

LÍA ORNAT CLEMENTE

**EL ABORTO PROVOCADO EN LA COMUNIDAD  
AUTÓNOMA DE ARAGÓN: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE  
LA POBLACIÓN ESPAÑOLA E INMIGRANTE**

**Tesis de Doctorado dirigida por:**

**DR. ERNESTO FABRE**

(Catedrático de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Zaragoza)

**DR. MAURICIO TAJADA**

(Profesor Asociado de la Universidad de Zaragoza)

**AREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA**





## ÍNDICE

---

<b>I. - JUSTIFICACIÓN DEL TEMA .....</b>	<b>9</b>
<b>II. - ÁREA Y POBLACIÓN DE ESTUDIO.....</b>	<b>17</b>
2. 1 - Población en Aragón .....	19
2. 2 - Población extranjera en España-Aragón .....	21
<b>III. - MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>25</b>
3. 1 - Terminología.....	27
3. 1. 1 - <i>Aborto</i> .....	27
3. 1. 2 - <i>Aborto no espontáneo</i> .....	28
3. 2 - Salud Sexual y Reproductiva.....	29
3. 3 - Sexualidad y Cultura.....	31
<b>IV. - CONTEXTUALIZACIÓN.....</b>	<b>35</b>
4. 1 - El aborto en la historia.....	37
4. 1. 1 - <i>Cazadores - recolectores</i> .....	38
4. 1. 2 - <i>Los agricultores</i> .....	38
4. 1. 3 - <i>Sociedades estatales</i> .....	39
4. 1. 4 - <i>Los primeros pasos del Cristianismo</i> .....	41
4. 1. 5 - <i>La Edad Media</i> .....	42
4. 1. 6 - <i>Época moderna</i> .....	43
4. 1. 7 - <i>Época contemporánea</i> .....	44
4. 2 - Legislación actual sobre el aborto.....	52
4. 2. 1- <i>Legislación en España</i> .....	55
4. 2. 2- <i>Legislación internacional</i> .....	63
4. 2. 2. 1 - <i>Europa</i> .....	63



4. 2. 2. 1. 1 - Europa Occidental.....	63
4. 2. 2. 1. 2 - Europa Central y Oriental.....	66
4. 2. 2. 2 - Asia.....	70
4. 2. 2. 3 - África.....	72
4. 2. 2. 4 - América Latina.....	75
4. 3 - Derecho canónico.....	84
4. 4 - Técnicas para la realización del aborto provocado.....	86
4. 4. 1 - Técnicas no institucionalizadas.....	86
4. 4. 2 - Técnicas institucionalizadas.....	88
4. 4. 3 - Complicaciones.....	93
<b>V. - METODOLOGÍA.....</b>	<b>97</b>
5. 1 - Fases de la investigación.....	99
5. 2 - Obtención de la muestra.....	101
5. 3 - Hoja de recogida de datos.....	102
5. 4 - Análisis de los datos.....	110
<b>VI. - RESULTADOS.....</b>	<b>113</b>
6. 1. - Población inmigrante.....	115
6. 1. 1 - Origen.....	115
6. 1. 2 - Tipo de inmigración.....	118
6. 1. 3 - Período de residencia.....	118
6. 1. 4 - Dominio de la lengua española.....	119
6. 2 - País de procedencia de la pareja.....	121
6. 3 - Lugar de residencia.....	122
6. 4 - Edad.....	127
6. 4. 1 - Edad media.....	127
6. 4. 2 - Grupos de edad.....	132
6. 5 - Tipo de convivencia.....	135
6. 6 - Nivel académico.....	138
6. 7 - Situación laboral de la mujer.....	141



