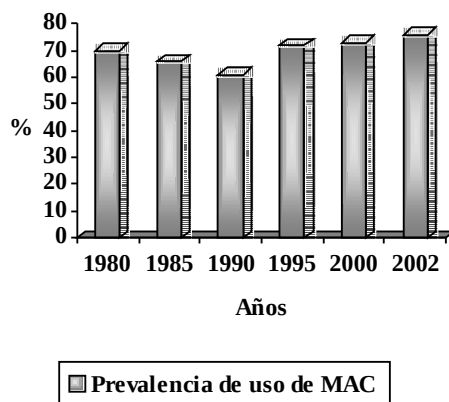


Gráfico 3. Prevalencia de uso de anticonceptivos. Cuba 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 y 2002



La actividad de los servicios de interrupción de embarazo o anticoncepción en Cuba, han sido objeto de monitoreo, vigilancia y evaluación sistemática a fin de conocer su marcha, propiciando hacer los ajustes oportunos en el proceso administrativo de las diferentes direcciones del sector salud y de los demás sectores que intervienen en ellos.

Cuba cuenta con estadísticas oficiales y confiables sobre el número de interrupciones de embarazo realizadas por aborto desde 1968 y de estadísticas sobre regulaciones menstruales desde 1989. Desde el año 2003 se inicia la recolección de información sobre interrupción de embarazos por medio del uso de medicamentos que se suministran o colocan anatómicamente para la expulsión del producto de la concepción.

Existe información estadística anual sobre prevalencia de uso de métodos anticonceptivos y tipos de métodos utilizados, la que se obtiene a partir de la vigilancia que por sitios centinela* realiza SOCUDEF.

Se ha obtenido también información sobre anticoncepción, a partir de la realización de encuestas demográficas y de salud de diferente alcance realizadas eventualmente.

Todo este caudal de información favorece la administración, beneficia la calidad del proceso de toma de decisiones y contribuye a una planificación y evaluación más acertada.

La disponibilidad de información estadística continua y confiable sobre interrupción de embarazos y anticoncepción, no es lo usual en la mayoría de los países, bien por el carácter ilegal de la práctica del aborto o por las diversas modalidades de los sistemas de salud en que se sustentan los servicios, lo que dificulta, como para el resto de los registros sanitarios, la captación íntegra y correcta de los datos. Por ello no se dispone a menudo de referencias internacionales confiables y sí de estimaciones inexactas que no incluyen como regla la regulación menstrual como método alternativo para la interrupción del

* Los sitios centinela son localidades representativas, de las distintas condiciones de salud, niveles de acceso a los servicios de salud, diversidad étnico-cultural y de la densidad de la población. Son comunidades donde se realiza la recolección cíclica de información para la administración. ⁽⁷⁶⁾

embarazo, por lo que interpretaciones de las comparaciones nacionales con otros países o regiones resultan con frecuencia reservadas y en ocasiones inútiles, dada las diferencias y sesgos en los métodos de registro y criterios definitorios del evento a medir. No obstante, son confrontadas, a fin de optimizar el proceso de consulta y referencia, asumiendo, siempre que se conozca, el sesgo existente.

Nuestro país cuenta además con la factibilidad de realizar estudios particulares sobre estos aspectos, por lo que Cuba acumula un gran número de trabajos de mayor o menor alcance, de propósitos más generales o específicos, que permiten complementar la base documental del tema.

Con relación a la tendencia de la práctica del aborto en Cuba, la tasa de abortos por cada 1000 mujeres en edad fértil, se incrementó en los años 70 tras las modificaciones y regulaciones realizadas en torno a su proceder y por las mejoras del registro implantado desde 1968. A partir de la segunda mitad de los años 80, la tasa es inferior a 50 y ya en la década de los 90's, es inferior a 40 y a 30. A partir del año 1993 y hasta el año 2002, la tasa de abortos por cada 1000 mujeres se reduce y fluctúa entre 27 y 21. La tasa más baja se obtuvo en el año 2001.

En el descenso de esta tasa, ha influido además, la entrada del proceder de las regulaciones menstruales, hacia donde se desplazan en gran medida las interrupciones de embarazos.

La tasa de regulaciones menstruales, por cada 1000 mujeres en edad reproductiva, se incrementó desde el año de inicio del sistema de reporte (1989) hasta el año 1996, en que alcanzó su mayor valor, descendiendo en los dos años posteriores, a partir de los cuales se producen descensos y ascensos discretos en los últimos cuatro años.

El desplazamiento del aborto a las regulaciones menstruales ocurre de manera general y se expresa en el indicador nacional y por territorios. En algunas provincias las tasas se presentan en niveles similares y en otras, a tasas bajas de aborto le corresponde una tasa de regulación menstrual usualmente más elevada, como por ejemplo se aprecia de manera más

relevante en Pinar del Río, Villa Clara y en las provincias de la región sur oriental.

Entre provincias se presentan diferencias de los indicadores de aborto y de regulación menstrual. La dispersión de la tasa de abortos exhibe una amplitud de 27.5 y la de regulaciones menstruales de 44.1.

Si bien es necesario observar ambas tasas cuando se dirige la mirada a los niveles de interrupción de embarazos, el considerar los dos procedimientos como uno para la elaboración de una única tasa, no es conveniente por varias razones: no es ese el tratamiento estadístico que usualmente se le da en el mundo y en Cuba, y por ende puede conllevar a confusiones y distorsión en la interpretación de las comparaciones en las que no se manejan tasas idénticamente construidas. Además, no necesariamente el total de regulaciones menstruales que se realizan son sólo para interrumpir un embarazo, ya que puede tener otros propósitos. Cualquier agregación de datos debe ser aclarada y hecha con sumo cuidado y justificado propósito.

Las tasas de interrupción del embarazo, por aborto exclusivamente, se diferencian entre zonas, consideradas estas como tres estratos constituidos por los municipios del país según el Índice de Condiciones de Vida de cada uno, obtenido de un estudio realizado con información socio-económica municipal referente al año 1997.⁽⁷⁷⁾

La tasa de abortos, para el trienio 1999 - 2001, fue de 58.3 por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años para el estrato I de condiciones de vida favorables, de 49.2 para el estrato II, de condiciones de vida medianamente favorables y de 45,9 para el estrato III, de condiciones de vida menos favorables. La diferencia de las tasas entre el estrato I y los estratos II y III es evidente, más marcada entre los estratos I y III.

El aborto es en general un evento urbano y en el estrato I, de tasa más elevada, se concentran los municipios de más alto nivel de urbanización de las regiones occidental y central del país, que incluye además, 13 municipios capitales provinciales. En este estrato se concentran las tasas más elevadas de

mujeres en edad laboral incorporadas al trabajo, así como, que recibe un mayor número de inmigrantes jóvenes. En el estrato III se concentra la mayor cantidad de municipios de las provincias orientales, muchos de ellos de importante ruralidad. El estrato II concentra municipios intermedios, incluyendo sólo dos municipios capitales de provincia: Holguín y Las Tunas.

Una explicación de las diferencias antes mencionadas, requeriría del estudio detallado de los componentes que pudieran justificarlas, entre ellas, los patrones de conducta reproductiva en cada territorio, las influencias de índole social y cultural, la inestabilidad del mercado de anticonceptivos en el país, por citar algunos de ellos, lo cual no constituyó un objetivo de investigación en este trabajo.

El cálculo de las tasas de regulaciones menstruales para cada estrato, necesario para una mejor visualización de la interrupción de embarazos en general, no fue factible dada la carencia de esta información con la apertura municipal necesaria.

La práctica anticonceptiva en Cuba se considera elevada desde los años 80.⁽⁷⁸⁾ Durante los años 60 y hasta mediados de la década de los 80's, se utilizaban los dispositivos intrauterinos, con la casi exclusividad del Anillo de Zipper, cuyo uso se canceló en 1985, dada la comprobación internacional de su riesgo para infecciones pélvicas. Se disponía desde años anteriores del Asa de Lipps y el uso incipiente de la T de cobre, ésta última, la más usada actualmente por su calidad, bajo riesgo, disponibilidad en el mercado y efectividad.

Los servicios de planificación familiar se ofrecen en el país desde los años 70, para lo cual se dispone de un programa especial dirigido a esta actividad que se redimensiona y aprueba a inicios de la década de los 90's y que actualmente se encuentra en pleno desarrollo. Estos servicios se han fortalecido y especializado en el tiempo, disponiendo el país de una cobertura nacional que posee una infraestructura de recursos humanos calificados.

Las acciones de planificación familiar no incluyen sólo el uso de métodos anticonceptivos, pero este componente de la actividad es relevante y requiere

de recursos materiales costosos para su mejor desempeño. Actualmente, en el país se ofrecen varios métodos anticonceptivos, ellos son: píldoras, dispositivos intrauterinos (DIU; fundamentalmente la T de cobre), condón, esterilización femenina, esterilización masculina, inyecciones, implantes hormonales, diafragma y jaleas, siendo los cuatro primeros los de mayor uso y oferta. De los restantes se hace poco uso o prescripción por diferentes razones, entre ellas, la insuficiente disponibilidad o como en el caso de la vasectomía o esterilización masculina, por la baja oferta del servicio y el escaso conocimiento y aceptación popular.

La producción nacional de anticonceptivos es limitada y el mercado internacional es la principal fuente de adquisición de los métodos anticonceptivos o de la materia prima para su producción, actividad de comercio que resulta compleja y costosa, dado que se concentra en el mercado norteamericano, lo que la dificulta aún más por las condiciones del bloqueo económico impuesto a nuestro país por más de cuatro décadas.⁽⁷⁹⁾⁽⁸⁰⁾

Según datos suministrados por SOCUDEF, la prevalencia de uso de anticonceptivos en el año 2002 fue del 76%, porcentaje calculado sobre la base del total estimado de mujeres con vida sexual activa y que se declaran con pareja.

La cobertura anticoncepcional en Cuba, fue del 70% en 1980, descendió a 66% en 1985 y al 61% en el año 1990. Desde 1993 es superior al 70% alcanzando en el año 2002, el 76%.

En el cuadro 1, se presenta la prevalencia total de uso de métodos anticonceptivos desde el año 1993 y su desglose a partir de los métodos más usados en nuestro medio.

Cuadro 1. Estimación del porcentaje de cobertura anticoncepcional total y por métodos anticonceptivos. Cuba 1993 – 2002

Cobertura anticoncepcional	AÑOS*									
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
% de cobertura total**	70.0	71.0	72.0	73.0	73.0	72.6	73.0	73.0	74.5	76.0
% de cobertura anticoncepcional según métodos anticonceptivos***										
DIU	70.0	69.0	65.0	62.0	59.0	55.0	56.6	60.0	62.0	65.2
Est. Fem.	21.0	20.0	20.0	20.0	22.0	23.0	21.0	20.0	19.0	19.0
Píldoras	2.5	4.5	7.5	9.0	10.0	12.5	11.2	6.8	6.4	3.6
Inyectables	1.0	1.0	1.0	1.5	1.5	2.0	2.0	2.0	2.0	2.2
Condón	4.0	4.0	5.0	6.0	6.0	6.0	7.0	9.0	8.6	8.0
Otros	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	2.2	2.2	2.0	2.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

* % Cobertura años: 1980: 70.0; 1985: 66.0; 1990: 61.0. Información según cada método anticonceptivo, no disponible.

** % calculado sobre la base del total estimado de mujeres en edad fértil con actividad sexual que se declaran con pareja.

*** % calculado para cada método, sobre la base del total estimado de mujeres en edad fértil con actividad sexual que se declaran con pareja y usan algún método anticonceptivo.

Fuente: SOCUDEF Vigilancia por sitios centinela.*

La cobertura anticonceptiva se obtiene fundamentalmente a expensas del DIU, en la inmensa mayoría por el uso de la T de cobre. El uso de la esterilización femenina ha descendido discretamente y la cobertura por píldoras es fluctuante y desciende en dependencia de la disponibilidad en el mercado cubano. La cobertura por condón es baja para fines anticonceptivos. En la categoría de “otros”, se consideran los inyectables, implantes hormonales, jaleas y el diafragma, los que se usan muy poco, asociado también a la poca disponibilidad o prescripción de estos métodos.

* Los sitios centinelas para la vigilancia, abarcan dos municipios por provincias a excepción de la Ciudad de La Habana en que se utilizan cuatro, los municipios son seleccionados de manera aleatoria y se cambian anualmente. El municipio especial Isla de La Juventud siempre queda incluido.

La cobertura anticoncepcional del país es elevada y basada en métodos modernos, pero dista aún de ser una cobertura de calidad según las pautas actuales, en las que la diversidad de métodos es fundamental.

Finalmente, la nupcialidad ocupa el tercer lugar entre los determinantes de la fecundidad en Cuba. Aunque no es objeto de estudio de esta investigación, variables que se le relacionan si son consideradas, por lo que su breve contextualización resulta necesaria. Aspectos tales como: la proporción de mujeres casadas o unidas, la edad del primer matrimonio o unión, los períodos de no exposición al riesgo de embarazo por rupturas de uniones y el celibato o soltería permanente, son elementos a considerar en los cambios de la conducta reproductiva y por tanto, en la regulación de la fecundidad.

La proporción de mujeres cubanas casadas en edad fértil, va cediendo el paso a las unidas. La unión consensual en Cuba tiene raíces históricas que la fortalecen en el contexto de las tendencias actuales y por ello representa un modo de apertura a la reproducción, aceptado por una gran parte de la población. La proporción de mujeres en celibato permanente, si bien fue del 10% en 1970, descendió al 3% en 1987, permaneciendo bajo hasta nuestros días.⁽⁸¹⁾⁽⁸²⁾

La edad al primer matrimonio en Cuba, si bien es aún joven, envejece paulatinamente en correspondencia con el escenario demográfico del país.⁽⁸³⁾

Se plantea que la evolución de la familia cubana ha incidido en el comportamiento de la fecundidad y viceversa, donde la anticoncepción, la interrupción de embarazos y la nupcialidad están presentes y se relacionan.

En la primera fase del ciclo vital de la familia, de formación de los núcleos familiares, incide el aumento de la unión consensual y la joven edad de inicio de la vida matrimonial, con el riesgo de embarazos no deseados y su interrupción.

En la segunda fase, de ampliación del grupo familiar, ha incidido el incremento del uso de los métodos para la regulación de la fecundidad, anticoncepción y la interrupción del embarazo, lo que ha limitado la descendencia y tamaño del núcleo familiar. En esta fase, la interacción entre familia y fecundidad se hace peculiar en los años 90, en que las familias

redimensionan su estrategia de vida en el marco de la crisis económica de estos años, en función de la supervivencia familiar.

En la tercera fase, de disolución o ruptura, han incidido el divorcio y la separación, los que además del efecto que producen sobre la familia y sus miembros, inciden de forma directa sobre el período de no-exposición al riesgo de procreación, alargándolo.⁽⁸⁴⁾⁽⁸⁵⁾

Capítulo II METODOLOGÍA

Para el desarrollo de esta investigación se siguieron etapas metodológicas que se detallan a continuación y dan salida a los objetivos propuestos.

La denominación “Interrupción de embarazos” comprende en esta investigación, la interrupción de un embarazo por voluntad de la mujer y por indicación médica, por medio del aborto o por la regulación menstrual, lo cual se aclarará cuando proceda.

2.1 Estudio sociocultural de la interrupción de embarazos y de la anticoncepción en Cuba.

En las etapas metodológicas siguientes se dan salida a los objetivos 1, 2 y 3 de esta investigación.

2.1.1 Características socioculturales del aborto en Cuba.

En esta primera etapa, se realizó un estudio nacional, observacional analítico, casos-contróles. Se consideraron casos, aquellas mujeres cuyo embarazo terminó en un aborto voluntario y controles, aquellas mujeres cuyo embarazo terminó en el parto de un nacido vivo. Para ambos casos, por decisión de la mujer.

La selección de los casos se realizó a partir de la población de mujeres comprendidas en el grupo de edad de 15 a 29 años, cuyo embarazo terminó en un aborto voluntario en 1995. En tanto, el grupo de controles se consideró a partir de la población femenina de igual edad, cuyo embarazo terminó en el parto de un nacido vivo para igual año.

La muestra de mujeres se obtuvo a partir del total de mujeres de esta edad, atendidas por aborto o por parto de un nacido vivo en el año 1995, en 22 hospitales ubicados en los municipios capitales de las provincias del país. La selección de los hospitales se basó principalmente, en el volumen de servicios prestados y criterios de factibilidad para el trabajo de campo.

A partir del análisis histórico, del comportamiento de los partos y los abortos en las unidades de salud seleccionadas, se determinó la proporción de casos y controles a estudiar en cada una de ellas, con vistas a obtener muestras con probabilidad proporcional al tamaño. El tamaño de muestra definitiva para los casos fue de 1806 y para los controles de 2442. El total de mujeres estudiadas fue de 4248, para una relación de 1.4 controles por caso.

El estudio se inició el 11 de enero de 1995 en cada una de las unidades seleccionadas; a partir de esta fecha se incluyeron en el estudio, las mujeres que acudían a estas unidades a recibir los servicios de aborto o de parto, hasta completar el tamaño asignado de la muestra para cada unidad.

Según estudios anteriores, revisión bibliográfica y criterio de especialistas, se seleccionaron las variables que se relacionan a continuación con las que se conformó una encuesta a aplicar a las mujeres.

SECCIÓN 1: CARACTERÍSTICAS SOCIO - DEMOGRÁFICAS

VARIABLES	ESCALAS
Edad de la mujer	Menos de 18 años, 18 - 19, 20 - 24 y 25 - 29.
Nivel de escolaridad	Las mismas que aparecen en la encuesta
Estudios en beca	Las mismas que aparecen en la encuesta
Estado civil	Las mismas que aparecen en la encuesta
Tiene pareja actualmente	Sí, No
Tiempo de unión con la pareja	Menos de un año, dos años, más de dos años
Convivencia en el mismo hogar	Sí, No
Convive agregada	Sí, No
Opinión sobre vivir agregada para tener hijos	Las mismas que aparecen en la encuesta
Situación laboral de la mujer	Trabaja, estudia, ama de casa y otra

SECCIÓN 2: HISTORIA OBSTÉTRICA

VARIABLES	ESCALAS
Edad de la primera relación sexual	Menos de 18 años, 18 - 19, 20 - 24 y 25 - 29
Edad del primer embarazo	Menos de 18 años, 18 - 19, 20 - 24 y 25 - 29

Hijos nacidos vivos	Ninguno, uno, dos, tres y más
Hijos nacidos muertos	Ninguno, uno, dos, tres y más
Abortos provocados	Ninguno, uno, dos, tres y más
Abortos espontáneos	Ninguno, uno, dos, tres y más
Regulaciones menstruales sospecha de embarazo	Ninguna, una, dos, tres y más
Regulaciones menstruales por otras causas	Ninguna, una, dos, tres y más
Edad del primer aborto provocado	Menos de 18 años, 18 - 19, 20 - 24 y 25 - 29

SECCIÓN 3: CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC)

Se consideraron los siguientes MAC: Píldoras, Dispositivo intrauterino (DIU), Diafragma, Preservativo o Condón, Esterilización femenina (ligadura), Esterilización masculina (ligadura ó vasectomía), Ritmo (calendario, temperatura basal), Retiro (coito interrumpido), Lavado vaginal químico y Métodos químicos (jaleas, cremas, tabletas).

VARIABLES	ESCALAS
MAC conocidos	Conocido o no
Uso de MAC	Sí, No
Calidad del conocimiento sobre MAC: Evaluada por las respuestas dadas acerca de los MAC que la mujer refirió conocer	Respuestas evaluadas como: Correcta o incorrecta (incorrecta incluye "no sabe").
Fuente de información sobre MAC	Las mismas que aparecen en la encuesta
Usaba MAC al embarazarse en esta ocasión.	Sí, No
Fallo MAC que usaba cuando quedó embarazada	Las mismas que aparecen en la encuesta
Motivo por el que usaba ese MAC	Las mismas que aparecen en la encuesta.

SECCIÓN 4: CARACTERÍSTICAS DE LA PAREJA

VARIABLES	ESCALAS
Tipo de relación en el momento del embarazo	Las mismas que aparecen en la encuesta
Edad del hombre	Menos de 18 años, 18 - 19, 20 - 24, 25 - 29 y 30 y más
Nivel de escolaridad del hombre	Las mismas que aparecen en la encuesta
Situación laboral del hombre	Trabaja, estudia, otra
Deseo de este embarazo	Embarazo deseado, no deseado
Motivo del no deseo de este embarazo	Las mismas que aparecen en la encuesta

SECCIÓN 5: LA MUJER Y SU EMBARAZO

VARIABLES	ESCALAS
Deseo de este embarazo	Embarazo deseado, no deseado.
Motivo del no deseo de este embarazo	Las mismas que aparecen en la encuesta
Conversó con alguien sobre la decisión de abortar o parir.	Sí, No.
Persona con quien conversó	Las mismas que aparecen en la encuesta
Recibió información sobre MAC en la atención médica recibida en este embarazo.	Sí, No
Motivos por los que cree se recurre al aborto	Las mismas que aparecen en la encuesta
Conocimiento sobre si el aborto puede tener complicaciones	Sí, No, No sabe.
Complicaciones conocidas del aborto.	Las mismas que aparecen en la encuesta

SECCIÓN 6: RELACIONES SEXUALES DE LA MUJER.

(En esta investigación no se presentan los resultados de esta sección)

Técnicas y procedimientos:

Diseño de la encuesta: A partir de las variables seleccionadas se prepararon las preguntas de la encuesta. Se utilizaron preguntas de contenido, filtro, control y proyectivas, todas cerradas. La entrevista fue el método de obtención de la información.

Fueron incluidas todas las mujeres de 15 a 29 años de edad, cuyo embarazo terminó en aborto o en el parto de un nacido vivo, en los hospitales y servicios de ginecología y obstetricia considerados en el estudio. En ambos grupos por voluntad de la mujer.

Fueron excluidas las mujeres de igual edad atendidas en las unidades de salud seleccionadas, cuyo embarazo terminó en el parto de un nacido muerto, un nacido vivo fallecido en el hospital o un nacido vivo con problemas de salud, mujeres que tuvieran problemas de salud posparto y aquellas en que un motivo de salud hubiese determinado el final del embarazo (aborto o parto) siendo reemplazada por la siguiente mujer que cumpliera los requisitos del estudio.