6. 7. 1 - <i>Situación laboral</i> .....	141
6. 7. 2 - <i>Tipo de trabajo</i> .....	144
6. 8 - <i>Situación laboral de la pareja o sustentador</i> .....	148
6. 9 - <i>Número de hijos</i> .....	150
6. 9. 1 - <i>Hijos</i> .....	151
6. 9. 2 - <i>Hijos menores</i> .....	155
6. 10 - <i>Abortos anteriores</i> .....	161
6. 11 - <i>Empleo de anticoncepción</i> .....	171
6. 11. 1 - <i>Anticoncepción en el momento del embarazo.</i> .....	171
6. 11. 2 - <i>Anticoncepción durante el año previo al embarazo.</i> .....	174
6. 12 - <i>Visitas ginecológicas</i> .....	180
6. 13 - <i>Uso de intercepción postcoital (IPC).</i> .....	184
6. 14 - <i>Edad gestacional (E.G).</i> .....	188
6. 15 - <i>Motivo del aborto provocado</i> .....	192
6. 15. 1 - <i>Riesgo materno</i> .....	195
6. 15. 2 - <i>Malformación fetal</i> .....	202
6. 16 - <i>Método empleado en la realización del aborto</i> .....	203
6. 17 - <i>Lugar donde se practica el aborto</i> .....	207
<b>VII. - DISCUSIÓN</b> .....	<b>209</b>
7. 1 - <i>Consideraciones iniciales</i> .....	211
7.1.1 - <i>Tamaño muestral</i> .....	212
7.1.2 - <i>Sesgos</i> .....	213
7. 2 - <i>Origen de las usuarias</i> .....	214
7. 2. 1 - <i>Características de las mujeres inmigrantes.</i> .....	215
7. 2. 1. 1 - <i>País y área geográfica de origen</i> .....	215
7. 2. 1. 2 - <i>Tiempo de estancia en España</i> .....	219
7. 2. 1. 3 - <i>Dominio de la lengua española</i> .....	219



7. 3 - País de procedencia de la pareja .....	220
7. 4 - Lugar de residencia.....	221
7. 5 - Edad .....	223
7. 6 - Tipo de convivencia.....	226
7. 7 - Nivel académico .....	228
7. 8 - Situación laboral y tipo de trabajo de la mujer .....	230
7. 8. 1 - <i>Situación laboral</i> .....	230
7. 8. 2 - <i>Tipo de trabajo</i> .....	233
7. 9 - Situación laboral de la pareja o sustentador .....	234
7. 10 - Número de hijos.....	237
7. 10. 1 - <i>Hijos</i> .....	237
7. 10. 2 - <i>Hijos menores</i> .....	239
7. 11 - Abortos anteriores.....	240
7. 12 - Empleo de métodos anticonceptivos .....	244
7. 12. 1 - <i>Anticoncepción en el momento del embarazo</i> .....	245
7. 12. 2 - <i>Anticoncepción durante el año previo al embarazo.</i> .....	248
7. 13 - Visitas ginecológicas .....	252
7. 14 - Uso de intercepción postcoital.....	254
7. 15 - Edad gestacional (E. G.) .....	255
7. 16 - Motivo del aborto provocado.....	257
7. 16. 1 - <i>Riesgo materno</i> .....	258
7. 16. 2 - <i>Malformación fetal</i> .....	260
7. 17 - Método empleado en la realización del aborto .....	260
7. 18 - Lugar donde se realiza el aborto .....	262
7. 19 - Sumario.....	264



<b>VIII. - CONCLUSIONES .....</b>	<b>267</b>
<b>IX. - ANEXOS.....</b>	<b>271</b>
<b>X. - BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>277</b>





## I. - JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

*La vida de las hijas o hijos tiene valor desde la lógica previa que consiste en desear una existencia para si y para los otros y otras que lo esperan, lo cual garantiza a ese nuevo ser un lugar y un nombre, donde su dignidad está instituida y no depende únicamente de la legislación bajo la cual nazca. El ser madre o padre no tiene que ser una aceptación, un imperativo social, tiene que ser por el contrario un acto de deseo, un acto de libertad, un acto de elección donde sea posible garantizar una vida digna y feliz para el otro/a y para uno mismo.*

(Bibiana Restrepo)





## **1. – JUSTIFICACIÓN DEL TEMA**

Durante mi residencia en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza se observó un aumento importante de la población inmigrante que acudía no sólo a las consultas de Obstetricia sino también a las de Ginecología. Llamaba la atención cómo las diferencias culturales hacían que la enfermedad, el embarazo y la sexualidad tuvieran connotaciones y vivencias tan dispares. Al mismo tiempo, el idioma y el desconocimiento de nuestro Sistema Sanitario complicaban una adecuada utilización de todos los recursos disponibles (v.g. consulta de planificación familiar, de control del embarazo y de screening del cáncer ginecológico).

Esto impulsó una serie de estudios que se han encaminado a conocer cuál era la realidad de la población a la que se atendía para, de esa manera, poder desarrollar programas más específicos y efectivos. Se comenzó analizando cuáles eran las patologías obstétricas más frecuentes en la población inmigrante y si existían grandes diferencias entre éstas y las observadas entre las españolas. Se prosiguió con las características del parto y del recién nacido entre ambas realidades. Y parecía lógico que en este marco se abarcara el tema del aborto.

El aborto provocado no deja de ser un tema controvertido, con numerosas implicaciones éticas y legales. Además, inciden sobre él la cultura y las diferentes formas de entender y vivir la sexualidad y la anticoncepción.

El tema, por tanto, se fue materializando poco a poco, no sin dificultades y esfuerzo, hasta hacerse realidad cuando el Dr. Fabre y el Dr. Tajada aprobaron el proyecto en el que hemos trabajado y cuyos resultados conforman esta tesis de doctorado.



El trabajo que se presenta no intenta profundizar en temas legales, culturales, religiosos o morales, al igual que no deseamos que se interprete como una apología en pro o en contra del aborto. Nuestra intención es analizar la situación actual del aborto en la Comunidad Autónoma de Aragón para con ello entender mejor cuáles son las causas y situaciones que llevan a una mujer a tomar la decisión de abortar, al mismo tiempo que detectar el perfil de las usuarias, que nos permita adecuar las necesidades de las mujeres con los medios disponibles en cuanto a anticoncepción y diagnóstico prenatal se refiere.

Ya hace 21 años que en España se legalizó el aborto bajo determinados supuestos. A lo largo de estos años la realidad tanto social como económica de los españoles ha cambiado. Actualmente la inmigración es un hecho que aporta nuevas actuaciones y relaciones y que, no cabe duda, supone un reto tanto para la sociedad en general como para los profesionales médicos en particular.

Hoy disponemos y se conocen, en teoría, un amplio abanico de métodos anticonceptivos y por este motivo podría creerse que el objetivo ya está conseguido, sin embargo no siempre se logra evitar un embarazo no deseado, que supone el verdadero problema. El aborto es, al fin y al cabo, sólo una mala solución que podría haberse evitado en muchas ocasiones.

Según los datos aparecidos durante el último año en la prensa el número de abortos se ha incrementado progresivamente. Prácticamente la mitad de las mujeres que recurren a él son de nacionalidad no española. En esos mismos medios, se señalaba que cada vez es más frecuente que se tengan relaciones sexuales sin usar ningún tipo de anticoncepción.

Es por todo ello que nos centraremos en la Comunidad Autónoma de Aragón para comprobar si la tendencia es similar a la detectada en el resto del territorio nacional y conocer las características de las mujeres que acuden a provocarse un aborto, el país de origen de las usuarias y si este hecho diferenciador (ser española o no española) influye en los datos demográficos, en el uso de anticonceptivos o en las motivaciones que llevan a la mujer a utilizar este método de control de la natalidad.



A partir de lo reseñado con anterioridad nos planteamos una serie de hipótesis que versan sobre la población que acude a la comunidad autónoma de Aragón a realizarse un aborto:

- El porcentaje de abortos provocados es mayor entre las inmigrantes que entre las españolas.
- La edad de las inmigrantes que se someten a un aborto es menor que la de las españolas.
- La edad gestacional es mayor en las mujeres extranjeras que entre las españolas.
- El uso de métodos anticonceptivos es menor en la población inmigrante que en las mujeres españolas.
- Las mujeres inmigrantes esgrimen motivaciones socio-económicas con mayor frecuencia que las españolas.
- La recurrencia es mayor en la población inmigrante que en las españolas.

El objetivo de las hipótesis anteriormente plasmadas es obtener una información de primera línea y actualizada de las características de las mujeres que acceden al aborto provocado en cuanto a:

- El país de origen, que nos permitirá conocer sus peculiaridades culturales, su idioma, su forma de entender la sexualidad, entre otros. En el caso de las mujeres no españolas será interesante saber el tiempo que llevan en España para tener constancia del conocimiento que sobre el Sistema de Salud español, en general, y aragonés, en particular poseen, y, por tanto, saber si su utilización varía dependiendo de este dato.
- La edad, importante porque nos informará sobre el comienzo de las relaciones sexuales.
- La edad gestacional, que nos reflejará tanto la accesibilidad como la vivencia personal de las mujeres que se someten al procedimiento.