Resumen metodológico sobre la preparación y conducción del trabajo de terreno:

- Se contó con el apoyo de un equipo de especialistas de la Dirección Nacional de Estadística y Registros Médicos y de los jefes de la actividad estadística de salud en cada provincia.
- Las encuestadoras fueron mujeres de 25 o más años de edad, técnicas medio de estadísticas de salud de los departamentos de Estadística y Registros Médicos de los hospitales seleccionados. El personal de supervisión se constituyó con profesionales y técnicos de la actividad estadística de los niveles de provincia y nación.
- Se designó y entrenó a encuestadoras y supervisores en seminarios y pruebas de terreno.

- Se consultó y solicitó autorización a dirigentes de los diferentes niveles del sector salud y se informó y consultó a la Federación de Mujeres Cubanas.
- De inicio se leyó a cada mujer elegida para la encuesta, el propósito de la misma, lo cual permitió informarlas de igual manera evitando así el sesgo del entrevistador. Se solicitó el consentimiento de la mujer para la entrevista el que fue consignado en la encuesta. Se estableció la confidencialidad de la misma y el uso de la información recogida.
- Se definieron condiciones de privacidad y comodidad necesarias en los locales anexos al salón de legrados y en las salas de puerperio para la entrevista. Se realizaron pruebas pilotos en dos hospitales ginecobstétricos del país, el hospital “América Arias” de Ciudad de La Habana y el hospital “Mariana Grajales” de Santa Clara, para este último se probó además, el programa de procesamiento automatizado diseñado para el estudio.
- Terminada la recolección de la información, las encuestas fueron enviadas a la Dirección Nacional de Estadística y Registros Médicos del Ministerio de Salud Pública, donde se revisaron y codificaron las variables, se captó la información en soporte electrónico y se creó la base de datos. Las respuestas sobre calidad del conocimiento de métodos anticonceptivos fueron codificadas según nomenclador elaborado para el estudio.
- **Procesamiento y análisis de la información.**

Con la información obtenida se creó la base de datos nacional. Se calcularon razones, porcentajes y tasas por edad de la mujer.

Para conocer si existía asociación entre las variables y la forma de terminación de este embarazo se utilizó el análisis de tablas de contingencia, a través de la prueba de independencia, Bartholomew o X^2 para la regresión, según la naturaleza de las variables cualitativas, nominales u ordinales o cuantitativas, respectivamente, con un nivel de significación del 10%. Ello

permitió además la reducción del número de variables a considerar en el análisis multivariado.

Para identificar los factores de riesgo que conllevan al aborto voluntario se utilizó además la regresión logística multivariada, para lo cual se consideró la variable dependiente: Forma de terminación de este embarazo (Y) de forma tal que:

Y = 1 El embarazo terminó en aborto.

Y = 0 El embarazo terminó en el parto de un nacido vivo.

A continuación se relacionan las variables independientes ó explicativas utilizadas.

- Edad en años cumplidos de la mujer.
- Escolaridad de la mujer: primaria, secundaria, preuniversitaria o universitaria.
- Tipo de unión de la mujer con su pareja: estable (casada o unión consensual) o inestable (noviazgo o relación casual).
- Dedicación de la mujer: trabaja, estudia, ama de casa.
- Edad en años cumplidos al primer embarazo.
- Abortos provocados anteriores: Ninguno, uno, dos y más.
- Regulaciones menstruales anteriores por sospecha de embarazo: Ninguna, una, dos y más.
- Si usaba o no algún método anticonceptivo al quedar embarazada.

El modelo de regresión logística se expresa de la forma siguiente:

$$\text{Probabilidad (Y=1)} = \frac{1}{1 + \exp(-\beta_0 - \beta_1 X_1 \dots - \beta_n X_n)}$$

Donde: β_0 es el término independiente y β_1, \dots, β_n son los coeficientes respectivos de las variables independientes o explicativas (X_1, \dots, X_n).

Para comprobar si existía ajuste del modelo de regresión logística se utilizó el estadígrafo - log likelihood, y se planteó la siguiente prueba de hipótesis:

H_0 = Ajusta el modelo de regresión logística

H_1 = No ajusta el modelo de regresión logística.

Se seleccionaron como factores de riesgo las variables que tuvieron una significación estadística menor que 0,05 correspondiente al estadígrafo de Wald, planteándose las siguientes hipótesis: $H_0: \beta = 0$ $H_1: \beta \neq 0$

La expresión anterior establece las bases para probar si existe o no una relación de dependencia entre la variable dependiente y cada una de las variables independientes, manteniendo para cada una de ellas, las otras variables independientes constantes.

Se comprobó colinealidad entre las variables independientes por la prueba estadística de independencia mediante el estadígrafo X^2 y en los casos en que se encontró asociación se utilizó el Coeficiente de Contingencia: $CC = [X^2 / (X^2 + N)]^{0.5}$.

Se entendió que la colinealidad podía afectar la estimación de los parámetros de la regresión logística cuando el coeficiente de contingencia fuera mayor que 0,90.

La medida del riesgo se tiene a través de la estimación del “riesgo relativo”, Odds Ratio (O.R.), dado por la exponencial de β .

2.1.2 Regulaciones Menstruales e interrupción de embarazos.

La segunda etapa de esta investigación consistió en un estudio descriptivo y transversal sobre regulaciones menstruales en relación con la interrupción de embarazos y se desarrolló a través de la aplicación de una encuesta a las mujeres que acudieron a realizarse una regulación menstrual a tres hospitales del país:

- Hospital ginecobstétrico “Ramón González Coro” de Ciudad de La Habana.
- Hospital ginecobstétrico “Eusebio Hernández” de Ciudad de La Habana.
- Hospital ginecobstétrico “Mariana Grajales” de Villa Clara.

La selección de las unidades se basó en criterios de factibilidad, calidad, volumen de servicios prestados y en la disposición para el mejor desempeño del

estudio, de directivos, especialistas de los servicios de Aborto, de Anatomía Patológica y de Estadística y Registros Médicos.

Las variables consideradas fueron organizadas en una encuesta.

Variables	Categorías
Edad de la mujer	Simple y agrupadas (quinquenal)
Situación Laboral	Estudia, trabaja, ama de casa u otra.
Antecedentes obstétricos	Embarazos, partos, abortos voluntarios, espontáneos, regulación menstrual anterior, días de amenorrea.
Uso de MAC	Sí, No
MAC usados	DIU, píldora, diafragma, condón, otro
Razones de no uso de MAC	Problema de salud, no resulta efectivo, difícil de obtener, le tiene temor, se le olvida utilizarlo, otro
Motivo de la regulación menstrual	Sospecha de embarazo, irregularidad menstrual, otra
Embarazo confirmado por anatomía patológica	Sí, No

Además, se registraron en la encuesta, datos de control administrativo y la fecha de nacimiento de la mujer, como pregunta de control de la variable edad. También se registró la fecha de la última menstruación y de la realización de la regulación menstrual.

Fueron incluidas las mujeres entre 15 y 49 años, que acudieron a los servicios seleccionados a realizarse una regulación menstrual indicada por el médico, que tuvieran una amenorrea de hasta 42 días. Se excluyeron aquellas mujeres con más de 42 días de amenorrea.

Se determinó aplicar la encuesta a 900 mujeres que acudieran a realizarse una regulación menstrual a los tres hospitales antes mencionados, 300 mujeres por hospital. El tamaño total de la muestra de mujeres a encuestar estuvo en correspondencia con los recursos asignados para la investigación.

El estudio necesitó de una estandarización metodológica de los procesos, desde la admisión en consulta de la mujer para realizarse la regulación menstrual, su cita, la aplicación de la encuesta, los recursos y aplicación de procedimientos propios de la regulación menstrual con toma de muestra, tales como, cánulas con llaves de dos pasos, frascos rotulados y toma suficiente de la muestra de endometrio, para su envío al laboratorio de Anatomía Patológica

con el mínimo posible de fracaso diagnóstico. La encuesta terminaba de ser llenada por el especialista designado de estos departamentos, a los que además se les suministraron los insumos necesarios.

El personal implicado fue designado por la dirección del hospital, los que se mantuvieron en el estudio desde su inicio. Las cánulas y frascos rotulados fueron adquiridos y dispuestos adecuadamente para cada mujer, a fin de evitar contaminación, confusión o extravío. Se excluyeron del estudio 8 mujeres, lo que representó el 0.8% del total, debido a que no cumplían con los criterios de inclusión establecidos. El resultado diagnóstico, del examen de anatomía patológica de la muestra tomada del endometrio aspirado, se informó a las mujeres estudiadas.

El personal designado y entrenado, de los departamentos de Estadística y Registros Médicos, fue el encargado de llenar la encuesta en casi su totalidad y de su revisión en cuanto a integridad y calidad. Fue también el responsable de su envío en paquetes organizados al nivel nacional donde fueron procesadas. Se dispuso de un especialista en Bioestadística a tiempo parcial, como supervisor de la etapa de recolección de la información.

El establecimiento de los procedimientos descritos, contó con la participación de expertos de la Dirección Nacional de Atención Materno Infantil, del Adolescente y la Planificación Familiar, especialistas de los departamentos de Anatomía Patológica y de los departamentos de Aborto de los hospitales implicados.

Tras el aseguramiento de los recursos necesarios y su distribución por los hospitales, se procedió a la ejecución del estudio a partir del primero de octubre de 1996. A partir de esta fecha se incluyeron las mujeres que acudían a los hospitales seleccionados a realizarse una regulación menstrual, hasta completar el tamaño de la muestra asignada para cada unidad.

Se calcularon indicadores de razón y porcentajes para las variables consideradas.

2.1.3. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las mujeres cubanas.

En esta tercera etapa de la investigación se analiza la información obtenida a partir de la aplicación de las encuestas aplicadas en los estudios cuya metodología fue descrita en los puntos 2.1.1 y 2.1.2.

Se adiciona al análisis, la información obtenida del estudio nacional sobre práctica anticoncepcional realizado en el año 2000, sobre cuya metodología se detalla a continuación.

En el año 2000, Cuba implementa una parte de la encuesta por conglomerados de indicadores múltiples (MICS; por sus siglas en inglés), a petición de UNICEF, que tuvo como propósito garantizar la información necesaria para evaluar la marcha de las metas de la Cumbre a Favor de la Infancia a escala mundial.

UNICEF puso a disposición de las naciones, una metodología general para la ejecución de una encuesta de hogares, la cual fue modificada por especialistas de la Dirección Nacional de Estadística y Registros Médicos, encargada de su ejecución. Las adaptaciones se hicieron de tal manera que se mantuviera la comparabilidad de los indicadores con el resto de las naciones.

Con relación a los cuestionarios a utilizar, Cuba seleccionó sólo aquellos que servirían para complementar la información que proveen los sistemas de información estadísticos oficiales o para obtener información carente en el país. Entre ellos se consideró el cuestionario relativo a la práctica anticoncepcional que debía ser respondido voluntariamente y personalmente por las mujeres.

Se utilizó en el cuestionario del hogar, la hoja de la lista de los miembros del hogar, para garantizar que los informantes fueran identificados, controlando así la integridad del proceso. La información demográfica y la referida al nivel educacional se obtuvieron de esta lista.

La encuesta cubana utilizó bondades del sistema nacional de salud, entre las que figuran, el programa del médico y la enfermera de la familia, que cubre el 99% de la población teniendo registrada a cada familia en los consultorios,

facilitándose así los aspectos organizativos del trabajo de campo y la disponibilidad de una estructura estadística de salud de cobertura nacional, que cuenta con un técnico en estadística por cada 15 consultorios aproximadamente.

El diseño muestral estuvo a cargo de una especialista en muestreo de la Dirección Nacional de Estadística y Registros Médicos.⁽⁸⁶⁾ Este puede resumirse de la manera siguiente:

Se trató de un muestreo bietápico, donde las unidades de primera etapa fueron los consultorios y las de segunda etapa, las familias*.

Tamaño de la muestra: La muestra quedó conformada por 501 consultorios con los que se esperó obtener una muestra de 7 515 hogares y 26 303 personas

Cobertura de la muestra: De los 7 515 hogares seleccionados, 7 429 estaban ocupados. Se realizaron entrevistas en 7 263, para una tasa de respuesta en hogares del 97.8%. En estos se identificaron 6 531 mujeres elegibles (de 15 a 49 años), de ellas fueron entrevistadas 6 398, para una tasa de respuesta del 98.0%. La información sobre anticonceptivos se obtuvo de estas mujeres que refirieron tener vida sexual activa.

La muestra permitió la obtención de los indicadores de interés para el país al nivel nacional, para áreas urbanas y rurales, para la capital del país y tres regiones conformadas por las provincias cercanas geográficamente. (Occidente: Pinar del Río, La Habana, Isla de la Juventud y Matanzas. Centro: Villa Clara, Cienfuegos, S. Spíritus, Ciego de Ávila y Camaguey. Oriente: Las Tunas, Holguín, Granma, Santiago de Cuba y Guantánamo). Otras variables utilizadas fueron la Edad (grupos quinquenales del período reproductivo) y el Nivel de instrucción (ninguno, primaria, secundaria, pre-universitario o tecnológico y universitario).

* Cada provincia fue considerada como estrato de selección, asignándosele un tamaño de muestra proporcional a su población. Se logró una estratificación implícita de las unidades de primera etapa (consultorios) al utilizar los listados de población por consultorios, para una selección sistemática, previamente ordenados por municipio, área de salud, zonas urbana, rural o mixta. La muestra fue escogida en dos etapas. En la primera etapa, 501 consultorios del Médico de Familia fueron escogidos, con una probabilidad proporcional a su tamaño combinado con una selección sistemática.

La segunda etapa de selección se hizo a partir de las historias clínicas familiares. Se seleccionaron 15 viviendas por consultorio de manera sistemática con arranque aleatorio. La muestra así seleccionada resultó autoponderada.

Procesamiento de la información: Los datos se captaron en las 14 provincias y en el municipio especial Isla de la Juventud. El procesamiento de datos comenzó inmediatamente después de terminado el primer consultorio en cada provincia y terminó en agosto del año 2000.

2.3 Historia Clínica de Legrado.

Dada la insuficiente información estadística continua, sobre el entorno sociocultural del aborto y práctica anticoncepcional, se procedió al desarrollo de esta etapa de la investigación, que correspondió al diseño, implantación y seguimiento de un registro primario para captar información estadística continua sobre características socioculturales de las mujeres que recurren al aborto para interrumpir un embarazo, que se utilizara además, para cualquier tipo de aborto. Recoge también información sobre práctica anticoncepcional.

De tal manera, el registro serviría para proveer información permanente sobre los temas mencionados. El registro fue denominado Historia Clínica de Legrado.

Para su diseño, implantación y seguimiento se consideraron los criterios y normas metodológicas que se utilizan en la actividad estadística del país, revisión bibliográfica, y resultados o experiencias del desempeño de los demás estudios que se iban desarrollando como parte de esta investigación.⁽⁸⁷⁾⁽⁸⁸⁾⁽⁸⁹⁾

Se establecieron los procedimientos de captación, trasmisión, procesamiento, validación y emisión de datos, teniendo en cuenta criterios de economía y demanda de información manifestada por los usuarios. Se siguieron las etapas metodológicas de elaboración de los sistemas de información estadística, que van desde la investigación preliminar, pasando por las etapas de anteproyecto técnico y de trabajo, hasta la implantación y la evaluación periódica.

Se seleccionaron las variables para el registro, siguiendo los criterios de relevancia y factibilidad de obtención de la información. Las variables y sus escalas fueron organizadas en el cuerpo del modelo.

A continuación se relacionan los contenidos fundamentales y variables consideradas.

Datos generales de identificación del registro y tipo de legado.

Datos generales de identificación de la mujer que recibe el servicio.

Edad, Escolaridad, Estado conyugal y Ocupación de la mujer.

Datos de la mujer sobre su historia reproductiva, sexual y sobre su salud actual.

Motivo(s) de la interrupción de este embarazo.

Uso, conocimientos, percepciones y preferencias sobre métodos anticonceptivos.

Procesamiento de los datos y presentación de los resultados:

Los softwares utilizados en esta investigación fueron: Fox - plus y EPINFO 6.0 para crear las bases de datos, SPSS 10.0 para generar tablas de trabajo y procesamiento estadístico y el Office 2000 para preparar cuadros, gráficos y procesar el texto de los informes.

Los resultados de la investigación se presentan en cuadros y gráficos estadísticos, así como en la descripción escrita del análisis de documentos.

Capítulo III. Estudio sociocultural de la interrupción de embarazos y su prevención por la anticoncepción en Cuba.

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas, agrupados por las temáticas de esta investigación, o sea, la

interrupción voluntaria del embarazo no deseado por aborto o regulación menstrual y la práctica anticoncepcional.

3.1 Estudio nacional sobre características socioculturales del aborto en Cuba.

Como se expresó en el método, este estudio tuvo un alcance nacional. Fueron entrevistadas 4 248 mujeres, 1 806 cuyo embarazo terminó un aborto (casos) y 2 442 en el parto de un nacido vivo (controles), ambos eventos por su propia decisión.

La representación tabular de los resultados de esta sección se organiza en cuadros numerados que van desde el cuadro 2 al 23 y en las tablas del anexo VIII que se especifican.

El 73.9% de las mujeres encuestadas, tenían entre 20 y 29 años de edad, resultado esperado dada la estructura por edad de la fecundidad del país. Entre las que abortaron, el 32% correspondió a mujeres adolescentes y entre las que parieron las adolescentes ocuparon el 21.7% del total. Cuadro 2.

Cuadro 2. Mujeres encuestadas según grupos de edad y forma en que terminó su embarazo. Cuba 1995

GRUPOS DE EDAD	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
< 18 años	281	15.6	220	9.0	501	11.8
18 - 19	296	16.4	310	12.7	606	14.3
20 - 24	707	39.1	1006	41.2	1713	40.3
25 - 29	522	28.9	906	37.1	1428	33.6
Total	1806	100.0	2442	100.0	4248	100.0

$$X^2 = 69.539 \quad \text{G.L: } 3 \quad p = 0.0000$$

El aborto se presenta con frecuencia similar, para los grupos de edad adolescente, no así cuando el embarazo terminó en parto, en las que aporta más el grupo de 18 a 19 años. Se comprobó asociación significativa entre las variables.

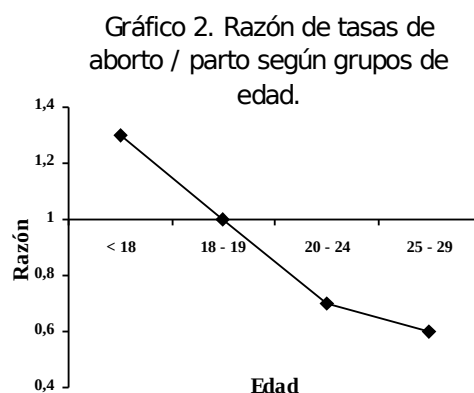
En el cuadro 3 se observa, que la tasa de aborto más elevada correspondió a las adolescentes entre 18 y 19 años de edad y la tasa de parto al grupo de 20 a 24 años. La razón de tasas aborto / parto, superó la unidad en

el grupo de adolescentes más jóvenes, igualándose en el grupo subsiguiente con una inversión del valor de la razón para los grupos de 20 a 24 y de 25 a 29 años. Gráfico 2.

Cuadro 3. Tasas* de abortos y partos según grupos de edad. Cuba 1995

GRUPOS DE EDAD	ABORTO	PARTO
< 18 años	39.8	31.2
18 - 19	52.1	50.4
20 - 24	43.0	61.1
25 - 29	30.8	53.4
TOTAL	38.9	52.6

*Tasas por 1 000 mujeres de cada grupo de edad.



Fuente: Cuadro 3

Las tasas de aborto de las adolescentes han aportado históricamente un importante peso a la tasa total de abortos, con discretos descensos en los últimos años.

El embarazo en las adolescentes continúa siendo elevado, aun las reducciones observadas y constituye una de las irregularidades de la transición demográfica del país. Ello motiva las acciones educativas y preventivas en este sentido, a fin de evitar embarazos no deseados en edades tan tempranas y su impacto desfavorable en la salud reproductiva. ⁽⁹⁰⁾⁽⁹¹⁾⁽⁹²⁾⁽⁹³⁾

Además de las acciones educativas es importante lograr que los adolescentes mantengan sólidos vínculos y comunicación con los miembros de su hogar, de su escuela, tengan relaciones personales adecuadas, sean

valorados en su comunidad y posean la oportunidad de ser útiles a los demás, que sostengan adecuadas relaciones con los adultos, sientan o perciban espacios de seguridad y disfruten de la oportunidad de contribuir a la sociedad significativamente. ⁽⁹⁴⁾⁽⁹⁵⁾⁽⁹⁶⁾⁽⁹⁷⁾

Con relación a la actividad que la mujer realiza y la forma en que terminó este embarazo, se observó que en las estudiantes es donde más difieren los grupos de comparación. Cuadro 4.

Cuadro 4. Mujeres encuestadas según actividad que realizan y forma en que terminó su embarazo. Cuba 1995

ACTIVIDAD	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Trabaja	612	33.9	866	35.5	1478	34.8
Estudia	402	22.2	157	6.4	559	13.2
Ama de casa	792	43.9	1419	58.1	2211	52.0
TOTAL	1806	100.0	2442	100.0	4248	100.0

$$X^2 = 238.972 \quad G.L = 2 \quad p = 0.0000$$

El nivel de escolaridad de las encuestadas se asoció significativamente con la forma en que terminó este embarazo. Los porcentajes de aborto más elevados correspondieron a las mujeres de enseñanza media, especialmente a las del nivel de secundaria básica. El parto predominó discretamente en las mujeres universitarias. Cuadro 5.