- El uso de anticonceptivos y la recurrencia, que nos mostrarán si es necesaria una mayor información sobre los métodos anticonceptivos que permitan no tener que llegar al aborto en caso de un embarazo no deseado.
- El número de hijos, los estudios, el tipo de trabajo y el estado civil, interesantes porque nos permitirán valorar los motivos que aluden las mujeres a la hora de realizar un aborto, y si existen diferencias entre las motivaciones de las españolas y las inmigrantes.
- La residencia habitual, nos revelará si para las mujeres de los municipios más pequeños es más difícil tener acceso al aborto o los datos se deben a las características sociales del medio.
- El lugar de la realización del aborto, si éste se practica en una clínica privada o en un hospital público, nos mostrará si existen dificultades para acceder a la realización de un aborto provocado dentro de la Sanidad Pública aunque se cumplan todos los supuestos legales que lo permitan.

Para comprender la verdadera situación del aborto en nuestra Comunidad Autónoma a lo largo del trabajo se irán describiendo las diferentes terminologías empleadas para referirse al aborto, al igual que la importancia de englobar esta práctica dentro de un contexto de salud sexual y reproductiva en la que tienen cabida las diferentes culturas que conviven en nuestra sociedad. Se intentará contextualizar el aborto, dibujando lo que ha significado éste a lo largo de la historia, cómo ha ido variando su valoración moral, religiosa y legal con el paso de los siglos, adecuándose a las necesidades económicas y demográficas de cada tiempo. De igual modo, se describirán las técnicas empleadas para su realización, desde el uso de hierbas y utensilios caseros hasta los métodos actuales más seguros. Posteriormente se delimitará el área y población que se pretende estudiar y se desarrollará la metodología utilizada para analizar los resultados obtenidos, que se expondrán a continuación. Por último, se compararán nuestros datos con los obtenidos por otros autores sobre el mismo tema para llegar a unas conclusiones que puedan mostrar cuál es la realidad del aborto en Aragón y cuáles serían las acciones a realizar una vez se conozca a quién atendemos. Se pretende, así, a través de este



estudio, ofrecer medidas de atención sanitaria que mejoren la salud sexual y reproductiva entre la población aragonesa.

Llegados a este punto, cabe decir que no ha sido sencillo desarrollar lo que a continuación se expone. Se ha tenido que solventar alguna que otra dificultad. Cuando nos planteamos el trabajo enseguida nos dimos cuenta de que la mayoría de los abortos practicados en nuestra Comunidad Autónoma se realizaban en dos clínicas privadas ubicadas en Zaragoza. Aunque este dato pudiera parecer que facilitaba las cosas hubo que vencer ciertas reticencias y miedos a que alguien ajeno tuviera acceso a la información que deseábamos obtener de las mujeres que acudían de forma anónima a ellas. Fueron días duros, de desánimo. Incluso, en algún momento, pensé que sería imposible realizar el trabajo que con tanta ilusión y esperanza había planteado. Hubo reuniones con los gerentes y las trabajadoras sociales en las que expusimos el porqué, para qué y el cómo del trabajo que queríamos llevar a cabo. Se hizo especial hincapié en asegurar la confidencialidad de los datos. Poco a poco, las discrepancias iniciales fueron dando paso a un diálogo fructífero que derivó en una ayuda sin la cual no hubiera sido posible el texto que presentamos. Nuestro agradecimiento se dirige, por tanto, a los profesionales de la Clínica Actur y la Clínica Almozara por su apoyo. Pero, desde luego, si alguien es el alma de este proyecto estos son Mauricio y Mayte.

Mauricio, compañero, maestro y amigo, que con su optimismo constante hizo que nunca me desanimara del todo y que, a pesar de los malos momentos, disfrutara del camino. Mayte, desde el primer momento, se entusiasmó con el proyecto e hizo mucho más fáciles y llevaderas las tensiones iniciales, al mismo tiempo que me iba enseñando cómo ir caminando. Espero seguir contando con vuestra amistad y compañía en el futuro.