Cuadro 5. Mujeres encuestadas según nivel de escolaridad y forma en que terminó su embarazo. Cuba 1995

NIVEL DE ESCOLARIDAD	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria	237	13.1	375	15.4	612	14.4
Secundaria	786	43.5	935	38.3	1721	40.5
Pre-Universitaria	679	37.6	919	37.6	1598	37.6
Universitaria	104	5.8	213	8.7	317	7.5
TOTAL	1806	100.0	2442	100.0	4248	100.0

$$X^2 = 22.834 \quad G.L = 3 \quad p = 0.0079$$

Estos resultados coinciden con los obtenidos por otros autores. Álvarez, 1999, observó en el estudio que realizó en el Municipio Diez de Octubre, un riesgo mayor para el aborto en las mujeres de la enseñanza media, más aún

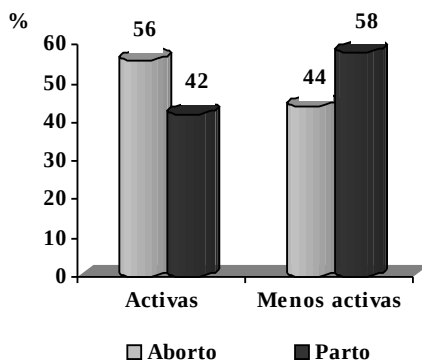
para las mujeres de secundaria básica.⁽⁹⁸⁾ Similares resultados se obtuvieron también en la Encuesta Nacional de Fecundidad realizada en 1987.⁽⁹⁹⁾

Con relación al aborto, la edad y el nivel de escolaridad de las mujeres, los resultados encontrados en este estudio, en comparación con los obtenidos de estudios citados de la anterior década, muestra que apenas hay cambio en la estructura por edad del aborto en el país, con desventaja para las más jóvenes, en las que al parecer ya a estas edades han iniciado, quizás recientemente, su actividad sexual con inadecuada preparación y cuyo saldo resulta en una agresión a su salud reproductiva.

La edad es un atributo importante que se asocia a proyectos de vida de las mujeres en cada tipo de actividad que realizan.

En el gráfico 3 se ilustra que este embarazo terminó con más frecuencia en aborto en las mujeres “activas” con respecto a las “menos activas” *, en las que el parto resultó más frecuente.

Gráfico 3. Porcentaje de mujeres encuestadas según categoría de actividad y forma en que terminó su embarazo. Cuba 1995



Fuente: Cuadro 4

Una mujer estudiante, por lo general más joven, no posee independencia económica y usualmente tiene planes de proseguir su superación y lograr una inserción laboral acorde con su nivel de calificación, por lo que el tener un hijo

* Mujeres activas: Aquellas que realizan una actividad laboral o estudiantil o su combinación, formalmente declarada en la entrevista. Mujeres menos activas: Aquellas que declararon ser amas de casa.

en esta etapa de su vida, podría retrasar o cancelar sus planes. Ello puede suceder también en una mujer que trabaja, donde ya ciertas expectativas pueden haber sido alcanzadas y probablemente posea total o parcial independencia económica, lo cual conlleva un proceso de consolidación en el tiempo, por lo que en estadios tempranos de la actividad laboral, el proyecto de la maternidad podría ser pospuesto por razones similares a las mencionadas para la etapa estudiantil.

Aspectos específicos que pudieran explicar a profundidad las diferencias observadas, no fueron explorados en el estudio, no obstante, los resultados apuntan a que el proseguir este embarazo podría haber ocasionado más interferencia en el desempeño de las mujeres activas por la mayor multiplicidad de roles a asumir con relación a las menos activas.

La condición de becada en algún momento de la vida de la mujer, sobre la que se indagó en la encuesta, no tuvo una relación importante con el resultado de abortar o parir en este embarazo. No se encontraron estudios precedentes de aborto en Cuba, donde se explorara esta condición.

Se pudiera analizar, que la gran mayoría de las mujeres cubanas de estos años, pasan en algún momento de su vida estudiantil por el sistema de estudios en beca, lo que hace de esta condición un hecho casi universal en la población. La búsqueda de diferenciales requeriría quizás de un estudio particularizado.

Con relación a la convivencia o no de la pareja en el mismo hogar y la forma en que terminó este embarazo, se observó que de las mujeres que abortaron, el 69.8% convivía con su pareja en el mismo hogar. El porcentaje de partos fue superior para las mujeres que refirieron convivir con su pareja. Se expresaron diferencias entre los grupos de comparación y asociación significativa entre las variables. Cuadro 6.

Cuadro 6. Mujeres encuestadas atendiendo a la convivencia con su pareja en el mismo hogar y forma en que terminó su embarazo. Cuba 1995

CONVIVENCIA	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	1088	69.8	2207	95.7	3295	85.2
No	471	30.2	99	4.3	570	14.8

TOTAL	1559	100.0	2306	100.0	3865	100.0
-------	------	-------	------	-------	------	-------

$$X^2 = 494.928 \quad G.L = 1 \quad p = 0.0000$$

Para el grupo de mujeres que no convivía con su pareja, el 78.8%, refirió tiempo de unión con su pareja de dos años o menos y un 43.0% de menos de un año. En el grupo de las mujeres que abortaron, el 87.1%, refirió uniones de menos de 2 años e inferior a un año, el 48%. De las que parieron, el 60.6%, refirió más de dos años de convivencia. Cuadro 7

Cuadro 7. Mujeres encuestadas que no convivían con su pareja en el mismo hogar, según tiempo de unión y forma en que terminó su embarazo. Cuba 1995

TIEMPO DE UNIÓN (años)	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 1	226	48.0	19	19.2	245	43.0
1 - 2	184	39.1	20	20.2	204	35.8
Más de 2	61	12.9	60	60.6	121	21.2
Total	471	100.0	99	100.0	570	100.0

$$X^2 = 111.426 \quad G.L = 2 \quad p = 0.0000$$

Estos resultados expresan la inestabilidad que la no convivencia y uniones no prolongadas, otorgan a la decisión de la reproducción y refleja insuficiencias de las acciones de planificación familiar y educación sexual.

Por otra parte, el hecho de vivir o no agregada, no se expresó como un diferencial entre los grupos de comparación. Cuadro 8.

Cuadro 8. Mujeres encuestadas que conviven con su pareja según si viven o no agregadas y forma en que terminó su embarazo. Cuba 1995

Forma en que viven las parejas convivientes	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Agregadas*	540	49.6	1050	47.6	1590	48.2
No agregadas	548	50.4	1157	52.4	1705	51.8
TOTAL	1088	100.0	2207	100.0	3295	100.0

$$X^2 = 1.153 \quad G.L = 1 \quad p = 0.2860$$

* El hecho de que la pareja, con o sin hijos, viva agregada, significa en esta investigación, que convive con otras personas en una misma vivienda.

En el cuadro 9 se muestra, que el vivir agregadas fue referido como una dificultad para tener hijos por el 40.9% de las mujeres. El 55.7% de las mujeres que abortaron, así lo refirió, en contraste con lo referido por el 33.3% de las mujeres que parieron. El 59.1% del total de las mujeres refirió que el vivir agregadas no influía o que por el contrario, facilitaba el hecho de tener hijos. El 10.1%, en particular, opinó que vivir agregadas les facilita tomar la decisión de tener hijos.

Cuadro 9. Mujeres encuestadas que conviven con su pareja agregadas según criterio de si vivir así influye o no en la decisión de tener hijos y forma en que terminó su embarazo. Cuba 1995

Criterio	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Dificultad	301	55.7	350	33.3	650	40.9
Facilidad	33	6.1	130	12.4	161	10.1
No influye	206	38.2	570	54.3	779	49.0
TOTAL	540	100.0	1050	100.0	1590	100.0

$$X^2 = 76.433 \quad G.L = 2 \quad p = 0.0000$$

La interpretación de este resultado es controvertida, ya que generalmente entre los ideales reproductivos está el de vivir en una vivienda independiente. Este ideal se corrobora en el 40.9% de las mujeres, pero no en el resto.

Ello puede tener relación con la evolución y características actuales de la familia cubana, la que está influenciada, entre otras, por los patrones culturales propios de la familia, por el impacto de la difícil situación socioeconómica, en particular la compleja situación de la vivienda que ha confrontado el país por décadas, más crítica aún en los años 90 y que influye en la dinámica familiar modificando quizás las expectativas habituales.⁽¹⁰⁰⁾

Benítez, 1999, señala en su libro sobre la familia cubana, que el ritmo de crecimiento de los núcleos familiares ha sido siempre más elevado que el ritmo de crecimiento poblacional, con una reducción sistemática del tamaño promedio de los núcleos, tendencia general en muchos países que se relaciona con la dinámica demográfica entre otras; así la autora señala que el promedio de personas por hogar ha variado de 4.5 en 1970 a 4.1 en 1981 y por último a

3.3 en 1995, expresando esta tendencia un efecto de los cambios socioeconómicos y demográficos que han acontecido en el país, lo que resulta en no pocas ocasiones, en núcleos, que si bien tienden a ser más pequeños, conviven frecuentemente con otros en una misma vivienda dada la limitada disponibilidad de estas.⁽¹⁰¹⁾

Tras estos años será necesario profundizar y conocer los patrones predominantes y específicos de la familia cubana, institución social compleja por su naturaleza, más aún en el caso de Cuba, en que la misma se ha debatido en medio de una importante crisis social y económica.

De tal manera, pudiera no ser lo más frecuente, que una pareja que se une en matrimonio o en unión consensual, disponga de vivienda propia y tenga pues que vivir agregada. Esta situación, a la larga, inevitablemente conlleva a la modificación y ajustes transitorios o no, de juicios o patrones concebidos a partir de otras experiencias, máxime si se considera que dada la situación actual, para que la mujer mantenga su participación activa y plena en la sociedad, requiera con frecuencia de la interacción o el apoyo cotidiano de otros miembros de la familia con los que convive o no, para equilibrar su desempeño social y reproductivo.

Considérese además, la persistencia de un patrón cultural machista en el desempeño de los roles dentro de la dinámica familiar, como por ejemplo en la crianza de los hijos, la atención a enfermos o a ancianos, así como, las altas tasas de divorcialidad que se registran, con cada vez más número de núcleos cuyo jefe es una mujer, todo lo cual pudiera contribuir al análisis de este resultado, no obstante, la necesidad de profundizar en él se impone.

Los resultados del censo de población y viviendas realizado en Cuba en el año 2002, aún no publicado, de seguro aportará información al respecto.

El 55.6% de las mujeres refirió que tuvo sus primeras relaciones sexuales con menos de 18 años, lo que se relaciona en similar proporción con la edad del primer embarazo y la del primer aborto.

Se comprobó asociación significativa entre estas variables y la forma en que terminó este embarazo. Cuadros 10 y 11.

Cuadro 10. Mujeres encuestadas según edad de las primeras relaciones sexuales y forma en que terminó su embarazo. Cuba 1995

Edad de las primeras relaciones sexuales	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
15 - 17	1144	63.3	1218	49.9	2362	55.6
18 -19	486	26.9	683	27.9	1169	27.5
20 - 24	169	9.4	513	21.0	682	16.1
25 - 29	7	0.4	28	1.2	35	0.8
TOTAL	1806	100.0	2442	100.0	4248	100.0

$$X^2 = 129.308 \quad G.L = 3 \quad p = 0.0000$$

Cuadro 11. Mujeres encuestadas según edad del primer embarazo y forma en que terminó el embarazo actual. Cuba 1995

Edad del primer embarazo	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
15 - 17	727	40.2	717	29.4	1444	34.0
18 - 19	525	29.1	591	24.1	1116	26.3
20 - 24	495	27.4	900	36.9	1395	32.8
25 - 29	59	3.3	234	9.6	23	6.9
TOTAL	1806	100.0	2442	100.0	4248	100.0

$$X^2 = 133.855 \quad G.L = 3 \quad p = 0.0000$$

El inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales, sin una adecuada preparación, expone a las adolescentes al riesgo de un embarazo no deseado o planificado y a recurrir al aborto para su interrupción.

En un estudio realizado con adolescentes de 9no grado de ambos sexos, se comprobó que existen diferencias significativas entre las percepciones de los y las adolescentes sobre el momento ideal para comenzar las relaciones sexuales, los riesgos de un embarazo temprano y del aborto. Se identifica a la familia como principal responsable de brindar una educación y comunicación diferenciada por género.⁽¹⁰²⁾

En otra investigación, realizada con 212 adolescentes de entre 11 y 19 años, se comprobó precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, las que

por lo general transcurrieron sin protección ni privacidad y en la que predominó la presión de su pareja.⁽¹⁰³⁾

El inicio precoz de las relaciones sexuales es hoy un hecho casi universal, sobre todo, en los países de América, lo cual representa una característica del comportamiento sexual de interés social y de importancia particular en salud. El redimensionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva en función de esta realidad es imprescindible, así como la intervención intersectorial.⁽¹⁰⁴⁾⁽¹⁰⁵⁾

Con relación al aborto, los hechos generalmente se asocian así: el comienzo precoz de las relaciones sexuales, sin una adecuada preparación, facilita el embarazo no deseado, que de no ser aceptado conlleva la práctica del aborto, por el que se inicia muchas veces la mujer en el uso de los métodos anticonceptivos y en el peor de los casos, las jóvenes, de salir bien del trance se convierten en usuarias del método y recurren a él para regular su fecundidad.

La experiencia previa de abortos se expresó como un diferencial entre los grupos comparados. El antecedente de dos o más abortos anteriores fue de 16.3% en el grupo de mujeres cuyo embarazo terminó en aborto, en contraste con un 5.4% en el grupo de mujeres cuyo embarazo terminó en parto. Se comprobó asociación significativa entre las variables. Cuadro 12.

Cuadro 12. Mujeres encuestadas según número de abortos voluntarios anteriores y forma en que terminó su embarazo. Cuba 1995

Abortos voluntarios anteriores	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguno	1048	58.0	1719	70.4	2767	65.1
Uno	464	25.7	590	24.2	1054	24.8
Dos o más	294	16.3	133	5.4	427	10.1
TOTAL	1806	100.0	2442	100.0	4248	100.0

$$\chi^2 = 146.550 \quad G.L = 2 \quad p = 0.0000$$

Se encontró también asociación entre las variables regulación menstrual anterior por sospecha de embarazo y forma en que terminó este embarazo, de tal manera que la experiencia previa de la interrupción de embarazos por uno u otro método, se expresó como factor asociado a su práctica. Cuadro 13.

Cuadro 13. Mujeres encuestadas según número de regulaciones menstruales anteriores por sospecha de embarazo y forma en que terminó su embarazo. Cuba 1995

Regulaciones menstruales anteriores por sospecha de embarazo	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguna	1501	83.1	2244	91.8	3745	88.2
Una	266	14.7	163	6.7	429	10.1
Dos o más	39	2.2	35	1.5	74	1.7
TOTAL	1806	100.0	2442	100.0	4248	100.0

$$X^2 = 78.904 \quad G.L = 2 \quad p = 0.0000$$

Con respecto a la relación de pareja, los porcentajes más elevados de aborto y parto en cada grupo, correspondieron al tipo de unión estable, que incluye el matrimonio o la unión consensual.

Las diferencias más marcadas entre los grupos de comparación se presentaron para el noviazgo, con un porcentaje más elevado de abortos. Diferencias menos importantes se observaron para el matrimonio y la unión consensual con predominio de partos, lo cual se muestra en el cuadro 14.

Cuadro 14. Mujeres encuestadas atendiendo al tipo de relación en que se produjo el embarazo actual y forma en que este terminó. Cuba 1995

Tipo de relación	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Noviazgo	479	26.5	125	5.1	604	14.2
Matrimonio	602	33.3	1168	47.8	1770	41.7
Unión consensual	624	34.6	1089	44.6	1713	40.3
Relación casual	99	5.5	59	2.4	158	3.7
Violación	2	0.1	1	0.1	3	0.1
TOTAL	1806	100.0	2442	100.0	4248	100.0

$$X^2 = 439.793 \quad G.L = 4 \quad p = 0.0000$$

En medio de una relación inestable, por lo general no se desea un embarazo, que de producirse, el riesgo de su no-aceptación e interrupción es alto.

En el cuadro 15 se observan diferencias entre los grupos de comparación a expensas del aborto, para las mujeres en que su pareja era menor de 20 años, resultado coherente con el obtenido para la edad de la mujer y que se corresponde con el hecho de que en Cuba las parejas se conforman, por lo general, con miembros de edades similares.⁽¹⁰⁶⁾

Cuadro 15. Mujeres encuestadas según edad de su pareja y forma en que terminó su embarazo. Cuba 1995

Grupos de edad	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
<20 años	171	11.0	104	4.5	274	7.0
20 - 24	468	30.0	685	29.7	1154	29.9
25 - 29	496	31.8	80	35.1	1305	33.8
30 ó más	424	27.2	708	30.7	1132	29.3
TOTAL	1559	100.0	2306	100.0	3865	100.0

$$\chi^2 = 428.770 \quad G.L = 3 \quad p = 0.0000$$

El deseo o no del embarazo de la mujer y su pareja, se correspondió en general, con el resultado final del mismo. La asociación entre estas variables fue muy significativa. El deseo de la mujer predominó en la decisión final. Cuadros 16 y 17.

Cuadro 16. Mujeres encuestadas según si deseaban o no este embarazo y forma en que terminó. Cuba 1995

Embarazo deseado por la mujer	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	134	7.4	2110	86.4	2244	52.8
No	1672	92.6	332	13.6	2004	47.2
TOTAL	1806	100.0	2442	100.0	4248	100.0

$$\chi^2 = 2595.885 \quad G.L = 1 \quad p = 0.0000$$

Cuadro 17. Mujeres encuestadas según si el hombre deseaba o no este embarazo y forma en que terminó. Cuba 1995

Embarazo deseado por el hombre	ABORTO		PARTO		TOTAL ⁽¹⁾	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	525	35.8	2214	96.5	2739	72.8
No	942	64.2	79	3.5	1021	27.2
TOTAL	1467	100.0	2293	100.0	3760	100.0

$$X^2 = 1667.042 \quad G.L = 1 \quad p = 0.0000$$

(1) Mujeres que refirieron haberle preguntado a su pareja, sobre el deseo de este embarazo.

En Cuba este resultado no resulta inesperado como suele ocurrir en otros países de Centroamérica y algunos de Suramérica, donde en la decisión final de continuar o no el embarazo, la opinión del hombre, tiene por lo general mayor peso que la de la mujer.⁽¹⁰⁷⁾

En el cuadro 18 se presenta el acuerdo o no del deseo del hombre y la mujer sobre este embarazo, según lo referido por la mujer encuestada.

Cuadro 18. Mujeres encuestadas según si el embarazo fue deseado o no por ella y por el hombre. Cuba 1995

Embarazo deseado por el hombre	Embarazo deseado por la mujer				TOTAL ⁽¹⁾	
	Sí		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
SI	2066	54.9	673	17.9	2739	72.8
NO	86	2.3	935	24.9	1021	27.2
TOTAL	2152	57.2	1608	42.8	3760	100.0

$$X^2 = 1361.542 \quad G.L = 1 \quad p = 0.0000$$

(1) Mujeres que refirieron haberle preguntado a su pareja, sobre el deseo de este embarazo.

Se comprobó un elevado porcentaje de concordancia de la pareja, entre el deseo o no de este embarazo (79.8%), con un porcentaje mayor para el embarazo deseado por ambos miembros (54.9%).

Con respecto a este resultado se plantea en una publicación del Fondo de Población de las Naciones Unidas, que si bien es cierto que cuando se entrevistan por separado a los miembros de la pareja, ambos tienden a concordar acerca del tamaño de la familia y el deseo de tener hijos, por otra parte se constata, que raramente hablan de eso entre ellos o de cuestiones de sexualidad, lo cual puede afectar los resultados concretos de intereses comunes.⁽¹⁰⁸⁾

En el cuadro 19 se presentan los motivos del no deseo del embarazo de las mujeres y de los hombres, expuestos por las mujeres encuestadas.

Cuadro 19. Mujeres encuestadas que no deseaban, ella o el hombre, este embarazo según motivo de no deseo. Cuba 1995

Motivo de no deseo de este embarazo	MUJERES*		HOMBRES**	
	No.	%	No.	%
Muy joven	495	24.7	199	19.5
Tiene hijos pequeños	433	21.6	247	24.2
Interrumpe desarrollo personal	330	16.5	145	14.2
Problema de vivienda	328	16.4	226	22.1
Tiene el número de hijos deseados	296	14.8	153	15.0
Inestabilidad de la unión	182	9.1	63	6.2
No le gustan los niños	24	1.2	8	0.8
Otra causa	384	19.2	203	19.9

Nota: *Porcentajes calculados sobre el total de mujeres que refirieron no desear este embarazo.

**Porcentajes calculados sobre el total de mujeres que refirieron que su pareja no deseaba este embarazo.

Los principales motivos del no deseo de este embarazo por la mujer fueron, en orden de frecuencia: su juventud para la maternidad, el tener hijos pequeños que le hace desear posponer un próximo nacimiento, la interrupción de su desarrollo personal, entendiéndose éste, como el tener que detener o ajustar su desarrollo laboral o estudiantil, el problema de la vivienda y el tener ya el número de hijos deseados. Para el caso de los hombres, según lo referido por las mujeres, los motivos principales fueron: el tener hijos pequeños, seguido

por el problema de la vivienda, su juventud para la paternidad, el tener ya el número de hijos deseados y la interrupción de su desarrollo personal.

Las personas muy jóvenes, por lo general no desean tener hijos, aún más si este pudiera interrumpir el desarrollo personal de ellos. El no haber deseado este embarazo, por tener hijos pequeños, podría deberse a que se desee posponer por un tiempo el tener otro hijo. Para estas situaciones resulta necesario brindar suficientes opciones de planificación familiar y profundizar en otros aspectos de naturaleza social y económica.

El 81.8% de las mujeres opinó que se recurre al aborto por abandono (51.5%) o por desconocimiento (30.3%) y un 8.2% refirió que se recurre a él por preferencia del método para regular la fecundidad. Cuadro 20.

Cuadro 20. Mujeres encuestadas según opinión referida del por qué se recurre al aborto voluntario y forma en que terminó este embarazo. Cuba 1995

Opinión referida	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Abandono	941	52.2	1248	51.1	2189	51.5
Desconocimiento	542	30.1	747	30.6	1289	30.3
Prefiere el aborto	132	7.3	215	8.8	347	8.2
Otro	350	19.4	478	19.6	828	19.5

Nota: Porcentajes calculados sobre la base del total de cada grupo.

En las pruebas pilotos, en que la autora personalmente realizó más de 100 encuestas, las mujeres solían argumentar la respuesta relativa a la preferencia del aborto para regular la fecundidad, manifestando que “es un método seguro”, que “no pasa nada”, que “se sale de eso rápido” y “que los métodos anticonceptivos le provocan molestias y no le resultan efectivos ni gratos”. Este resultado expresa una baja percepción del riesgo acerca del procedimiento y una deficiente orientación y educación sobre las opciones para planificar la reproducción.

El 93.8% de las mujeres, consideró que el aborto sí puede acarrear complicaciones, refiriendo conocer fundamentalmente, las más graves. Cuadros 21 y 22.

Cuadro 21. Mujeres encuestadas según consideran que el aborto voluntario puede o no acarrear complicaciones y forma en que terminó su embarazo. Cuba 1995

Aborto puede acarrear complicaciones	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	1692	93.7	2292	93.9	3984	93.8
No	5	0.3	50	2.0	55	1.3
No sabe	109	6.0	100	4.1	209	4.9
TOTAL	1806	100.0	2442	100.0	4248	100.0

$$\chi^2 = 33.089$$

$$G.L = 2$$

$$p = 0.0919$$

Cuadro 22. Mujeres encuestadas según complicaciones referidas de la práctica del aborto voluntario y forma en que terminó su embarazo. Cuba 1995

Complicación referida	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Perforación	848	47.0	1182	48.4	2030	47.8
Esterilidad	717	39.7	1188	48.6	19.5	44.8
Hemorragia	582	32.2	815	33.4	1397	32.9
Infección	526	29.1	760	42.1	1286	30.3
Muerte	35	19.9	641	26.2	1000	23.5
Reacción Anestésica	333	18.4	213	8.7	546	12.9
Otras	69	3.8	134	5.5	203	4.8

Nota: Porcentajes calculados sobre la base del total de cada grupo.

El alto porcentaje de mujeres que reconoce los riesgos del aborto, las complicaciones referidas y su elevada práctica, deviene en un resultado contradictorio.

Se manifiesta una cultura adecuada sobre los riesgos del aborto, incluso se refieren las complicaciones más graves, pero las mujeres recurren a su práctica e incluso en muchos casos de manera reiterativa. No parece haber una adecuada percepción del riesgo, quizás por la baja frecuencia y mucha más baja información, de lo que como ocurre poco, menos se difunde por las diferentes vías, tales como medios de difusión, familiares, amistades, pareja o personal de la salud, por citar los más relevantes.

A partir de los sistemas estadísticos de salud existentes, no se obtiene información sobre secuelas de interrupción de embarazos, ello se trata generalmente en el nivel ambulatorio y rara vez motiva hospitalización, nivel para el que sí se obtienen indicadores sobre morbilidad. Estudios particulares

sobre ello se hacen con poca frecuencia. De tal manera, directivos, población y personal de la salud, entre ellos, médicos y enfermeras de la familia y estadísticos, desconocen con exactitud la frecuencia y el tipo de las consecuencias no fatales de este proceder en la población sistemáticamente.

La desinformación contribuye a una percepción inadecuada del riesgo por todos, prestadores de servicios y mujeres, de lo que se deriva el considerar opciones en el proceso de gestión de la información, que pudieran ser, por ejemplo, la aplicación de encuestas periódicas o la implementación de un sistema de información estadístico continuo sobre una base muestral.

Del total de mujeres encuestadas, el 29.3% refirió estar usando algún método anticonceptivo en esta ocasión que quedó embarazada. El 40.2% de las que abortaron, así lo refirió, para una asociación significativa entre las variables estar usando o no un MAC y la forma en que terminó este embarazo. Cuadro 23.

Cuadro 23. Mujeres encuestadas según usaban o no algún MAC al quedar embarazadas y forma en que terminó su embarazo. Cuba 1995

Uso de MAC	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	726	40.2	518	21.2	1244	29.3
No	1080	59.8	1942	78.8	3004	70.7
Total	1806	100.0	2442	100.0	4248	100.0

$$\chi^2 = 183.811 \quad G.L = 1 \quad p = 0.0000$$

Los factores de riesgo de que este embarazo terminara en aborto, identificados a partir del análisis multivariado de los datos, se relacionan a continuación: Abortos anteriores, relación de pareja inestable, estar usando un método anticonceptivo, ser estudiante o ser trabajadora y ser cada vez más joven.

Ellos se corresponden con los resultados encontrados en una investigación realizada en los municipios de Habana Vieja y Centro Habana, que abarcó 5 413 mujeres y en el que los factores de riesgo identificados fueron, haber tenido 3 abortos previos, el ser adolescente y la relación inestable de la pareja. El factor vivienda y el continuar fumando estando embarazada, también fueron identificados como factores de riesgo.⁽¹⁰⁹⁾

La experiencia previa de abortos, identificado en esta investigación como un factor de riesgo, corrobora el conocimiento de que con frecuencia las mujeres se hacen usuarias del aborto como método de regulación de su fecundidad. Ello expresa fallas en la educación sexual, reproductiva y en las acciones de planificación familiar. La práctica tradicional del aborto en Cuba, su transmisión y aprendizaje generacional, incide también en su uso reiterado.

Por otra parte, tal como se mencionó anteriormente, un 8,2% de las mujeres opinaron que se recurre al aborto por preferencia. O sea hay un grupo de mujeres que quizás ante los servicios seguros que se prestan para interrumpir un embarazo, a los que se accede sin dificultad, discriminación ni costo alguno y donde la muerte o complicaciones graves raramente ocurren, hacen uso reiterado del método, del que se valen explícitamente para regular su reproducción.

En Chile, donde el aborto es penalizado y sancionado fuertemente por muchos sectores de la población, desde el punto de vista moral, legal y religioso, donde además existe una amplia y diversa oferta de anticonceptivos, pudo comprobarse en un estudio realizado en tres comunidades de la capital, que las mujeres, una vez que recurren por primera vez al aborto, tienden a repetir el proceso y se hacen usuarias del método.⁽¹¹⁰⁾

La unión inestable de la pareja fue otro de los factores de riesgo importante para el embarazo no deseado y el aborto, este riesgo está presente sobre todo en las edades más jóvenes para las que es necesario garantizar una suficiente preparación en sexualidad y anticoncepción desde edades tempranas que propicie actitudes y conductas más adecuadas y el uso oportuno y correcto de métodos anticonceptivos para prevenir, entre otros, un embarazo no deseado. Ello podría contribuir además, a evitar el fallo de los métodos anticonceptivos que ocurren frecuentemente por su mal uso, abandono o discontinuidad y que a su vez los desacreditan.

El estar usando un método anticonceptivo y quedar embarazada resultó uno de los riesgos importantes para que este embarazo terminara en aborto, en esta investigación.

El riesgo que para el aborto otorga el fallo de un método anticonceptivo es coherente con el hecho de suponer, que una mujer que use un anticonceptivo y quede embarazada, probablemente decida no continuar con este embarazo, ya que no estaba en su proyecto de vida inmediato.

En este estudio, el fallo de un anticonceptivo incluyó el fallo en el funcionamiento del método propiamente dicho, la discontinuidad y el abandono transitorio.

Las causas de abandono de un método anticonceptivo, transitoria o definitivamente son variadas, sin considerar el motivo de desear embarazarse y tener un hijo. Las causas pueden ser molestias causadas por el método, rechazo por la pareja, efectos secundarios, aunque se plantea que aún se necesitan explicaciones más completas del por qué las mujeres abandonan la anticoncepción.⁽¹¹¹⁾⁽¹¹²⁾

Otro de los riesgos, para que este embarazo terminara en aborto, fue la condición de estudiante de la mujer. En la mayoría de estos casos, la maternidad no está en los proyectos de vida inmediatos, por lo que el riesgo del embarazo no deseado, no aceptado e interrumpido es alto.

Algo similar sucede con las adolescentes y jóvenes, en las que en muchas ocasiones está presente además, la condición de estudiante y en otras quizás menos jóvenes, la condición de trabajadora en sus inicios o ambas condiciones simultáneamente. En tales etapas el tener un hijo probablemente entorpecería el desempeño de estas actividades. Podría valorarse además, las posturas de las familias en estos casos, las que en no pocas ocasiones promueven interrumpir el embarazo con el fin de no obstaculizar el desarrollo de los hijos, entre otros.

En medio de las actividades diarias, donde el estudio, el trabajo o ambos pueden estar presentes, las demandas que cada actividad exige a las personas de cada sexo son en general más complejas para las mujeres. Aunque en Cuba la legislación vigente conlleva la equidad de género, el desempeño de las acciones cotidianas continúa en general, siendo más difícil para las mujeres.⁽¹¹³⁾

3.2 Regulación menstrual e interrupción de embarazo.

Se presentan los resultados obtenidos del estudio sobre regulaciones menstruales. La presentación tabular de ellos, se organiza en cuadros numerados que van del cuadro 24 al 32.

Como se mencionó en el método, el estudio fue realizado en tres hospitales ginecobstétricos del país. La distribución por hospitales de las mujeres encuestadas se presenta en el cuadro 24.

Cuadro 24. Mujeres encuestadas según hospitales. Cuba 1996

Hospital	MUJERES	% INTEGRIDAD*
Mariana Grajales	300	100.0
Ramón González Coro	299	99.7
Eusebio Hernández	293	97.7
TOTAL	892	99.1

* % de integridad calculado con respecto a la muestra planificada (900; 300 cada hospital)

Del total de las mujeres, el 92.7% se realizaron una regulación menstrual indicada por el médico por sospecha de un embarazo no deseado y que la mujer deseaba interrumpir. Cuadro 25.

Cuadro 25. Mujeres encuestadas según indicación de la regulación menstrual. Cuba 1996

Indicación de la Reg. Menstrual	No.	%
Sospecha de embarazo	827	92.7
Otra indicación	65	7.3
Total	892	100.0

En el cuadro 26 se presenta la distribución de mujeres según grupos de edad.

Cuadro 26. Mujeres encuestadas según grupos de edad. Cuba 1996

Grupos de edad	NÚMERO	%
< de 18 años	75	8.4
18 - 19	92	10.3
Sub-total < de 20 años	167	18.7
20 - 24	269	30.2
25 - 29	221	24.8
Sub-total 20 - 29	490	55.0
30 años o más	235	26.3

TOTAL	892	100.0
-------	-----	-------

Los mayores porcentajes se presentan para las mujeres de entre 20 y 29 años de edad, lo que se corresponde con las características de la fecundidad en Cuba.

Se observó también elevada frecuencia de regulaciones menstruales en edades adolescentes. En el grupo de 12 a 19 años se acumuló el 18.7% del total de los casos y en el grupo de 18 a 19, el 10.3%, que muestra poca diferencia con el porcentaje del grupo de las más jóvenes que las precede. La corta edad es un atributo que se corresponde de manera constante con el embarazo no deseado, no aceptado y por ende interrumpido.

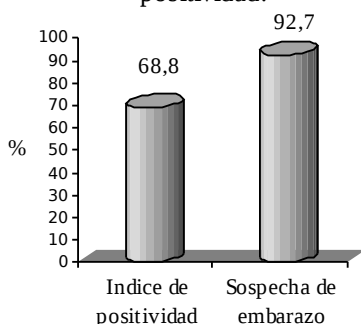
El 26.3% del total de las mujeres tenía 30 años o más de edad, lo cual resultó una frecuencia elevada para estas edades, en que lo esperado podría ser una experiencia sexual y reproductiva cualitativamente superior para regular la fecundidad, a expensas fundamentalmente del uso de métodos anticonceptivos.

Según examen por anatomía patológica del endometrio aspirado, resultaron embarazos confirmados 614 casos para un 68.8% de positividad. Los porcentajes de positividad a embarazo por hospitales se relacionan en el cuadro 27.

Cuadro 27. Mujeres en las que se confirmó embarazo por hospitales. Cuba 1996

HOSPITAL	Reg. Menstruales realizadas	Reg. Menstruales positivas a embarazo	% de positividad a embarazo
Mariana Grajales	300	216	72.0
Ramón González Coro	299	200	66.9
Eusebio Hernández	293	198	67.6
TOTAL	892	614	68.8

Gráfico 5. Regulaciones menstruales por sospecha de embarazo e índice de positividad.



Fuente: Cuadro 25 y 27

El porcentaje de positividad de embarazo resultó discretamente superior a la cifra de referencia anterior.⁽¹¹⁴⁾⁽¹¹⁵⁾ Como se mostró en

el cuadro 25, el 92.7% de las mujeres tuvieron como motivo de indicación de la regulación menstrual, la interrupción de un posible embarazo no deseado, cifra superior a la de confirmación diagnóstica de embarazo, que expresa la magnitud de la intención explícita de la interrupción y un exceso de la indicación médica del procedimiento en el universo estudiado. Gráfico 5.

De tal manera, un 92.7% del total de las mujeres se realizaron una regulación menstrual por indicación médica basada en un supuesto embarazo que la mujer deseaba interrumpir, mientras que la confirmación diagnóstica del embarazo resultó de un 68.8%. Esta diferencia permite considerar la importancia de lograr una más precisa indicación de la regulación menstrual por esta causa, disminuyendo así, el número de mujeres que se exponen a los riesgos que el método conlleva.

Suele suceder que la mujer acude a los servicios de aborto y regulación menstrual ante una amenorrea inusual, que le hace sospechar un embarazo. El médico, ante esta situación, indica por lo general el procedimiento para regular la menstruación, con la dificultad para hacer un diagnóstico preciso de embarazo dado el corto tiempo de posible gestación, donde el examen médico habitual, apenas aporta. De ello resulta que en la cuarta parte de los casos, según esta investigación, la regulación menstrual se realizó innecesariamente.

Así, la mujer se somete con frecuencia a un proceder agresivo y riesgoso sin un motivo comprobado, ante la dificultad de disponer de un diagnóstico definitivo o más certero.

El encontrar un porcentaje más elevado de positividad a embarazo, tras el examen histológico del endometrio aspirado, reflejaría mayor calidad en el servicio con beneficio para la salud de las mujeres y requeriría, entre otras, de disponer de medios diagnósticos accesibles y de suficiente cobertura, que permitan al médico e incluso a la propia mujer, conocer realmente si está o no embarazada, antes de someterse al procedimiento.

Si bien la regulación menstrual es menos agresiva y conlleva menos riesgos que el aborto, no está exenta de ellos, por tal razón, complicaciones o secuelas de una regulación menstrual, suceden en no pocas ocasiones.

En Cuba no se cuantifican sistemáticamente los eventos adversos de la regulación menstrual ni del aborto, que transcurren mayoritariamente en el nivel ambulatorio, lo que representa una importante área carente de información, para lo cual, como se ha mencionado, sería beneficioso disponer de un sistema de información estadístico continuo o periódico que permitiera su conocimiento.

Aunque la morbilidad hospitalaria sí se capta y tabula por un sistema propio, poco se conoce sobre secuelas del procedimiento por esta vía, por las razones mencionadas.

Algunos países desarrollados, como por ejemplo Canadá, captan este tipo de información en función de la vigilancia, la administración de los servicios y el análisis de calidad de los mismos. Entre las complicaciones que reportan, la mayoría no son graves, pero sí capaces de comprometer la salud reproductiva de las mujeres.⁽¹¹⁶⁾

Del total de las mujeres encuestadas, 565 (63.3%) no estaban usando ningún método anticonceptivo. Cuadro 28.

Cuadro 28. Mujeres encuestadas según embarazo confirmado por anatomía patológica y si estaban usando o no algún método anticonceptivo. Cuba 1996

Uso de MAC	EMBARAZO CONFIRMADO POR ANATOMÍA PATOLÓGICA				TOTAL	
	Sí		No		No.	%
	No.	%	No.	%		
Sí	188	30.6	139	50.0	327	36.7
No	426	69.4	139	50.0	565	63.3
Total	614	100.0	278	100.0	892	100.0

$$X^2 = 30.127 \quad G.L = 1 \quad p = 0.0000$$

De las 614 mujeres en las que se confirmó embarazo, 426 (69.4%) no estaban usando ningún método anticonceptivo, el resto de las mujeres (188; 30.6%), también embarazadas, sí usaban algún método anticonceptivo, lo que

expresa fallo en el uso del método. En las mujeres en que no se confirmó embarazo, el uso o no de un anticonceptivo no mostró diferencias.

En el estudio nacional de aborto antes descrito, independientemente de las diferencias en las metodologías utilizadas, se encontró que el 29.3% de las mujeres que refirieron estar usando un método anticonceptivo, quedaron embarazadas. Cuadro 23.

Los métodos anticonceptivos referidos como más usados por las mujeres que se realizaron una regulación menstrual en este estudio, fueron en orden de frecuencia, el DIU, la píldora y el condón. Cuadro 29.

Cuadro 29. Mujeres encuestadas según método anticonceptivo que usaba y confirmación o no del embarazo. Cuba 1996

Tipo de método anticonceptivo usado	CONFIRMACIÓN DE EMBARAZO				TOTAL	
	Sí		No		No.	%
	No.	%	No.	%		
DIU	87	46.3	74	53.8	161	49.2
Píldora	38	20.2	40	28.8	78	23.9
Condón	47	25.0	20	14.4	67	20.5
Diafragma	7	3.7	0	0.0	7	2.1
Otro	9	4.8	5	3.6	14	4.3
TOTAL	188	100.0	13	100.0	327	100.0

Para el DIU y la píldora, los porcentajes de no confirmación diagnóstica de embarazo, fueron los más elevados. El porcentaje de confirmación diagnóstica en las mujeres que refirieron estar usando el condón, fue casi dos veces mayor que el porcentaje del grupo de no confirmación. Para la totalidad del pequeño grupo de mujeres que usaban diafragma, el embarazo fue confirmado.

La mayor falla del condón, según los resultados de esta investigación, pudiera explicarse por la no óptima calidad de los condones disponibles en el mercado cubano en estos años y la insuficiente calidad del conocimiento en el manejo del método. No se excluye el efecto que pudiera derivarse de aspectos tales como la memoria y voluntad de la encuestada para responder las preguntas, entre otras.

De tal manera, los métodos anticonceptivos referidos con más frecuencia por las mujeres estudiadas, coinciden con los reportados en otros estudios.⁽¹¹⁷⁾
(118)

Se observó similar comportamiento en cuanto al tipo de anticonceptivo utilizado según grupos de edad, a excepción del grupo de las adolescentes, en las que el uso del condón ocupó el segundo lugar desplazando a las píldoras al tercero. Cuadro 30.

Cuadro 30. Distribución de mujeres encuestadas que usaban anticonceptivos según tipo y grupos de edad. Cuba 1996

MAC usado	GRUPOS DE EDAD						TOTAL	
	< 20 años		20 - 29		30 y más años			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
DIU	32	51.6	92	49.5	37	46.8	161	49.2
Píldora	12	19.4	47	25.3	19	24.0	78	23.9
Condón	17	27.4	35	18.8	15	19.0	67	20.5
Diafragma	-	-	3	1.6	4	5.1	7	2.1
Otro	1	1.6	9	4.8	4	5.1	14	4.3
TOTAL	62	100.0	186	100.0	79	100.0	327	100.0

En el cuadro 31 se aprecia, que para todos los grupos de edad, el porcentaje de mujeres que no usaban anticonceptivos, fue superior.

Cuadro 31. Mujeres encuestadas según grupos de edad y si estaban usando o no anticonceptivos. Cuba 1996

Grupos de edad	USO DE MAC				TOTAL	
	Sí		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
< de 20 años	62	37.1	105	62.9	167	100.0
20 - 29	186	38.0	304	62.0	490	100.0
30 y más	79	33.6	156	66.4	235	100.0
TOTAL	327	36.7	565	63.3	892	100.0

$$X^2 = 1.309 \quad G.L = 2 \quad p = 0.5234$$

Se exploraron los motivos de no uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres. El motivo más referido fue: “el anticonceptivo me ocasiona problemas de salud”, seguido del motivo “se me olvida usarlo” lo cual es una razón importante para el fracaso del uso en ciertos casos y que se vincula con su discontinuidad. Los otros motivos referidos en orden de frecuencia fueron, la dificultad para obtener el método anticonceptivo, el opinar que el método no le resulta efectivo y finalmente, el temor a usarlos. Cuadro 32.

Cuadro 32. Mujeres encuestadas que no estaban usando anticonceptivos según motivo y confirmación o no del embarazo. Cuba 1996

Motivo de no uso de un método anticonceptivo	CONFIRMACIÓN DE EMBARAZO				TOTAL	
	Sí		No		No.	%
	No.	%	No.	%		
Problemas de salud	166	39.0	45	32.4	211	37.3
Se le olvida usarlo	57	13.3	26	18.7	83	14.7
Difícil de obtener	55	12.9	26	18.7	81	14.3
No le es efectivo	46	10.8	12	8.6	58	10.3
Le tiene temor	30	7.0	10	7.2	40	7.1
Otros	72	17.0	20	14.4	92	16.3
TOTAL	426	100.0	139	100.0	565	100.0

Estos resultados expresan situaciones tales como insuficiente educación en anticoncepción y las dificultades económicas ya mencionadas por las que atraviesa el país, que inciden en la disponibilidad de una oferta de anticonceptivos suficiente en cantidad, variedad y calidad.

No obstante las limitaciones del mercado, ello no justifica totalmente la falta de protección ante el embarazo constatado en el estudio e indica la necesidad de continuar trabajando en el perfeccionamiento de las acciones encaminadas a elevar la cultura en materia de salud sexual y reproductiva en la población.

Es importante educar e instruir más en estos temas, al equipo de salud comunitario, que dado el modelo cubano de atención a este nivel se convierte en un instrumento de educación relevante. El permanente perfeccionamiento del proceso de organización de los servicios de consejería y planificación familiar y su acercamiento a la comunidad, resulta necesario si se desea contar

con servicios de garantía, aun no exista la cantidad, diversidad y calidad necesaria de los métodos anticonceptivos más modernos.