El alumbramiento de este documento no habría sido posible sin el respaldo del Dr. Fabre, quien desde el primer día de mi residencia hizo que me enamorara de la especialidad y valorara el trabajo bien hecho.

Raquel, mi hermana, es el espíritu de la tesis. Ella ha sabido dirigirme y tenderme una mano cuando las letras y las oraciones se me hacían un ovillo enredado. Gracias por todo y más.



No querría olvidarme de aquellos que han estado a mi lado en los buenos y malos momentos: a mis padres, por los que estoy aquí tal y como soy; mis abuelos, de quienes aprendí lo que significa vivir, querer y disfrutar de las pequeñas cosas y, sobre todo, a mi abuela Josefina que, con sus charlas, me ha enseñado historia, solidaridad, humildad y a ser mujer en un pueblo del Pirineo; mis tíos, que son parte de mi vida y, como no, los amigos, que me quieren y valoran como soy.



## **II. - ÁREA Y POBLACION DE ESTUDIO**





## **2. – ÁREA Y POBLACIÓN DE ESTUDIO**

---

Con este apartado pretendemos dar una visión general, centrándonos fundamentalmente en la población femenina que vive en Aragón. Es importante conocer el número de mujeres, sus edades, sus países de procedencia y sus idiomas para concretar el marco en el que se ha elaborado este trabajo que presentamos. Para ello, dividiremos el capítulo en dos partes. En la primera describiremos la situación demográfica de la Comunidad Autónoma de Aragón y en la segunda analizaremos los datos referentes a la población extranjera que vive en este territorio.

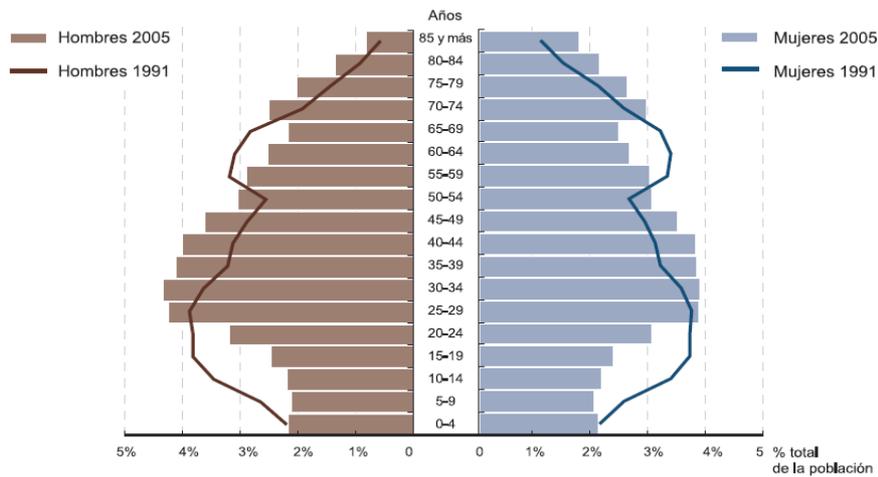
### **2.1 – Población en Aragón**

Según los datos publicados en 2005 por el Instituto Aragonés de Estadística<sup>1</sup>, 1.289.027 de personas conformaban la población aragonesa. Prácticamente la mitad son mujeres (636.879), lo que supone un 50,18% del total.

Al analizar la pirámide de población, hallamos que el 47,51% de las mujeres tienen entre 15 y 50 años y que el siguiente rango de edad más numeroso es el que supera la mitad del siglo de vida. Esta pirámide difiere de la observada en 1991, cuando existía una tasa de natalidad mayor que la actual.



**Pirámide de población. Aragón, años 1991 y 2005.**



**Pirámide de población. España. años 1991 v 2005.**

Gráfica nº 1: Pirámide de población de Aragón (1991 y 2005) (Instituto Aragonés de Estadística, IAEST, 2006).

MOVIMIENTO NATURAL DE LA POBLACIÓN DEL AÑO 2003			
	Nacimientos	Defunciones	Saldo vegetativo
Huesca	1.652	2.539	- 887
Teruel	996	1.768	- 772
Zaragoza	8.350	9.387	- 1.037
<b>Aragón</b>	<b>10.998</b>	<b>13.694</b>	<b>- 2.696</b>
España	441.881	384.828	57.053

Tabla nº 1: Movimiento natural de la población del año 2003 (IAEST).