El 48.5% de las mujeres encuestadas eran trabajadoras, el 26.3% amas de casa y un 25.2% estudiantes. Con relación a su historia obstétrica, el 51.1% del total de las mujeres eran nulíparas, es decir la mitad del grupo estudiado y el 31% eran primigestas. Por otra parte, el 41% del total de las mujeres, tenían antecedentes de haberse sometido al menos a un aborto, y el 46% tenía antecedentes de regulaciones menstruales anteriores por sospecha de embarazo, lo que indica un número importante de mujeres que reinciden en la práctica de la interrupción de un embarazo por uno u otro método, como forma de regular su fecundidad.⁽¹¹⁹⁾

La regulación menstrual, como procedimiento para interrumpir un embarazo, es un método más inocuo que el aborto, como ya se ha mencionado, pero de ninguna manera está exenta de riesgos y complicaciones para la mujer que se la realiza, por lo que representa, al igual que el aborto, un método no deseado para la mejor y más saludable forma de regular la fecundidad.

En el elevado uso de la regulación menstrual, puede estar incidiendo también, la seguridad que ofrecen los servicios de abortos y regulaciones menstruales en el país, lo que contribuye a una baja percepción del riesgo acerca del procedimiento por las mujeres e incluso por los proveedores del servicio. La facilidad de la indicación médica de una regulación menstrual para interrumpir un posible embarazo no deseado por la mujer, la no necesidad ni apenas posibilidad de confirmar diagnóstico y la amplia infraestructura y calidad del servicio, resultan características que pueden contribuir a su elevada práctica.

3.3. Práctica anticoncepcional. Conocimiento y uso en las mujeres cubanas.

En esta sección se presentan y analizan los resultados obtenidos de la sección 3 de la encuesta aplicada en el estudio nacional (casos y controles)

sobre características socioculturales del aborto en Cuba referido anteriormente en el punto 3.1.

Se utilizan además, los resultados obtenidos en el año 2000, a partir de la aplicación del cuestionario sobre anticoncepción de la encuesta por conglomerados de indicadores múltiples (MICS; por sus siglas en inglés), utilizada en el estudio nacional de evaluación de la marcha de las metas de la Cumbre a Favor de la Infancia. Anexos II y VI.

La representación tabular de los resultados, de esta sección, se organiza en cuadros numerados que van del cuadro 33 al 39, así como en los anexos que se especifican.

La referencia nominal de métodos anticonceptivos, dada por las mujeres, fue elevada, sin diferencias importantes entre los grupos de comparación. Cuadro 33.

Cuadro 33. Mujeres encuestadas según número de métodos anticonceptivos referidos como conocidos y forma en que terminó su embarazo. Cuba 1995

Número de métodos conocidos	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
0	58	3.2	58	2.4	116	2.7
1	88	4.9	117	4.8	205	4.8
2	168	9.3	281	11.5	449	10.6
3	268	14.8	396	16.2	664	15.6
4	322	17.8	380	15.6	702	16.6
5 y más	902	50.0	1210	49.5	2112	49.7
Total	1806	100.0	2442	100.0	4248	100.0

Fuente: Estudio nacional sobre características socioculturales del aborto en Cuba. 1995

Los métodos más conocidos fueron los dispositivos intrauterinos, la píldora y el condón. Los menos conocidos fueron los métodos químicos y la vasectomía o esterilización masculina. Cuadro 34.

Cuadro 34. Mujeres encuestadas según métodos anticonceptivos conocidos y forma en que terminó su embarazo. Cuba 1995

Métodos conocidos	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
DIU	1722	98.5	2353	98.7	4075	98.6
Píldora	1623	92.8	2185	91.6	3808	92.2
Condón	1480	84.7	1968	82.6	3448	83.4
Esterilización femenina	1020	58.4	1441	60.4	2461	59.6
Diafragma	690	39.5	950	39.8	1640	39.7
Lavado vaginal	509	29.1	693	29.1	1202	29.1
Retiro	509	29.1	635	26.6	1144	27.7
Ritmo	433	24.8	597	25.0	1030	24.9
Esterilización masculina	342	19.7	591	24.8	933	22.6
Métodos químicos	272	15.6	400	16.8	672	16.3

Nota: Porcentajes calculados en base al total de mujeres de cada grupo, que refirieron conocer MAC.

Fuente: Estudio nacional sobre características socioculturales del aborto en Cuba. 1995

El elevado número de métodos anticonceptivos, dados como conocidos por las mujeres, se ha comprobado por diferentes estudios para las últimas dos décadas, por otra parte la frecuencia de los métodos mencionados como conocidos, apenas ha variado.⁽¹²⁰⁾⁽¹²¹⁾

Los anticonceptivos conocidos por las mujeres, fueron los que con más frecuencia han estado disponibles en nuestro medio.

El 81.6% de las mujeres refirieron haber usado algún MAC en algún momento de su vida sexual, sin diferencias entre los grupos de comparación. Cuadro 35.

Cuadro 35. Mujeres encuestadas que conocían MAC, según si los habían usado en alguna ocasión y forma en que terminó su embarazo. Cuba 1995

Han usado anticonceptivos	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	1442	82.5	1931	81.0	3373	81.6
No	306	17.5	453	19.0	759	18.4
TOTAL	1748	100.0	2384	100.0	4132	100.0

Fuente: Estudio nacional sobre características socioculturales del aborto en Cuba. 1995

$X^2 = 1.407$ G.L = 1 $p = 0.2414$

Los métodos anticonceptivos, referidos como más usados por las mujeres encuestadas, fueron los dispositivos intrauterinos y las píldoras, seguidos por el condón. Cuadro 36.

Cuadro 36. Mujeres encuestadas según métodos anticonceptivos usados alguna vez y forma en que terminó su embarazo. Cuba 1995

Métodos usados	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
DIU	1134	78.6	1481	76.7	2615	77.5
Píldora	610	42.3	853	44.2	1463	43.4
Condón	198	13.7	191	9.9	389	11.5
Ritmo	53	3.7	53	3.0	106	3.1
Retiro	43	3.0	31	1.6	74	2.2
Diafragma	16	1.1	15	0.8	31	0.9
Esterilización femenina	0	0.0	12	0.6	12	0.4
Lavado vaginal	5	0.4	7	0.4	12	0.4
Métodos químicos	3	0.2	7	0.4	10	0.3
Esterilización masculina	1	0.1	0	0.0	1	0.0

Fuente: Estudio nacional sobre características socioculturales del aborto en Cuba. 1995

Nota: Porcentajes calculados sobre la base del total de cada grupo de mujeres que refirieron haber usado un MAC al menos en una ocasión.

A escala mundial, el DIU es el anticonceptivo reversible de uso más generalizado, planteándose que más de 100 millones de mujeres lo usan. Se corrobora un elevado uso del DIU para estos años en nuestro medio, lo cual se mantiene en la actualidad.⁽¹²²⁾

El uso del DIU, varía entre regiones y países, siendo más utilizado en los países en desarrollo. Entre las mujeres norteamericanas, su uso es mucho más bajo, superándolo la píldora, el condón, las inyecciones, los implantes hormonales y el diafragma.⁽¹²³⁾

El condón, aunque fue dado como conocido por el 83.4% de las mujeres, sólo refirieron haberlo usado el 11.5% de ellas. No obstante las campañas educativas y otras acciones a favor del uso del condón, parece que este método no posee la aceptación necesaria para prevenir embarazos no deseados y representa un riesgo para la salud reproductiva de la población a partir de relaciones sexuales no protegidas.

Métodos como el ritmo, el retiro o coito interrumpido, el diafragma, el lavado vaginal y los métodos químicos, fueron poco referidos.

Los porcentajes de uso y la estructura de métodos anticonceptivos observados, resultaron algo más elevados con relación a las mediciones de la década de los años 80.⁽¹²⁴⁾⁽¹²⁵⁾

Fueron diversas las fuentes de información sobre métodos anticonceptivos referidas por las mujeres. Entre las cuatro primeras ocupó el primer lugar, los medios de difusión masiva, seguidos por la familia, médicos y enfermeras de la familia y profesores de centros escolares. Cuadro 37.

Cuadro 37. Mujeres encuestadas según procedencia de la información sobre métodos anticonceptivos y forma en que terminó su embarazo. Cuba 1995

Procedencia de la información	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Medios de difusión	1548	88.6	2047	85.9	3595	87.0
Familia	1109	63.4	1511	63.4	2620	63.4
Médico y enfermera de la familia	1031	59.0	1437	60.3	2468	59.7
Profesores del centro de estudio	1000	57.2	1350	56.6	2350	56.9
Pareja	830	47.5	1128	47.3	1958	47.4
Otro personal de la salud	758	43.4	917	38.5	1675	40.5
Otra persona	287	16.4	387	16.2	674	16.3

Fuente: Estudio nacional sobre características socioculturales del aborto en Cuba. 1995

Nota: Porcentajes calculados sobre la base del total de cada grupo de mujeres que refirió conocer al menos un MAC.

Estos resultados difieren con respecto a los obtenidos en otros estudios realizados en la década de los años 80, en que la píldora resultó ser más conocida a través de amigas y los DIU por la vía de los médicos y de las enfermeras directamente.⁽¹²⁶⁾⁽¹²⁷⁾

A partir de esta investigación podría inferirse un papel más activo de los medios de difusión en los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, lo que supone un proceso de comunicación persuasiva favorable y de mayor alcance.

La familia se sitúa como segundo proveedor de información sobre prácticas anticoncepcionales, lo que resulta de interés e indica una comunicación más adecuada en el seno de las relaciones intrafamiliares sobre los métodos de regulación de la fecundidad.

La relevante posición de la familia, como trasmisora de información en estos temas, puede estar dado por múltiples razones, entre ellas, la posible consecuencia beneficiosa de la actuación del médico y la enfermera de la familia en sus acciones dirigidas a mejorar el funcionamiento familiar en aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción humana, resultado esperado, dado los 20 años transcurridos desde la implementación de este modelo de atención en la comunidad, donde prevalece el paradigma de atención bio-sico-social. Este resultado sitúa a la familia, como importante audiencia a considerar y priorizar en el trabajo de información, educación y comunicación.

Los médicos y enfermeras de la familia, ocuparon el tercer lugar entre las fuentes referidas por las mujeres encuestadas. Se corrobora la responsabilidad no sólo profesional, sino también social, asignada por la población a médicos y enfermeras de la familia como consejeros en estos temas, por lo que resulta necesario su actualización y adiestramiento sistemático en acciones de educación dirigida a diferentes audiencias de la comunidad.

Los profesores de los centros escolares constituyeron la cuarta fuente de información mencionada por las mujeres. Ellos, en no pocas ocasiones, establecen una estrecha comunicación con los alumnos por prolongados períodos de tiempo, oportunidad que puede ser aprovechada para educar correctamente en materia de sexualidad humana y reproducción, por lo que su capacitación sistemática resulta necesaria.

Al indagar sobre la información que recibieron las mujeres en las consultas médicas previas a este aborto o a este parto, sobre cómo evitar un embarazo no deseado, se encontró que el 51% del total de ellas refirió no haber recibido ningún tipo de información. Cuadro 38.

Cuadro 38. Mujeres encuestadas según recibieron o no, información sobre como evitar un embarazo no deseado en las consultas previas al aborto o al parto.

Recibieron información	No.	%
Sí	2082	49.0
No	2166	51.0
Total	4248	100.0

Fuente: Estudio nacional sobre características socioculturales del aborto. Cuba. 1995

Este porcentaje resulta elevado y refleja un espacio para la información y educación que no se está utilizando a plenitud, ya que una mujer cubana recibe en promedio más de 12 controles prenatales y un mínimo de dos contactos médicos previos al aborto.

Con relación a los motivos referidos de selección del MAC que la mujer usaba en esta ocasión en que quedó embarazada, se encontraron los siguientes: indicación médica (32.2%), disponibilidad (26.8%), preferencia (16.5%) y el hecho de que este método no le hacía daño (15.5%). Cuadro 39.

Cuadro 39. Mujeres encuestadas atendiendo al motivo de selección del método anticonceptivo que usaba en esta ocasión y forma en que terminó su embarazo. Cuba 1995

Motivo de selección	ABORTO		PARTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Indicación médica	237	32.6	163	31.5	400	32.2
Disponibilidad	204	28.1	130	25.1	334	26.8
Preferencia	112	15.4	93	18.0	205	16.5
No le hace daño	113	15.6	80	15.4	193	15.5
Método que conoce	29	4.0	27	5.2	56	4.5
Otros	31	4.3	25	4.8	56	4.5
TOTAL	726	100.0	518	100.0	1244	100.0

En la preferencia y aceptación de un método anticonceptivo, intervienen factores propios de los métodos y otros propios de la mujer o la pareja, aunque "... poco se sabe sobre la participación de los hombres en la toma de estas decisiones...", ejemplo son las afecciones ginecológicas que pueden interferir con la buena aceptación del anticonceptivo o el rechazo por la manipulación que su uso implica o por fallos previos que lo desacreditan, por citar algunos ejemplos.⁽¹²⁸⁾

La aún baja frecuencia encontrada, acerca de la preferencia del anticonceptivo que usa la mujer, puede conspirar a favor de la desmotivación, abandono y fallo del método.

Como se presentó en el cuadro 33, la referencia nominal de métodos anticonceptivos fue alta, no así la calidad del conocimiento sobre la mayoría de ellos.

Con relación a los DIU, método referido como más conocido en la población estudiada, el 81.6% de las respuestas dadas sobre el lugar anatómico de su colocación fueron correctas, así como, el 90.8% de las respuestas relativas a su funcionamiento.

Con respecto a la píldora, el 49.4% de las respuestas obtenidas sobre el número de días en que se suspende la píldora entre un ciclo y otro fueron correctas. Sin embargo, el 72.2 % de las respuestas a la pregunta sobre si continuar o no tomando la píldora ante un sangramiento intermenstrual, fueron incorrectas (incluye respuestas desconocidas). Debe considerarse que el acceso a este método es, en muchas ocasiones, por auto indicación, donde además de faltar las orientaciones que garanticen su buen uso y efectividad, pueden no ser consideradas contraindicaciones por problemas de salud que tenga la mujer.

En lo referente al preservativo o condón, conocido y poco usado, el error o desconocimiento más frecuente se refería a aspectos de su uso y manipulación. El porcentaje de respuestas incorrectas fue del 83.1%. Esto orienta a la necesidad de continuar buscando espacios y maneras más adecuadas, que permitan desarrollar campañas educativas diferenciadas y redimensionadas acorde a las necesidades de cada momento, a fin de elevar la cultura en el uso de este método que no sólo protege de un embarazo no deseado, sino también de las infecciones de transmisión sexual, especialmente del SIDA, una de las más graves e incluso fatal en nuestros días. Todas ellas acarrear con frecuencia consecuencias para la salud reproductiva de la población.

Con respecto al Diafragma, a pesar de su baja utilización, las respuestas dadas como correctas superaron el 78%. Este método no ha sido priorizado en

la estructura básica anticoncepcional del país y su uso ha sido prácticamente abandonado por la población. Los aspectos de índole económica, como el acceso y costo en el mercado internacional y el hecho de que además debe usarse asociado a un gel espermicida para su mayor efectividad, han incidido en el desuso y poca indicación del método. La disponibilidad, incluso para la poca demanda actual, se dificulta y propicia el abandono del método.

Este anticonceptivo requiere además, de una población usuaria definida, capaz de asimilar el entrenamiento que conlleva su uso eficaz. El personal de la salud que lo prescribe, debe estar entrenado para capacitar correctamente a la mujer o a la pareja y disponer de los instrumentos necesarios para realizar las mediciones pélvicas previas a su indicación final. El diafragma es un anticonceptivo inocuo, lo que podría justificar se consideraran medidas para elevar su uso en la población.

Para la ligadura femenina, el 51% de las respuestas dadas por las mujeres fueron correctas.

Con relación a la vasectomía, el porcentaje de respuestas incorrectas, sobre el grado de complejidad o riesgo de este proceder, fue del 68.9%. Con respecto al conocimiento del uso de este método en relación con el placer sexual, el 46.1% de las respuestas fueron incorrectas y un 44.8% con relación a la eyaculación de un hombre vasectomizado. Todo lo anterior expresa la casi ausente promoción, educación y aceptación de este método en la población cubana.

El 52% de las respuestas relativas al método del ritmo fueron correctas, así como el 64.2% de las respuestas dadas acerca del coito interrumpido o retiro.

De acuerdo a los resultados de la evaluación del conocimiento sobre los métodos anticonceptivos antes descritos, puede resumirse al respecto, que se encontró un conocimiento adecuado para el DIU, método más referido como conocido y usado por las mujeres. No sucedió así para la píldora, el condón y la ligadura femenina, bastante conocidos y usados, en los que sin embargo, fueron identificadas fallas del conocimiento con relación a su uso. Para el

diafragma, referido como conocido pero muy poco usado, la calidad del conocimiento fue adecuada.

La escasa correspondencia encontrada entre métodos referidos como conocidos y algunos además bastante usados, con relación a la calidad de las respuestas obtenidas acerca de su uso y características, expresa la necesidad de educar en las formas alternativas para prevenir un embarazo no deseado por vía de la anticoncepción, lo que facilitaría a la mujer elegir y dar el mejor uso al método anticonceptivo seleccionado, lo cual contribuiría además, a proteger y beneficiar su salud sexual y reproductiva.

Dada la cobertura que en los últimos años han alcanzado los servicios de planificación familiar en el país, las acciones educativas dirigidas a la población con el propósito de elevar la demanda de estos servicios para la consejería, la capacitación de los médicos y enfermeras de la familia en prácticas anticoncepcionales, entre otras, puede suponerse que la calidad del conocimiento sobre anticoncepción mejore y por ende su efectividad.

La calidad del conocimiento sobre métodos anticonceptivos, resulta de importancia para su práctica efectiva e influye en los criterios de selección, preferencia y abandono o discontinuidad del uso de los mismos, lo que con frecuencia ocasiona fallo, con embarazos no planificados e interrupción de los mismos.

En un estudio, realizado en el municipio 10 de Octubre, se encontró una tasa de abandono de métodos anticonceptivos tres veces mayor que la tasa de fallo; plantean los autores, que los métodos de barrera y la píldora son los métodos que más se abandonan, le siguen los métodos tradicionales, ritmo y retiro, y por último los DIU. En el estudio se plantea que la alta tasa de abandono podría reflejar incorrecta selección del método, técnica de implante deficiente e insuficiente educación sanitaria sobre la anticoncepción, entre otras.⁽¹²⁹⁾

Finalmente, se expresan los resultados de la medición del conocimiento y prácticas anticoncepcionales en la población, a partir de la encuesta nacional

por conglomerados de indicadores múltiples (Multiple Indicator Cluster Survey – MICS; por sus siglas en inglés) realizada en Cuba en el año 2000.

De acuerdo a la información obtenida de la aplicación de la encuesta a las 6 398 mujeres en edad fértil con vida sexual activa incluidas en el estudio, el uso de métodos anticonceptivos fue informado por el 73.3% del total de ellas. El 72.1% de las mujeres refirió estar usando métodos modernos, aunque poco variados.

A partir de la aplicación de esta encuesta, el dispositivo intrauterino resultó ser el método más utilizado, para un 43.5% de las mujeres. Aunque con porcentajes diferentes, el DIU resultó ser también el anticonceptivo referido como más usado a partir de la encuesta nacional de aborto antes descrita y según los resultados de la vigilancia anual que realiza SOCUDEF, que se muestran en el Capítulo I, cuadro 1, del informe de esta investigación.

Los porcentajes de uso referidos para el DIU en las regiones definidas, Occidente, Ciudad de La Habana, Centro y Oriente del país, fueron similares, con cifras ligeramente más elevados en las regiones centrales y occidentales. Algo más elevado fue también su uso, en la zona rural con respecto a la zona urbana. Según grupos de edad, la frecuencia de uso del DIU, decrece a medida que aumenta la edad, con cifras más elevadas para las jóvenes y las adolescentes. Esto último está en correspondencia con la modalidad de métodos que caracteriza la práctica anticoncepcional en Cuba.⁽¹³⁰⁾⁽¹³¹⁾⁽¹³²⁾

En la actualidad se plantea, que el uso de un DIU de cobre en particular, método reversible de mayor utilización en el mundo actual, no incrementa el riesgo de infertilidad tubárica en las nulíparas como antes se pensaba, aunque las infecciones pueden acontecer, como consecuencia de un procedimiento incorrecto de inserción del dispositivo en la cavidad uterina. Por otra parte se plantea que el DIU de cobre es más seguro de lo que se creía anteriormente y se incluye hoy en día, entre los anticonceptivos más seguros, eficaces y menos costosos. No obstante, el DIU no es el método idóneo para las mujeres en edades adolescentes y jóvenes, menos aún, cuando éstas sean nulíparas.⁽¹³³⁾

Las dificultades y oferta en el mercado de otros métodos anticonceptivos más favorables para estas edades, la preferencia de las mujeres o parejas en su uso, así como la indicación médica que con más frecuencia se ofrece, dado que entre otras, ha sido el método más disponible, podrían explicar fundamentalmente la elevada utilización del DIU en nuestro medio.

La referencia del uso de la esterilización femenina, le siguió en orden de frecuencia al DIU, para un 19% de las mujeres encuestadas. Los mayores porcentajes se presentaron en las provincias orientales y en la zona rural.

La esterilización femenina mostró los porcentajes más altos, para las mujeres de más bajo nivel de instrucción y de las edades más avanzadas del período fértil.

El porcentaje de mujeres usuarias de la esterilización quirúrgica fue muy similar al reportado por la vigilancia anual del sector para el año en que se desarrolló la encuesta e inferior al detectado en la Encuesta Nacional de Fecundidad realizada en 1987, en que fue del 22.7%.⁽¹³⁴⁾

La diferencia podría estar dada, entre otras, porque la encuesta nacional de fecundidad de 1987, se aplicó sólo a las mujeres no solteras y en el presente estudio se abarcaron todas aquellas mujeres en edad fértil con actividad sexual. Podría estar incidiendo también, alguna tendencia de cambio en los patrones de preferencia de anticoncepción cuando se ha concluido el tamaño deseado de la familia o durante los períodos de celibato temporal por divorcio o viudez o en medio de relaciones inestables en edades no tan jóvenes, en las que el uso de métodos reversibles sean los preferidos.

Sólo el cinco por ciento de las mujeres informaron el uso del condón como método anticonceptivo, resultado que apunta aún a cifras muy bajas, incluso más que las obtenidas en los estudios antes desarrollados como parte de esta investigación y en los obtenidos por la vigilancia anual que realiza SOCUDEF y que para ese año fue del 9%. El porcentaje más elevado correspondió a Ciudad de La Habana y el más bajo a las provincias centrales.

En la zona rural el uso del condón fue referido sólo por el 3.6% de las mujeres. Según el nivel de instrucción, los porcentajes más bajos

correspondieron a las mujeres de más bajo nivel y el más elevado a las mujeres de nivel superior.

Según grupos de edad, el porcentaje más elevado de uso del condón correspondió a las adolescentes y va decreciendo paulatinamente a medida que se avanza en los grupos de edad. Estos resultados indican las necesidades diferenciadas de intervención según etapas de la vida, nivel de instrucción y zonas geográficas.

La baja referencia de utilización del condón, como anticonceptivo, podría estar en relación, entre otras razones, con el hecho de que la mujer no haya referido el uso del mismo a la encuestadora por prejuicios propios con respecto al método o por temor a descubrir con ajenos, relaciones sexuales no declaradas ni conocidas en su entorno social o familiar. Por otra parte el condón está siendo más utilizado para la protección de enfermedades de transmisión sexual, especialmente del SIDA, que como método anticoncepcional.⁽¹³⁵⁾

Las pastillas o píldoras fueron referidas por el 3.6% de las mujeres. Este porcentaje resultó ser mucho más bajo que los encontrados en los estudios precedentes desarrollados en esta investigación y algo inferior al obtenido por la vigilancia anual de SOCUDEF para el año 2000, independientemente de las diferencias de las metodologías utilizadas en cada uno de ellos.

Las píldoras fueron referidas como más usadas en Ciudad de La Habana, en la zona urbana, en las mujeres de mayor nivel de instrucción y en las adolescentes y jóvenes. Similar explicación al caso del condón podría suponerse en el caso de la píldora, método que no requiere de prescripción y para el que muchas mujeres no solicitan consulta médica y en el que entre otras causas, podrían haber ocultado su uso en la encuesta en el hogar.

Menos del uno por ciento de las mujeres refirieron utilizar inyecciones e implantes, cifra esperada dada la poca disponibilidad de este método en el país. Realmente estos anticonceptivos no alcanzan aún a gran parte de la población por razones básicamente de disponibilidad en el mercado.

La abstinencia periódica, el retiro, la esterilización masculina, jaleas vaginales o el método de amenorrea lactacional, fueron referidos por menos del uno por ciento de la población.

La esterilización masculina, eficaz, segura y menos riesgosa que la esterilización femenina, no se ha difundido y menos ha ganado la popularidad necesaria en la población cubana, la que aún poseedora de un patrón cultural machista, posee un elevado nivel de instrucción, lo cual podría favorecer un sensible incremento en el uso de este método.

A partir de una encuesta nacional realizada en los Estados Unidos de Norteamérica, se caracterizaron a los hombres usuarios de la vasectomía como de altos ingresos, nivel de instrucción superior a la enseñanza media, que vivían en unión estable o en matrimonio formal. La mayoría refirió haber seleccionado el método por su seguridad y simplicidad e identificaron a los médicos y a las enfermeras como los principales proveedores de información sobre el mismo, seguido por sus parejas y amigos.⁽¹³⁶⁾

En general, las mujeres de más edad refirieron emplear discretamente menos los anticonceptivos que las mujeres más jóvenes. El 68.1% de las mujeres con actividad sexual de 45 a 49 años de edad, empleaban algún método anticonceptivo, comparado con un 74.2% referido por las mujeres de 40 a 44 años y de un 75 % para las mujeres de 30 a 39 años de edad. El 73.8% de las mujeres de entre 25 y 29 años refirieron estar usando algún anticonceptivo y un 73.3% fue referido por aquellas de entre 15 a 19 años. En el grupo de 20 a 24 años, la prevalencia del uso de anticonceptivos fue del 70.7%.

El nivel educacional de la mujer influyó discretamente en la práctica anticoncepcional. El porcentaje de mujeres que empleaban algún método anticonceptivo aumentó de un 69.9% entre las que refirieron poseer nivel primario, al 74.6% entre las que dijeron poseer nivel de educación superior.

Si bien la variación no es marcada en cuanto a los niveles de prevalencia general, sí se observa variación en los métodos específicos usados según el nivel educacional, por ejemplo; el 31% de las mujeres con nivel primario estaban esterilizadas y sólo el 2% refirió el uso del condón, en contraste, sólo el

17% de las mujeres usuarias de anticonceptivos que refirieron poseer educación superior, estaban esterilizadas y el 6.5% usaba el condón.

Las diferencias encontradas, según las variables de referencia empleadas en la metodología de la encuesta aplicada, son poco marcadas, lo cual podría sugerir el uso de otras variables en el caso cubano para el contexto actual.

Por otra parte, debe considerarse que la poca diferencia observada en los resultados del estudio sucede a menudo para muchos de los indicadores sanitarios, dada la equidad en los servicios que el sistema nacional de salud ofrece en el país, su calidad, criterios estandarizados por normas y regulaciones, aspectos socioculturales, nivel de escolaridad de la población y recursos disponibles.

Independientemente de algunas variaciones en las metodologías empleadas en esta investigación, para abordar la práctica anticoncepcional en la población femenina cubana, se observa que la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos es elevada, la estructura básica de los métodos que sustentan la cobertura anticoncepcional es poco variada y apenas se ha modificado en el quinquenio estudiado.

La alta prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, si bien sitúa a la población cubana en una posición aceptable en lo que a salud reproductiva se refiere, lo cual se expresa en todo un conjunto de indicadores que se le asocian y que se mantienen en niveles adecuados en el país y en ventaja con relación a la mayoría de los países de la región, carece de la diversidad necesaria para la demanda actual, dado el escenario demográfico cubano a inicios del nuevo siglo, donde se conjugan el envejecimiento poblacional y los bajos niveles de fecundidad, entre otros. La satisfacción de esta demanda dependerá fundamentalmente, de la disponibilidad de los recursos y financiamiento suficiente para lograr una oferta de métodos variados, con la calidad requerida y en la cantidad suficiente.

En el contexto internacional se plantea, que el uso de anticonceptivos ha aumentado en todos los países de manera importante y en más de diez veces, en los países en desarrollo durante el pasado siglo. La diversidad en la oferta de

métodos seguros, contribuye sin duda a mejorar la práctica anticoncepcional y debe beneficiar la salud sexual y reproductiva de la población.⁽¹³⁷⁾⁽¹³⁸⁾

Según el último informe del Population Action International (PAI; por sus siglas en inglés), para el año 2001, la prevalencia del uso de anticonceptivos fue más alta, de 80% o más, en Italia, China, el Reino Unido y España. En unos 30 países en desarrollo, el uso de métodos anticoncepcionales superó en mayor o menor medida el 50%. Angola y Afganistán, reportan las prevalencias más bajas, con cifras inferiores al 10%. Dicho informe plantea, que la buena práctica anticoncepcional ayuda a las parejas a evitar embarazos no deseados, de alto riesgo, prevenir el aborto y evitar enfermedades de transmisión sexual, en las que se incluye el SIDA.

En el ámbito mundial, la esterilización femenina es uno de los métodos anticonceptivos más popular y se señala que el 19% de las parejas en edad fértil lo usan, igual frecuencia a la encontrada en la encuesta aplicada en Cuba en el año 2000, cuyos resultados se relacionaron en párrafos anteriores. En este mismo informe le sigue en orden de frecuencia el uso del DIU con un 13%, el que se presenta en niveles mucho más bajos que en nuestro medio, lo que se explica por las razones ya mencionadas y que en síntesis expresan la necesidad de métodos alternativos modernos y variados. Con relación a la píldora, se plantea en el informe del PAI, un 8% de prevalencia y para los métodos tradicionales sólo el 1%.

El condón y la vasectomía, únicos anticonceptivos de uso masculino actualmente, resultan ser los métodos menos usados a escala mundial con apenas el 4%; en países en desarrollo alcanza sólo el 2%. Esto expresa una disparidad de género en la práctica anticoncepcional, de lo que se infiere que la planificación familiar continúa en manos casi exclusivamente de las mujeres.⁽¹³⁹⁾

El gobierno cubano ha promovido la maternidad y la paternidad responsable durante años⁽¹⁴⁰⁾, más aún dadas las medidas y planes de acción relacionados y derivados de las reuniones celebradas en el Cairo, Egipto, en 1994 sobre población y desarrollo y en Beijing, China, en 1995, sobre la mujer.

Ello incluye la participación conjunta de la mujer y del hombre en las actividades educativas y preventivas en materia de salud sexual y reproductiva.

Diferentes razones se han interpuesto a un mayor avance en tal sentido. Pueden citarse por ejemplo, la falta de información, educación y motivación de la pareja y del hombre en particular, conductas familiares, desinterés o falta de percepción de la importancia de ello, prejuicios, la cultura machista de nuestra sociedad, que tiende a generar disparidad de géneros en torno a la reproducción, como por ejemplo, el insuficiente sentimiento de responsabilidad mutua en la anticoncepción y (o) regulación de la fecundidad y la falta de convicción sobre ello del propio personal de la salud que provee los servicios en esta etapa de la vida, entre otros.⁽¹⁴¹⁾⁽¹⁴²⁾

Capítulo IV. Historia Clínica de Legrado.

El país dispone desde los años 70 de estadísticas continuas sobre la cantidad de abortos de diferentes tipos realizados en los hospitales, lo que hace posible proveer información semestral y anual, con apertura municipal y para dos grupos de edad reproductiva de la mujer, uno de ellos, el adolescente.⁽¹⁴³⁾

4.1 Diseño e implementación de la Historia Clínica de Legrado.

Dada la carencia de información estadística continua sobre características socioculturales de las mujeres usuarias del aborto y los niveles elevados de su práctica, se inició el proceso de diseño de un registro estadístico continuo que contribuyera a la evaluación y monitoreo permanente, de no sólo el número de abortos realizados, sino también del entorno sociocultural de su práctica.

La Historia Clínica de Legrado sería el registro primario del sistema a elaborar en su totalidad, para el flujo, procesamiento, análisis y emisión de información estadística sobre aborto, características socioculturales de las mujeres usuarias de este método e información sobre anticoncepción.

Para la elaboración del sistema de información se siguieron las etapas metodológicas propias de la generación de un sistema de información estadística y que comprenden de inicio, la investigación preliminar dada por un primer acercamiento al problema, el establecimiento de definiciones y la construcción del marco teórico, todo ello en unión con los usuarios, que en este caso fueron principalmente especialistas y directivos de la Dirección Nacional de Atención Materno Infantil, del Adolescente y la Planificación Familiar y que se mantuvieron trabajando en todas las etapas del diseño del sistema.

Posteriormente, fue elaborado un anteproyecto, donde se establecieron las condiciones de inicio del trabajo de elaboración del registro y el sistema en general. A continuación se desarrolló la etapa de proyecto técnico, en que quedaron precisados los objetivos, subsistemas de apoyo al funcionamiento del sistema en elaboración, el programa automatizado, los codificadores para las variables que lo requirieron y el plan de implantación.

En la etapa posterior de trabajo se precisaron tareas y se elaboraron los manuales de procedimientos. Se asignó la responsabilidad del registro, flujo, procesamiento y emisión de la información en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud y se realizaron las pruebas de campo, prueba del programa automatizado para el procesamiento de la información y emisión de tablas de salida, el adiestramiento del personal así como, se elaboró y tramitó el soporte de regulaciones oficiales para el funcionamiento del sistema a prueba en sus inicios, basado en la Historia Clínica de Legrados, nombre que fue asignado al registro primario para la captación de la información en las unidades del sistema de salud donde se realizan abortos.

En 1993 se inició la etapa de implementación de la Historia Clínica de Legrado, funcionando para el país en 1995.

Desde sus inicios, el sistema de información estadístico elaborado a partir de la Historia Clínica de Legrado como registro primario, fue evaluado sistemáticamente en cuanto a integridad y calidad de la información que se producía y demás procesos del funcionamiento del sistema, lo que posibilita hoy el análisis de los cambios necesarios después de varios años de explotación del mismo.

La Historia Clínica de Legrado permitió captar información estadística continua sobre ciertas características socioculturales de las mujeres que recurren al aborto para interrumpir un embarazo no deseado y de otro tipo de aborto que se realice; también recoge información sobre uso de métodos anticonceptivos, preferencias y percepciones ante esta práctica. Este modelo contiene además, información educativa sobre aborto y anticoncepción.

La autora de esta investigación participó en el diseño de este registro, dirigió la etapa de definición de los procesos de captación, procesamiento, emisión de información e implementación y preparó el análisis en nación, asesorando aquellos del nivel provincial.

En el Anexo VII, se presenta el modelo 66 - 24 o Historia Clínica de Legrado, el que forma parte del grupo de los registros primarios del sistema de información estadística del sector salud.

De acuerdo al trabajo con los especialistas, definición de necesidades de información con los usuarios principales, revisión bibliográfica y experiencias de intentos anteriores, fueron seleccionadas las variables a incluir en el registro primario con un enfoque de racionalidad, relevancia y factibilidad de captación de información veraz, de acuerdo a las posibilidades que ofrece la captación continua de información estadística. A continuación se relacionan por secciones, las variables consideradas. Las categorías para cada una de ellas pueden verse con detalle, en el modelo 66 - 24 o Historia Clínica de Legrado.

SECCIÓN DE CARACTERÍSTICAS GENERALES.

- Tipo de legrado (Inducido, diagnóstico, terapéutico, espontáneo u otro).
- Residencia de la mujer.
- Área de salud.
- Si recibe los servicios del médico de la familia.
- Escolaridad de la mujer.
- Estado conyugal
- Convivencia de la pareja con relación al hogar.
- Ocupación de la mujer.

SECCIÓN DE OBSTETRICIA

- Edad de la menarquia.
- Edad de las primeras relaciones sexuales.
- Número de partos, nacidos vivos, abortos espontáneos y abortos provocados o inducidos.

- Semanas completas de gestación por fecha de la última menstruación y por examen médico.
- Resultados de análisis de sangre y bacteriológicos.

SECCIÓN DE ANTICONCEPCIÓN

- Uso o no de métodos anticonceptivos (MAC)
- Tipo de MAC usado, razones de uso o no de MAC, fuente de información sobre MAC y MAC que prefiere usar.
- Motivo de la interrupción de este embarazo

Los datos a captar constituyeron una información novedosa a obtener por la vía de los sistemas de información estadística continua, la que sería ofrecida anualmente para el proceso administrativo en el área de la salud sexual y reproductiva.

Se designó como personal para registrar las características generales de la mujer, al personal de admisión, quien atiende a la mujer una vez indicado el legado por el médico y quien tramita su admisión al servicio de abortos.

Como personal a registrar los datos de obstetricia, de la salud de la mujer y de la anticoncepción, se designó al médico de asistencia, el que posee la mejor capacidad para captar un dato veraz en los momentos en que asiste a la mujer.

Correspondió al personal de la sección de estadística de los departamentos de Estadística y Registros Médicos, la organización y revisión de los registros llenados, su archivo y envío al nivel provincial para el procesamiento de datos.

En los niveles de provincia, el personal de los departamentos de Estadística y Registros Médicos es el responsable de recepcionar los modelos para uso estadístico, revisar su integridad, captar la información en soporte electrónico, confeccionar las bases de datos provinciales, elaborar y emitir las tablas de salidas, retroalimentar a los niveles inferiores del sistema y enviar por vía electrónica los ficheros con la información de cada provincia al nivel nacional para el procesamiento y emisión de tablas anuales.

La Historia Clínica de Legrado tiene como soporte, una hoja de papel de 8.5 pulgadas de ancho por 13 pulgadas de largo, en la que se imprime el modelo apaisado, distribuidos sus contenidos por ambas caras de la hoja, de forma que al doblarla por el centro queda como plegable de dos cuerpos o una historia clínica de dos páginas.

La portada contiene los datos de identidad de la mujer y la mayoría de los datos de uso estadístico.

En el reverso de la portada aparece información sobre la preparación de la mujer antes de realizarse el legrado, información para la vigilancia de su evolución, sobre los riesgos del procedimiento e información educativa dirigida a precaver embarazos no deseados.

En el anverso de la contraportada se ubican los datos necesarios para el duplicado del departamento de Estadística y Registros Médicos de la unidad donde se presta el servicio. Ahí, el personal de admisión reinscribe datos de la portada y otros que se refieren al ingreso de la mujer al servicio y sus requisitos.

En el reverso de la contraportada se dispuso de un espacio para anotaciones médicas acerca del procedimiento del legrado y observaciones necesarias. Al pie de esta parte del registro se colocó un pequeño párrafo con espacios en blanco para escribir el tiempo del embarazo interrumpido, si a la mujer se le colocó un dispositivo intrauterino así como, se suministra información útil para la vigilancia del post legrado. Esta última parte es desprendida de la historia clínica y entregada a la mujer al final del procedimiento.

4.2 Procedimientos para el uso de la historia clínica de legrado:

Una vez indicado el legrado, la mujer acude a admisión para los procedimientos de entrada al servicio de abortos, donde se inicia el llenado de la historia clínica, la que quedará con ella hasta el fin del proceso, durante el cual el médico de asistencia registrará los demás datos. Una vez concluido el legrado, el médico o la enfermera del servicio, le entregará sólo la tira inferior

del reverso de la contraportada ya descrito y enviará la historia clínica al departamento de Estadística y Registros Médicos de la unidad, donde se desprende la portada o primera hoja, que conformará los paquetes de planillas para uso estadístico a enviar cada mes al nivel provincial.

Los ficheros electrónicos creados en el nivel provincial son enviados anualmente al nivel nacional.

La contraportada o segunda hoja se archiva en el departamento de Estadística y Registros Médicos del hospital, como expediente de la mujer y para otros usos de la unidad.

Como una parte del registro fluye y se procesa en los diferentes niveles del sistema, constituye un subsistema estadístico del sistema de información estadística complementario de salud, que clasifica como ramal, nacional y mixto por el soporte manual y automatizado de procesamiento y emisión de datos.

La información que se obtiene a partir de la Historia Clínica de Legrado, posibilita el monitoreo anual de características socioculturales y obstétricas de la mujer, motivos de interrupción de embarazos y anticoncepción y a nivel de la unidad de salud, permite el conocimiento permanente de los eventos que registra. Este modelo es un complemento del sistema de información estadística del sector salud para el área de atención a la salud sexual y reproductiva, en lo que se refiere a la interrupción de embarazos y la anticoncepción. Es un registro administrativo de información económico, capaz de transmitir instrucciones y contenidos educativos a la mujer, dirigidos a beneficiar su salud reproductiva.

Desde el comienzo de la etapa de implementación, de La Historia Clínica de Legrado, se confrontaron dificultades de distribución, insuficiencia de modelaje por razones administrativas dadas por la crisis económica del país en los años 90, donde el insumo papel y el medio transporte se vieron muy

afectados. En 1995, siete provincias registraban, procesaban y emitían información para un porcentaje de integridad* en ellos del 76%.

Las principales afectaciones de calidad en la información se identificaron en las siguientes variables: ocupación de la mujer, abortos espontáneos y abortos provocados anteriores.

4.3 Actualidad y perspectivas de la Historia Clínica de legrado.

En la actualidad, los departamentos de Estadística y Registros Médicos del nivel provincial son los más capacitados para acometer el procesamiento automatizado del registro, situación que debe modificarse paulatinamente en la medida que se dispongan de los recursos necesarios para el procesamiento en los niveles de municipio o unidad de salud, lo que elevará el uso de la información que provee el sistema.

Se confrontan dificultades en el uso del sistema por la insuficiencia de modelaje, que para la actividad estadística en salud ha estado presente en estos años, con muy discreta recuperación en los años finales de la década de los 90's. El proceso de distribución de los modelos producidos tiene afectaciones importantes.

Algunos territorios han detenido parcial o totalmente el uso de la historia clínica de legrado, al no recibir cantidades suficientes de modelos. Este registro, no clasificó como "priorizado" entre los pocos que sí clasificaron como tal, para su reproducción, por proveedores y usuarios, de acuerdo a las decisiones emergentes tomadas para garantizar el mínimo imprescindible de modelos de información estadística de salud del país en los años 90 y así se mantiene. La captación electrónica íntegra de datos en provincia es inestable, aunque se mantiene su uso local.

Dada su utilidad, aunque afectada parcialmente por los motivos antes mencionados, la Historia Clínica de Legrado está oficializada en el sistema de

* Integridad: Cociente del número de abortos reportados por la historia clínica de legrados y el número de abortos notificados por el subsistema vigente desde el año 1970.

información estadístico complementario del sector, desde su última actualización y aprobación por la Oficina Nacional de Estadística en 1998.

Entre los años 2000 y 2003, se producen cantidades más elevadas del registro, aunque aún insuficientes. Se mantiene su uso en todos los territorios, a excepción de Las Tunas. El mayor uso del registro se realiza en los hospitales de más elevada capacidad de prestación de servicios.

No obstante las dificultades confrontadas, el modelo ha resultado útil. Productores y usuarios de la información, en los niveles de provincia y nación, concuerdan en mantener el registro por sus ventajas, fundamentalmente para el análisis a nivel local y se procede actualmente al ajuste del número de centros informantes según necesidades y condiciones actuales, lo que hace posible considerar su permanencia como registro oficial del sistema de información estadística complementario del sector salud, en medio del proceso de revisión que del mismo se desarrolla actualmente.

Capítulo V. Reflexiones generales en torno a los resultados obtenidos.

Los resultados derivados de esta investigación caracterizan a finales del siglo XX en Cuba, dos de los determinantes próximos de la fecundidad,

interrupción de embarazos no deseados y anticoncepción, los que son además aspectos que inciden en la salud en general y en la salud sexual y reproductiva en particular de la población.

La interrupción de embarazos no deseados, por aborto o por regulación menstrual, solicitado por la mujer e indicado por el médico, se expresan como métodos de regulación de la fecundidad de amplio uso en nuestro medio, que se inserta por demás en una cultura que acepta y tolera su práctica y que proviene del siglo pasado transmitida entre las generaciones. La infraestructura de los servicios que se ofrecen para ello se sustenta en regulaciones y leyes que tienden a proteger la salud de la mujer y garantizan el ejercicio de sus derechos reproductivos para regular su fecundidad.

El elevado uso de la interrupción de embarazos como método de regulación de la fecundidad en las mujeres cubanas, expresa la aún insuficiente percepción y concientización de la población, de las consecuencias negativas que este método puede traer para la salud en general y para la salud sexual y reproductiva en particular.

Si bien se ha ofrecido por diversas vías, educación sanitaria y sexual, dirigida más a la prevención que a la interrupción del embarazo no deseado, los resultados no muestran un descenso de éste, aunque se haya elevado el porcentaje de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos y la fecundidad se mantenga baja y en valores prácticamente constantes, lo que orienta a fortalecer no sólo la prevención por medio de la anticoncepción sino además por medio de acciones de promoción y prevención en el campo de la salud sexual y reproductiva.

La práctica del aborto o de la regulación menstrual para interrumpir un embarazo en condiciones de seguridad contribuye, entre otros, a la baja percepción del riesgo que tienen las mujeres e incluso en la que pudieran tener los proveedores de estos servicios, ya que complicaciones graves e incluso fatales son infrecuentes, siendo las menos graves apenas conocidas en cuanto a su impacto negativo en la salud reproductiva de la población.

Por otra parte, la práctica segura de la interrupción de embarazos no deseados que en el país se realiza, tiende a minimizar los daños a la salud reproductiva que con frecuencia sí acontecen en las mujeres que se ven en la necesidad de acudir al aborto en condiciones de riesgo, modalidad a la que mayoritariamente acuden las mujeres en el mundo actual, fundamentalmente en el llamado mundo en desarrollo.

La interrupción del embarazo, en condiciones de seguridad, proporciona un estado psicológico más favorable en la mujer para enfrentarlo, lo que puede contribuir al mejor resultado del procedimiento.

Los servicios que el país ofrece para la interrupción de embarazos son desarrollados y resolutivos. Los servicios de planificación familiar, particularmente los de anticoncepción, quedan en desventaja con respecto a ellos, lo cual parece darse por varias razones, entre ellas, las históricas, las culturales, la complejidad del servicio, los aún insuficientes recursos humanos calificados para proveer los servicios en toda su amplitud y los recursos materiales necesarios, donde los métodos anticonceptivos son fundamentales, siendo en muchos casos costosos y de difícil acceso en la actividad del mercado cubano actual.

Si bien la interrupción de embarazos en nuestro medio se destaca en las adolescentes y jóvenes, no deja de ser aún importante el aporte que hacen las mujeres de grupos de edades más avanzadas del período fértil, para las que podría suponerse un menor uso de la interrupción del embarazo no deseado como recurso para regular la fecundidad, a expensas de la posible mayor experiencia en el manejo de su prevención.

Un mayor uso de la vasectomía, por ejemplo, podría contribuir a la reducción de interrupciones de embarazos no deseados a estas edades, pero como ya se ha mencionado, el conocimiento y aceptación de este método es bajo. Por otra parte, la ligadura femenina se expresa, aunque tímidamente, en descenso.

El embarazo no deseado e interrumpido con frecuencia en las adolescentes se asocia al inicio precoz de las relaciones sexuales y a la corta

edad del primer embarazo, lo cual refleja inadecuada preparación para la iniciación sexual en edades tempranas. A ello se asocia el tipo de unión y su corta duración. La no convivencia de las parejas en un mismo hogar incide también en la interrupción del embarazo.

La regulación menstrual se asocia con la interrupción del embarazo. Su indicación se basa mayoritariamente en la sospecha de un embarazo no deseado, que no necesita ser confirmado. Un diagnóstico más preciso de embarazo requeriría disponer y acceder desde la comunidad, a ciertos medios de diagnóstico, algunos insuficientes o carentes en el país en estos momentos. De disponer de ellos, podría esperarse la reducción de un número importante de regulaciones menstruales que hoy se realizan a mujeres por sospecha de embarazo cuando en realidad no están embarazadas. De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, la regulación menstrual podría haberse evitado en casi la cuarta parte de las mujeres estudiadas.

En general el uso de la interrupción del embarazo se alterna con el uso de los anticonceptivos para regular la fecundidad.

La cobertura anticoncepcional en Cuba es elevada a expensas de métodos modernos de poca variedad para la elección y satisfacción de la demanda actual. Pueden mencionarse por ejemplo, las mujeres de edades más avanzadas del período fértil que requieren de métodos más adecuados así como, que más mujeres posponen la edad de la maternidad por diferentes razones. Considérese además, que un importante número de mujeres no usan, abandonan o descontinúan, el uso de un método anticonceptivo por molestias que éste les ocasiona, lo que eleva la probabilidad del embarazo no deseado y su interrupción.

Ello expresa la necesidad de mejorar la estructura de métodos anticoncepcionales en términos de cantidad, calidad y diversidad con respecto a la actualmente disponible, lo que supone el financiamiento suficiente para ello, lo cual se torna complejo en medio de la difícil situación económica en la que el país se encuentra, agravada por las condiciones que el bloqueo económico impone.

Las diferencias encontradas entre grupos de edad, zonas, regiones y otras variables de referencia utilizadas en esta investigación, no son muy marcadas en lo que se refiere a interrupción de embarazos en general y anticoncepción, tal y como suele observarse en la mayoría de los indicadores sanitarios del país. Diferencias más marcadas se observaron para la interrupción de embarazos por aborto exclusivamente, cuando se analizaron los indicadores por estratos establecidos según condiciones de vida. Si bien las diferencias se correspondieron con el carácter urbano de los estratos considerados, tal explicación es insuficiente y requiere de estudios que posibiliten la profundización en este resultado.

En los trabajos realizados se comprobó que no se utilizaban a plenitud las posibilidades del sector de la salud para informar, educar y precaver el embarazo no deseado, e indica que se aprovechan poco las posibilidades de comunicación con la mujer para charlar sobre estos aspectos, en momentos que pueden considerarse óptimos para la orientación acerca de cómo regular la fecundidad. La cobertura, estructura, personal de la salud y calidad del Sistema Nacional de Salud Cubano, son fortalezas para estas acciones y como tal deben ser utilizados.

Los medios de comunicación han ganado espacio en la educación e información a la población, sobre sexualidad, reproducción y métodos anticonceptivos.

Las estrategias de información, educación y comunicación deben considerar también otras audiencias, como la familia, segunda fuente de información identificada por las mujeres para adquirir información y conocimientos sobre estos temas, educadores y personal de la salud, fundamentalmente aquel que labora en el nivel primario de atención.

Aspectos más generales, sobre la problemática de la interrupción del embarazo no deseado y de la anticoncepción, podrían incidir de diferente manera en el desarrollo de la salud sexual y reproductiva de la población.

Entre ellos pueden mencionarse, que el país posee como fortalezas para la práctica de la interrupción del embarazo no deseado, su reducción y el

mejoramiento de la práctica anticoncepcional, servicios de salud que permiten la interrupción de embarazos por diferentes métodos, de manera segura y sustentados en leyes y regulaciones dirigidas a proteger la salud de la mujer y servicios de planificación familiar de cobertura nacional provistas de personal humano calificado para ello. Estos servicios forman parte del Sistema Nacional de Salud, único, gratuito, de cobertura nacional, accesible y basado en la atención calificada a todos sin diferencias de raza, credo o género. El mismo, desde su surgimiento, ha priorizado la atención a la salud de la mujer, lo cual se expresa en diferentes programas y acciones de salud dirigidas a ellas.

El conocimiento alcanzado por la mujer cubana sobre su cuerpo y funciones, la posibilidad de regular su fecundidad y la garantía de disponer de un sistema gratuito de salud en que el acceso a los métodos para esta regulación se garantizan, constituye una fortaleza y expresa la conquista de sus derechos reproductivos.

En el sector de la salud, los estudios particulares sobre aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva en general, constituyen un programa de investigación ramal en el que se acumulan e incorporan un importante número de trabajos investigativos, cuyos resultados permiten profundizar en el conocimiento sobre estos temas sistemáticamente. Se dispone además de información estadística continua, confiable y oportuna, sobre diferentes componentes del estado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Todo ello constituye un valioso instrumento para el proceso administrativo.

El elevado desarrollo social, alcanzado en el país, constituye una de las oportunidades más relevantes para el logro de una adecuada salud sexual y reproductiva, donde la interrupción del embarazo y la anticoncepción son prácticas que en ellas inciden.

El alto nivel de instrucción y escolarización de los ciudadanos, particularmente de las mujeres, constituye un componente favorable que facilita las acciones de promoción y prevención de salud en general y de salud sexual y reproductiva en particular. La voluntad política para acciones de

diferente índole a favor de la mujer, la legislación elaborada para todos los sectores e implícita o explícita en las políticas sociales del país, garantizan el espacio de la mujer sin discriminación de género, en todos los escenarios.

Las intervenciones de todos los sectores dirigidas a sostener y desarrollar las conquistas de la mujer, como ser activo en las transformaciones para el desarrollo socioeconómico del país, garantiza su consideración íntegra, capaz y necesaria a proteger como factor imprescindible para el desarrollo sostenible de la sociedad cubana.

Otras instituciones y organizaciones, no propias del sector salud, incorporan en su misión, el mejorar la salud sexual y reproductiva de la población y de la mujer en especial, así como, su participación adecuada y equitativa en los derechos y deberes sociales, que se conciben e instrumentan con perspectiva de género, desarrollando estudios para evaluar el impacto y características de los procesos en cada momento. La participación activa e integrada de los sectores académicos en el estudio de estos temas es un elemento a destacar. Todo ello contribuye a mantener o a elevar el beneficio de las intervenciones en aras de mejorar la salud sexual y reproductiva de la población, en particular de la población femenina cubana.

Ciertas debilidades atentan contra tales expectativas, en relación con la interrupción de embarazos no deseados y la anticoncepción. Entre ellas pueden mencionarse la desventaja del desempeño de los servicios de planificación familiar con respecto a los servicios de interrupción de embarazos, el insuficiente uso de las potencialidades del Sistema Nacional de Salud para ofrecer mejores acciones de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva y su relación con los temas abordados en esta investigación.

Podría añadirse la insuficiente capacitación de recursos humanos para llevar a cabo una mejor prevención del embarazo no deseado por diferentes vías, entre ellas por la anticoncepción.

Son pocos los estudios que se realizan con el objetivo de conocer la participación masculina en las acciones para la regulación de la fecundidad.

El conocimiento de las mujeres sobre métodos anticonceptivos es aún insuficiente y se desconoce el conocimiento que sobre ellos puedan tener los hombres.

El bajo conocimiento, aceptación y mucho menos uso de la vasectomía, procedimiento más sencillo que la ligadura femenina, es una debilidad a considerar para el desarrollo positivo de los métodos de regulación de la fecundidad en nuestro medio.

Ciertas circunstancias amenazan las acciones y programas encaminados a reducir la práctica de la interrupción de embarazos no deseados y elevar su prevención por diversas vías, entre ellas la anticoncepción.

Podría mencionarse la baja percepción del riesgo sobre los procedimientos de interrupción del embarazo por las mujeres en particular y por la población en general, de la que podrían no ser excluidos los proveedores de servicios, lo cual conspira a que se sostenga el elevado uso del aborto o de la regulación menstrual como métodos para regular la fecundidad en nuestro medio.

Puede citarse además, la insuficiente variedad, calidad y en algunos casos de la cantidad de métodos anticonceptivos, las dificultades en la actividad del mercado nacional e internacional, este último agravado por la situación económica y política existente con relación a Cuba, que dificulta y en ocasiones impide el acceso a métodos anticonceptivos o materia prima necesaria para su producción en el país.

Circunstancias derivadas de las dificultades financieras, propias de la crisis económica que el país enfrenta por más de 10 años, amenazan la sostenibilidad y el desarrollo en estos temas, así como, el atraso tecnológico en la producción de métodos anticonceptivos en el ámbito nacional.

Lo antes mencionado repercute desfavorablemente en la capacidad resolutive de los servicios de planificación familiar y son algunas de las razones que los mantiene en desventaja con relación a los servicios de interrupción de embarazos, desequilibrio que podría propiciar el fallo en la prevención de

embarazos no deseados por la anticoncepción, no obstante su alta pero poco variada prevalencia.

El uso tradicional y tolerado del aborto y el fácil acceso a los servicios seguros para su práctica, si bien representan aspectos positivos y logros en el área de la atención a la salud sexual y reproductiva, pueden convertirse en amenazas para lograr reducciones y modificaciones favorables en los modos de regular la fecundidad.

Puede constituir una amenaza también, el aún casi exclusivo liderazgo de la mujer en materia de regulación de la fecundidad, lo cual podría estar dado entre otras, por razones de género. Las diferencias de género aún prevalecen en la cultura de nuestra sociedad, con desventaja para las mujeres, aunque existen leyes y normas sociales que tienden a impedir las, de tal manera por ejemplo, el rol reproductivo es desempeñado generalmente con mayor peso por las mujeres, con o sin apoyo familiar e insuficiente participación de la pareja masculina.

No debe dejar de mencionarse, la difícil situación económica que el país ha confrontado por más de diez años y que resulta en desajustes de patrones reproductivos más favorables, la compleja situación de la vivienda y sus consecuencias, unida a las múltiples y variadas dificultades en el orden doméstico dadas por diferentes razones, entre ellas las económicas.

El inicio precoz de las relaciones sexuales y la baja percepción de riesgo para la interrupción de embarazos en las mujeres es también una amenaza.

El proceso de envejecimiento poblacional que el país enfrenta, supone una población femenina y masculina usuaria de métodos anticonceptivos de edades más avanzadas, que con los patrones reproductivos actuales, representa una demanda que no se satisface adecuadamente con la oferta actual.

Muchos de los aspectos relacionados son posibles de ajustar y modificar y requieren del análisis organizacional presente, que permita identificar las modificaciones necesarias. Facilita comprender la situación de Cuba en el contexto internacional, en cuanto a la salud reproductiva, el análisis de una

publicación del grupo PAI, del año 2001 donde se clasifican 133 países que agrupan el 95% de la población mundial basándose en el índice de riesgo reproductivo (IRR), formado por 10 indicadores claves de salud reproductiva: fecundidad de las adolescentes; prevalencia del uso de anticonceptivos; atención prenatal; atención del parto por personal calificado; anemia en las embarazadas; prevalencia de la infección por VIH / SIDA en mujeres adultas; prevalencia de la infección por VIH / SIDA en hombres adultos; política de abortos; tasa de fecundidad general y razón de mortalidad materna.⁽¹⁴⁴⁾

De acuerdo a este estudio, los países fueron clasificados en 5 grupos:

1. Riesgo muy alto (60 puntos y más): 19 países
2. Riesgo alto (entre 45 y 59 puntos): 26 países
3. Riesgo moderado (entre 30 y 44 puntos): 28 países
4. Riesgo bajo (entre 15 y 29 puntos): 35 países
5. Riesgo muy bajo (menos de 15 puntos): 25 países

Cuba clasificó en el grupo de riesgo muy bajo, con un índice de riesgo reproductivo de 14.5. En este grupo, de los 25 países que lo integran, 21 son industrializados. Este resultado positivo se corresponde con el comportamiento de la mayoría de los indicadores de salud de la población, que deviene de un sostenido trabajo en el campo de la salud sexual y reproductiva. La causa radica en el modelo social cubano, en el que la salud de la población es responsabilidad del Estado y su prioridad se ha mantenido en todo momento. A ello contribuye además, la falta de iniquidades importantes en el orden socio - económico.

De disponer el país de condiciones más favorables que contribuyan a minimizar las deficiencias, debilidades, amenazas y riesgos analizados, podrían esperarse beneficios aun mayores en la salud sexual y reproductiva de la población cubana, a expensas de la reducción de los niveles de interrupción de embarazos y de una mejor práctica anticoncepcional.

Finalmente, resulta importante señalar, la capacidad existente en la estructura estadística del Sistema Nacional de Salud para el desempeño de estudios como los presentados en esta investigación, en todas sus etapas,

desde la captación de la información por diferentes metodologías, la organización y supervisión del trabajo de terreno y el procesamiento de los datos, aun las dificultades actuales relativas a la calificación del personal y disponibilidad de tecnología informática.

Por otra parte y dada su importancia, debe mencionarse el beneficio que representa la incorporación al proceso estadístico de producción de información, de otros procedimientos como son las encuestas en instituciones de salud o en hogares, las que permiten profundizar en diferentes aspectos según las necesidades en cada momento y para lo cual los registros rutinarios de estadísticas resultan insuficientes, debido a los atributos sobre los que se diseñan, como son la simplicidad y la inmediatez del reporte.

La Historia Clínica de Legrado, incorporada al sistema de información estadística de salud, complementa los demás subsistemas existentes, permite disponer de información del volumen de los servicios prestados y además del contexto sociocultural de las mujeres usuarias de los servicios de interrupción de embarazos y de anticoncepción en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud. Ello puede ser una referencia consistente para la comparación nacional en el tiempo, entre unidades de salud, territorios, regiones del país y para la comparación internacional.

Capítulo VI. Conclusiones

1. En el perfil de variables que caracterizaron a las mujeres cubanas que utilizan la interrupción del embarazo para regular su fecundidad se encuentran: la edad joven, el ser estudiante de nivel medio, la unión

inestable, no prolongada y por ende, la no convivencia con su pareja, rasgos que suponen daños a la salud sexual y reproductiva de la población, con repercusiones sociales que pueden ser desfavorables; no fue despreciable el número de mujeres de más edad que acudieron a esta práctica.

2. La experiencia previa de abortos, la relación inestable de la pareja, el fallo del método anticonceptivo, la condición de estudiante y el descenso de la edad al embarazo, fueron los factores que condicionaron la práctica del aborto, los cuales expresan insuficiencias educativas y de planificación familiar.
3. La elevada prevalencia del uso de métodos anticonceptivos, la referencia de los métodos dados como conocidos por las mujeres en el quinquenio de estudio, son resultados que se contraponen a la frecuencia de mujeres que hacen un uso, en no pocas ocasiones reiterado del aborto o de la regulación menstrual para regular su fecundidad; en ello podría estar incidiendo la insuficiente calidad del conocimiento sobre anticoncepción, la escasa variedad de métodos en el mercado actual y la insuficiente educación y orientación en contracepción que aún ofrecen los servicios de salud.
4. El uso de la regulación menstrual para interrumpir un embarazo por voluntad de la mujer e indicación médica, excede las necesidades reales de acuerdo a la confirmación diagnóstica y puede contribuir a causar daños a la salud general, sexual y reproductiva de la población.
5. La Historia Clínica de Legrado, enriquece el sistema de información estadístico complementario del sector salud, relativo a la salud sexual y reproductiva, que posee además los atributos de la sencillez y la economía necesarias para su sostenida explotación.

Capítulo VII. Recomendaciones.

1. Desarrollar y perfeccionar las estrategias de información, educación y comunicación, en función de la salud sexual y reproductiva de la población, que permitan reducir la interrupción de embarazos y eleven su prevención por diferentes vías, entre ellas, el mejor uso de la anticoncepción.
2. Tomar en cuenta los factores condicionantes del aborto identificados en este estudio para el enfoque del riesgo reproductivo, que posibiliten las acciones diferenciadas en las mujeres de edad reproductiva.
3. Considerar medidas que posibiliten una contracepción más eficiente, a partir del incremento de la disponibilidad, calidad y variedad de métodos anticonceptivos.
4. Realizar acciones dirigidas a elevar el uso del condón y la vasectomía, como métodos anticonceptivos para la regulación de la fecundidad de las parejas.
5. Incrementar en cantidad y calidad, las actividades educativas que desarrolla el personal de la salud, especialmente el que trabaja en el nivel primario de atención, encaminadas a elevar la cultura sobre planificación familiar en la población, así como fortalecer la intersectorialidad de estas acciones.
6. Considerar medidas pertinentes dirigidas a reducir la práctica de las regulaciones menstruales por sospecha de embarazos, a partir de la disponibilidad de medios diagnósticos que permitan su más precisa indicación por esta causa.
7. No obstante las dificultades de recursos confrontadas en la implementación de la Historia Clínica de Legrado, se recomienda, por su importancia, priorizar su uso en el Sistema Nacional de Salud, como parte del sistema de información estadístico complementario del sector de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Población y Desarrollo. Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de Septiembre de 1994. Cap. VII, Pto. 7.2. Nueva York: Naciones Unidas; 1995. p. 32
2. Población y Desarrollo. Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de Septiembre de 1994. Cap.VII, Pto. 7.3. Nueva York: Naciones Unidas; 1995. p. 32 - 33
3. Estado de la Población Mundial 2002. Población, pobreza y oportunidades. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2002. p. 34
4. Informe 2001. Mundos Diferentes. Salud y Riesgos Sexuales y Reproductivos. Washington: Population Action International; 2001. p. 1
5. Mujer, Salud y Desarrollo. Propuesta de indicadores para el análisis y monitoreo de la equidad de Género en la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2002. p. 9 - 14
6. Género, Población y Desarrollo. El papel del Fondo de Población de las Naciones Unidas. Nueva York: Naciones Unidas; 1995.
7. Shapiro E., Aguiar M. , González N. Sistemas de salud y la política de la mujer. En: Nuestros cuerpos, nuestras vidas La guía definitiva para la salud de la mujer latina. Nueva York: Editorial siete cuentos; 2000. p.43 - 63
8. Hardy E., Jiménez A. Masculinidad y Género. Políticas y Estrategias en Salud Pública. Universidad Estadual de Campinas. S.P Brasil. Rev. Cubana de Salud Pública 2001; 27 (2): 77-78
9. Acción para el Siglo XXI. Salud y Derechos Reproductivos para todos. Nueva York: Family Care International; 1995. p. 17
10. Fogel R. Fecundidad y condiciones socioeconómicas: el caso de Paraguay. En: Pantelides E., Bott S. Reproducción, Salud y Sexualidad en América Latina. 1ª ed. Buenos Aires: Editoras Aires; 2000. p. 37- 41
- 11.Álvarez L. Aborto: Problema de la mujer, la salud y la salud reproductiva. Ponencias centrales del Seminario Científico por el "Día Mundial de Población".1994, 11 de Julio. Ciudad Habana.

12. Fichas informativas sobre salud sexual y reproductiva. El embarazo no deseado. Nueva York: Family Care International; 2000.
13. Álvarez V. El aborto: Un problema de salud en Cuba?. En: Planell E. Silencios, presencias y debates sobre el aborto en Puerto Rico y el Caribe hispano. 1ª ed. Puerto Rico: Fundación Atlantea; 2001 p. 86 - 106
14. Abortion: A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
15. Conceptualizaciones para el Registro Nacional de Estadísticas Sanitarias de Cuba. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2003.
16. Álvarez V. El aborto: Un problema de salud en Cuba?. En: Planell E. Silencios, presencias y debates sobre el aborto en Puerto Rico y el Caribe hispano. 1ª ed. Puerto Rico: Fundación Atlantea; 2001 p. 86 - 87
17. Fichas informativas sobre salud sexual y reproductiva. El aborto realizado en condiciones de riesgo. Nueva York: Family Care International; 2000.
18. González I., Miyar E., González R. Algunas consideraciones sobre el aborto. La educación sexual como una alternativa en su prevención. Rev Cubana Med Gen Integral 2001; 17 (3): 281 - 6
19. Henshaw S., Singh S., Hass T. The incidence of abortion worldwide. International Family Planning Perspectives, 1999; 25 (supplement): January, p. 30 - 38
20. Abortion: A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 2000.
21. Nueva campaña contra el embarazo en la adolescencia. "POPULI, La Revista del FNUAP" 2001; 28(1): p. 3
22. Salud Reproductiva en las Américas. El Aborto Provocado. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 364 - 365
23. La Salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: Viejos problemas y nuevos enfoques. Programa: Mujer, Salud y Desarrollo. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
24. Abortion: A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 2000.
25. Jain A. Should eliminating unmet need for contraception continue to be a program priority?. International Family Planning Perspectives. 1999; 25 (supplement): p. 39- 43

26. Población y Desarrollo. Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de Septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas; 1995. p. 1
27. Informes de Población. Plan de acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en el Cairo. Nueva York: Naciones Unidas; 1995.
28. Alfonso J., Mac Donald A., Sosa M. Apuntes para el estudio de la fecundidad en Cuba. La Habana: Sociedad Científica Cubana para el Desarrollo de la Familia; 1996 p. 30 - 35
29. Díaz G. Historia de la anticoncepción. Página cultural. Rev Cubana Med Gen Integral 1995;11 (2): 192 - 194,
30. Alfonso J., Mac Donald A., Sosa M. Apuntes para el estudio de la fecundidad en Cuba. La Habana: Sociedad Científica Cubana para el Desarrollo de la Familia; 1996 p. 30 - 31
31. Álvarez M., Rodríguez I., Popowski P., Castañeda A. Situación de la niñez, la adolescencia, la mujer y la familia en Cuba. La Habana: Centro de estudios de la Mujer; 2000. p. 170 - 171
32. Conceptualizaciones para el Registro Nacional de Estadísticas Sanitarias de Cuba. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2003.
33. Alfonso J., Mac Donald A., Sosa M. Apuntes para el estudio de la fecundidad en Cuba. La Habana: Sociedad Científica Cubana para el Desarrollo de la Familia; 1996 p. 34
34. Anuarios Estadísticos de Salud. La Habana: Dirección Nacional de Estadística; 1975 - 2002.
35. Orientaciones Metodológicas para los Servicios de Aborto y Regulación Menstrual. La Habana: Dirección Nacional de Atención Materno Infantil, del Adolescente y la Planificación Familiar de Salud; 1996
36. Características socioculturales del aborto en Cuba Información estadística. Resultados parciales. La Habana: Dirección Nacional de Estadística; 1995.
37. Gran M., Ramil D., Peraza M., Pérez M., Martínez M. , P Jorge Sistema de Información Estadística de Salud Cubano. Temas de Estadísticas de Salud. La Habana: Dirección Nacional de Estadística; 2002. p. 1-13.
38. Catálogo de modelos oficiales vigentes del sistema de información estadística complementario de salud. La Habana: Dirección Nacional de Estadística; 1998.

39. Cutié E., Peñate C. Epidemiología del aborto en el hospital Eusebio Hernández. Rev Cubana de Ginecología y Obstetricia. 1979; 5 (3); 207 - 17
40. Cutié E., Peñate C. Epidemiología del aborto en el hospital Eusebio Hernández. Rev Cubana de Ginecología y Obstetricia. 1980; 6 (4); 331 - 40
41. Rodríguez C., Velazco A. Complicaciones a corto plazo de la interrupción de embarazo. Rev Cubana de Ginecología y Obstetricia. 1981; 7 (1); 31 - 9
42. Rodríguez C., Velazco A. Complicaciones a corto plazo de la interrupción de embarazo. Rev Cubana de Ginecología y Obstetricia. 1982; 8 (4); 441 - 50
43. Cordero J., García M. Epidemiología del aborto. Estudio preliminar. Rev Cubana de Ginecología y Obstetricia. 1982; 8 (4); 429 - 41
44. Pérez R., Flores M. Algunos factores que inciden en la interrupción del embarazo. Rev Cubana de Ginecología y Obstetricia. 1983; 9 (1); 89 - 97
45. Castell J., Morbilidad, mortalidad y complicaciones de las interrupciones del embarazo en la provincia Ciudad de La Habana 1978 - 82. Rev Cubana de Ginecología y Obstetricia. 1986; 12 (2); 137 - 45
46. Rodríguez J. Morbimortalidad de la interrupción de la gestación. Rev Cubana de Ginecología y Obstetricia. 1986; 12 (3); 285 - 91
47. Vera V., Tamayo O., González A., Pérez N. Conocimientos de anticoncepción en pacientes jóvenes que solicitan interrupción de embarazo. Rev Cubana de Ginecología y Obstetricia. 1987; 13 (1); 101 - 6
48. Panorama social de América Latina 2000- 2001. Diagnóstico de las familias en América Latina: Principales cambios. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina; 2001 p. 148 - 149
49. Encuesta Nacional de Fecundidad Cuba 1987. La Habana: Comité Estatal de Estadísticas; 1991.
50. Gran M., Quesada I. El aborto inducido en Cuba y su relación con algunos aspectos biosociales. La Habana: Dirección Nacional de Estadística; 1987.
51. Álvarez L. Experiencias cubanas en el estudio de la fecundidad mediante encuestas. Revista Cubana de Administración de Salud. 1975; 1 - 2 (1); 48- 49
52. Álvarez L. Aborto: Problema de la mujer, la salud y la salud reproductiva. Ponencias centrales del Seminario Científico por el "Día Mundial de Población". 1994, 11 de Julio. Ciudad de La Habana.

53. Álvarez V. El aborto: Un problema de salud en Cuba?. En: Planell E. Silencios, presencias y debates sobre el aborto en Puerto Rico y el Caribe hispano. 1ª ed. Puerto Rico: Fundación Atlantea; 2001 p. 86 - 106
54. Suárez N., Jiménez F. Estudio sobre el nivel de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos por las mujeres. La Habana: Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna; 1984.
55. Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing. República de Cuba. Gaceta Oficial de la República de Cuba. 1997. p. 13-15
56. Solicitud de Proyecto al Fondo de Población de las Naciones Unidas. Investigación Estadística sobre Características Socioculturales del Aborto en Cuba. La Habana: Dirección Nacional de Estadística; 1991.
57. General Assembly. Twenty-first special session of the General Assembly for an overall review and appraisal of the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. Report of the Secretary-General New York: United Nations; 1999.
58. Cumbre Mundial a favor de la Infancia. Programa Nacional de Acción, Cuba. Ciudad de La Habana: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 1991.
59. Alfonso J., Mac Donald A., Sosa M. Apuntes para el estudio de la fecundidad en Cuba. La Habana: Sociedad Científica Cubana para el Desarrollo de la Familia; 1996 p. 1 - 7
60. Gran M., López L. El descenso de la natalidad en Cuba. Temas de Estadísticas de Salud. La Habana: Dirección Nacional de Estadística; 2002. p. 61-73
61. Estado Mundial de la Infancia. Capítulo de indicadores. New York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 2001.
62. Albizu-Campos J.C. Cuba, Mortalidad, reproducción y envejecimiento de la población. Publicaciones. Novedades en población. La Habana: Universidad de La Habana; 2003. p. 2
63. Albizu-Campos J.C. Las estrategias de vida, los hijos y la ley del valor. Publicaciones. Novedades en población La Habana: Universidad de La Habana; 2003. p. 1 - 32
64. Álvarez M., Rodríguez I., Popowski P., Castañeda A. Situación de la niñez, la adolescencia, la mujer y la familia en Cuba. La Habana: Centro de estudios de la Mujer; 2000. p. 190 - 192.

65. Torres R., Gran M., Felipe A., Peraza M., Fonseca N., Fernández M. Panorama de salud de la mujer cubana. Temas de Estadísticas de Salud. La Habana: Dirección Nacional de Estadística 2002. p. 114 - 136
66. Curso Análisis demográfico I. Sesión 10: Determinantes de la Fecundidad. [Fecha de acceso noviembre 2003] URL Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/cursos/demografia/materia/sesion10.doc>
67. Alfonso J., Mac Donald A., Sosa M. Apuntes para el estudio de la fecundidad en Cuba. La Habana: Sociedad Científica Cubana para el Desarrollo de la Familia; 1996 p. 21 - 22
68. Pérez de La Riva J. Desaparición de la población indígena cubana. Rev. Universidad de La Habana 1972; No. 196- 197, 2-3, p.61- 84.
69. Álvarez M., Rodríguez I., Popowski P., Castañeda A. Situación de la niñez, la adolescencia, la mujer y la familia en Cuba. La Habana: Centro de estudios de la Mujer; 2000. p. 170 - 173
70. Base de datos Mortalidad 1980 - 2002. La Habana: Dirección Nacional de Estadística. 2000.
71. Conceptualizaciones para el Registro Nacional de Estadísticas Sanitarias de Cuba. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2003.
72. Álvarez M., Rodríguez I., Popowski P., Castañeda A. Situación de la niñez, la adolescencia, la mujer y la familia en Cuba. La Habana: Centro de estudios de la Mujer; 2000. p. 184-195
73. Too Young to Die: Genes or Gender?. New York: United Nations; 1998. p. 208-215
74. Albizu-Campos J., Jiménez T., Alfonso J., Mac Donald A. Cuba. Transición de la fecundidad. Cambio social y conducta reproductiva. La Habana: Oficina Nacional de Estadística. 1995. p. 52 - 60
75. Marston C., Cleland J. Relationships between contraception and abortion: A review of the evidence. International Family Planning. 2003; 9 (1):6-13
76. Terry B. Guía para la práctica. Metodología de sitios centinela en la planificación de salud. Rev Cubana de Alimentación y Nutrición. 1997;11 (2):117-122
77. Alonso I., Astraín M. Construcción de un índice de condiciones de vida. [Trabajo para optar por el título de especialista en I Grado en Bioestadística] 1999. Escuela Nacional de Salud Pública; La Habana.

78. Encuesta Nacional de Fecundidad Cuba 1987. La Habana: Comité Estatal de Estadísticas; 1991. p 111 - 120
79. Gran M., Nieto M., Pujol., Gutiérrez L. Características socio-culturales del aborto en Cuba. En: Programa Latinoamericano de actividades de población. Dinámica demográfica y cambio social. 1ra ed. México: Programa Latinoamericano de Población; 1996. p.91 - 110
80. Solicitud de Proyecto al Fondo de Población de las Naciones Unidas. Investigación Estadística sobre Características Socioculturales del Aborto en Cuba. La Habana: Dirección Nacional de Estadística; 1991.
81. Alfonso J., Mac Donald A., Sosa M. Apuntes para el estudio de la fecundidad en Cuba. La Habana: Sociedad Científica Cubana para el Desarrollo de la Familia; 1996 p. 42
82. Estudios territoriales sobre Salud Reproductiva Informe. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas. Junio 2003. p. 23
83. Anuario Demográfico. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas. 2001.
84. Alfonso J., Mac Donald A., Sosa M. Apuntes para el estudio de la fecundidad en Cuba. La Habana: Sociedad Científica Cubana para el Desarrollo de la Familia; 1996 p. 21 - 29
85. Albizu-Campos J.C. Las estrategias de vida, los hijos y la ley del valor. Publicaciones. Novedades en población La Habana: Universidad de La Habana; 2003. p. 1 - 32
86. Clúa A. Implementación de la encuesta por muestreo de conglomerados de indicadores múltiples (M.I.C.S.; por sus siglas en inglés) del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en Cuba. [Trabajo para optar por el Título de Master en Estadística aplicada a la Economía] 2001 Universidad de La Habana. La Habana.
87. Design and Implementation of Health Information Systems. Geneva: World Health Organization. 2000.
88. Sistemas de Información y Tecnología de Información en Salud. Desafíos y soluciones para América Latina y el Caribe. Washington. D.C: Organización Panamericana de la Salud; 1998.
89. Gran M., Castañeda I. Temas de Estadísticas Sanitarias. Informática Tomo II. La Habana: Centro de estudios de computación aplicada a la medicina; 2000.

90. González H. Aspectos sociodemográficos del embarazo adolescente en Cuba. La Habana: Centro de Estudios de población y Desarrollo. 2000. p. 15 - 19
91. Álvarez M., Rodríguez I., Popowski P., Castañeda A. Situación de la niñez, la adolescencia, la mujer y la familia en Cuba. La Habana: Centro de estudios de la Mujer; 2000. p. 46 - 96
92. González H. La sexualidad del adolescente. Sexología y Sociedad. Publicación especializada del Centro Nacional de Educación Sexual. 2001; 7(17): 4 - 11
93. González H. Embarazo adolescente en Cuba. Aspectos sociodemográficos. Sexología y Sociedad. Publicación especializada del Centro Nacional de Educación Sexual 2000; 6(16): 13 - 18
94. Estado Mundial de la Infancia 2003. El punto más crítico. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2003. p. 35
95. Mulet C., Valdespino F., Fernández R. La salud reproductiva en el adolescente. Algunas consideraciones importantes. La Habana: Centro Nacional de Educación y Promoción de Salud; 1998.
96. Calero J., Santana F. Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. Rev. Cub Salud Pública 2001;27(1): p. 50 - 57
97. Too Young to Die: Genes or Gender?. New York: United Nations; 1998. p. 1 - 15
98. Álvarez L., García C., Catasús S., Benítez M., Martínez M. Abortion practice in a municipality of Havana, Cuba. Abortion in the Developing World. Geneva: World Health Organization, 1999. p. 125-126
99. Encuesta Nacional de Fecundidad Cuba 1987. La Habana: Comité Estatal de Estadísticas; 1991.
100. Investigación sobre el desarrollo humano en Cuba 1996. La Habana: Centro de Investigaciones de la Economía mundial. 1997. p. 71
101. Benítez M. Panorama Sociodemográfico de la Familia Cubana. La Habana: Centro de Estudios Demográficos. 1999.
102. Calero J, Santana F. Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. Rev. Cubana de Salud Pública 2001;27(1): p. 50 - 57
103. Lugones M., Prado J., Calzada M., Córdova M. La consulta de Ginecología infanto-juvenil en la atención primaria y la salud reproductiva de las adolescentes. Rev Cubana Salud Pública 2001;27(2):103-15

104. Panorama social de América Latina. 2000 – 2001 Diagnóstico de las familias en América Latina: Principales cambios. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina 2001. p. 148 – 153
105. Ortiz C. Consecuencias médico-biológicas del embarazo en la adolescencia. Sexología y Sociedad. Publicación especializada del Centro Nacional de Educación Sexual 2002;8(18): 30 - 32
106. Anuarios Demográficos. La Habana: Centro de Estudios de Población y Desarrollo. 2001
107. Informe final de evaluación a mitad de período, del proyecto CUB 91 P02. La Habana: Fondo de Población de las Naciones Unidas; Mayo 1996.
108. El derecho a elegir: Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva. Autodeterminación sexual y reproductiva. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 1999.
109. Díaz E., Álvarez L., Farnot U. Factores de riesgo demográficos y sociales del aborto. Rev Cubana de Salud Pública 2001;27(1) 26 - 35
110. Molina R., Pereda C., Cumsille F., Martínez L., Miranda E., Molina T. Prevention of Pregnancy in High-Risk Women: Community intervention in Chile. Abortion in the Developing World. Geneva: World Health Organization; 1999. p. 57 -77
111. Álvarez L., Martínez M., Valenti R., Chacón A. Efectividad y continuidad de la anticoncepción en el Municipio 10 de Octubre. Rev. Cubana Salud Pública 1997; 23 (1-2): 65-67
112. Álvarez L., María M. Anticoncepción y aborto en Cuba. En: Pantelides E., Bott S. Reproducción, Salud y Sexualidad en América Latina. 1ª ed. Buenos Aires: Editoras Aires; 2000. p.73-98
113. Arés P. Ser mujer en Cuba. Riesgos y conquistas en Género: Salud y cotidianidad. La Habana. Universidad de La Habana. 2000.
114. Alfonso J., Mac Donald A., Sosa M. Apuntes para el estudio de la fecundidad en Cuba. La Habana: Sociedad Científica Cubana para el Desarrollo de la Familia; 1996 p. 34
115. Situación de Salud en las Américas. Washington. D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 364 – 365
116. Statistics Canada. Reproductive Health Indicators. Annual Report. Ottawa. 2001.
117. Gran M., Nieto M., Pujol., Gutiérrez L. Características socio-culturales del aborto en Cuba. En: Programa Latinoamericano de actividades de población. Dinámica

- demográfica y cambio social. 1ra ed. México: Programa Latinoamericano de Población; 1996. p.91 - 110
118. Encuesta Nacional de Fecundidad Cuba 1987. La Habana: Comité Estatal de Estadísticas; 1991.
119. Informe final de los resultados del estudio sobre regulaciones menstruales. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1997.
120. Encuesta Nacional de Fecundidad Cuba 1987. La Habana: Comité Estatal de Estadísticas; 1991.
121. Suárez N., Jiménez F. Estudio sobre el nivel de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos por las mujeres. La Habana: Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna; 1984.
122. El uso del D.I.U. no plantea riesgos de infertilidad tubárica. Family Health International
2001; 21(2): 2
123. The Alan Guttmacher Institute. Contraceptive Use. Who needs Contraception?. Visitado el día 18 - 03 - 2004 .Disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs>.
124. Encuesta Nacional de Fecundidad Cuba 1987. La Habana: Comité Estatal de Estadísticas; 1991.
125. Suárez N., Jiménez F. Estudio sobre el nivel de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos por las mujeres. Ciudad de La Habana: Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna; 1984.
126. Encuesta Nacional de Fecundidad Cuba 1987. La Habana: Comité Estatal de Estadísticas; 1991.
127. Álvarez L., García C., Catasús S., Benítez M., Martínez M. Abortion practice in a municipality of Havana, Cuba. Abortion in the Developing World. Geneva: World Health Organization, 1999. p.125 - 126
128. Álvarez L., María M. Anticoncepción y aborto en Cuba. En: Pantelides E., Bott S. Reproducción, Salud y Sexualidad en América Latina. 1ª ed. Buenos Aires: Editoras Aires; 2000. p.73 - 98
129. Álvarez L., Martínez M., Valenti R., Chacón A. Efectividad y continuidad de la anticoncepción en el Municipio 10 de Octubre. Rev. Cubana Salud Pública 1997; 23 (1-2): 65 - 67
130. Encuesta Nacional de Fecundidad Cuba 1987. La Habana: Comité Estatal de Estadísticas; 1991.

131. González H. El embarazo adolescente. Un fenómeno de gran magnitud en Cuba. *Sexología y Sociedad*. Publicación especializada del Centro Nacional de Educación Sexual 2000;6(15): 22-26
132. Álvarez L., María M. Anticoncepción y aborto en Cuba. En: Pantelides E., Bott S. *Reproducción, Salud y Sexualidad en América Latina*. 1ª ed. Buenos Aires: Editoras Aires; 2000. p.73-98
133. El uso del D.I.U. no plantea riesgos de infertilidad tubárica. *Family Health International* 2001; 21(2): 2
134. Encuesta Nacional de Fecundidad Cuba 1987. La Habana: Comité Estatal de Estadísticas; 1991.
135. Dirección Nacional de Estadística. Informe final de la aplicación de la encuesta por conglomerados de indicadores múltiples (MICS) de UNICEF en Cuba. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2001.
136. Barone M., Christopher J., Luick M., Teutonico D., Magnani R. Characteristics of Men Receiving Vasectomies In the United States, 1998-1999. The Alan Guttmacher Institute. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2004;36(1): 27-33
137. Informe 2001. *Mundos Diferentes. Salud y Riesgos Sexuales y Reproductivos*. Washington: Population Action International; 2001. p. 2
138. Hatcher R. *Contraceptive Technologies* Atlanta: International Edition, Printed Matter, Inc., 1989.
139. Informe 2001. *Mundos Diferentes. Salud y Riesgos Sexuales y Reproductivos*. Washington: Population Action International; 2001. p. 3
140. Ortega M., Castro M., Beretervide S., Rodríguez M., Santana M., Pérez T., Oliva J., Sosa M., Cabezas E., Domínguez F., Castañeda A., Gran M., Bravo O., Rodríguez R., Rodríguez M., González Y., Díaz E., Padrón E. *Maternidad y Paternidad responsables. Una metodología para la acción integral*. Ministerio de Salud Pública de Cuba. La Habana. 2003.
141. Informe de relatoría del II Taller de evaluación de la marcha del Plan de Acción de la República de Cuba para el cumplimiento de los acuerdos de la cumbre de Beijing. La Habana. Febrero. 2002
142. Dudley S. Mueller S. National Abortion Federation. Washington D.C.:O PS; 2000.

143. Catálogo de modelos oficiales vigentes del sistema de información estadística complementario de salud. La Habana: Dirección Nacional de Estadística; 1998.
144. Informe 2001. Mundos Diferentes. Salud y Riesgos Sexuales y Reproductivos. Washington: Population Action International; 2001. p. 3