La tasa bruta de natalidad y fecundidad<sup>1</sup> en 1980 fue de 12,56‰ y 1,96‰ respectivamente, descendió hasta 8,98‰ y 1,22‰ en 2003. Ésto nos muestra que ha existido una disminución tanto en el número de nacimientos como en el de hijos que tiene cada mujer durante las dos últimas décadas. Por lo tanto, Aragón tiene un saldo vegetativo<sup>2</sup> (nacimientos menos defunciones) de -2,696, poniéndose de manifiesto el notable envejecimiento de la población.

<sup>1</sup> Tasa bruta de natalidad: (nacimientos/población) x 1.000.

Tasa bruta de fecundidad: (nacimientos/mujeres entre 15 y 49 años) x 1.000.

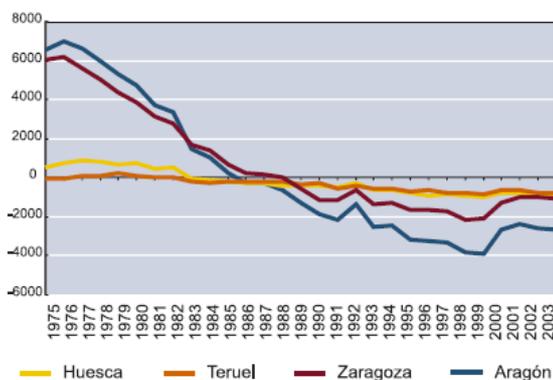
<sup>2</sup> El saldo vegetativo indica el aumento o descenso de la población que se produce como resultado de la diferencia entre nacidos vivos y defunciones.



### Indicadores demográficos. Años 1980 y 2003.

	1980	2003
<b>Tasa Bruta de Natalidad</b>		
Total Nacional	15,22	10,53
Aragón	12,56	8,98
<b>Tasa Bruta de Mortalidad</b>		
Total Nacional	7,71	9,16
Aragón	8,62	11,00
<b>Tasa Bruta de Nupcialidad</b>		
Total Nacional	5,88	5,05
Aragón	5,59	4,68
<b>Tasa Global de Fecundidad</b>		
Total Nacional	2,21	1,31
Aragón	1,96	1,22
<b>Edad al 1º matrimonio</b>		
Nacional Varones	26,23	32,55
Nacional Mujeres	23,87	29,80
Aragón Varones	26,9	32,52
Aragón Mujeres	24,53	29,79
<b>Edad de la madre al 1º hijo</b>		
Total Nacional	25,05	29,24
Aragón	24,79	29,97

Evolución del saldo vegetativo. Aragón, 1975-2003.



Evolución del saldo migratorio. Aragón, 1980-2004.

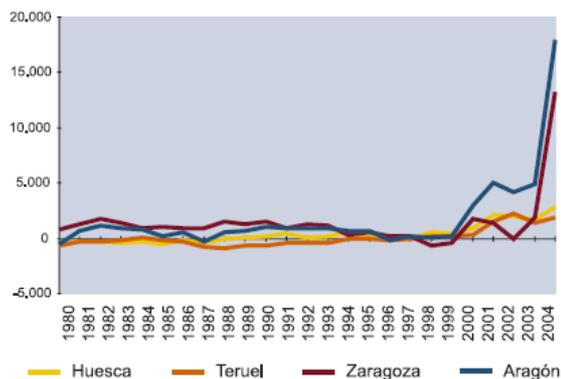


Gráfico nº 2: Indicadores demográficos en Aragón en los años 1981 y 2003 (IAEST).

## 2. 2 - Población extranjera en España-Aragón

El número de extranjeros tanto en España como en Aragón ha ido aumentando en los últimos años. Según los últimos datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística<sup>2</sup> se ha pasado de 542.314 en 1996 a 2.664.168 en 2003 y a 3.691.547 en 2005, lo que supone el 8,4% del total de la población española. De ellos 6.305 en 1994, 61.896 en 2003 y 96.202 en 2005 vivían en Aragón, representando un 2,4% del total de extranjeros de nuestro país y un 7,6% de la población total de nuestra



Comunidad Autónoma. Estas cifras se reparten entre Huesca (15.018), Teruel (9.632) y Zaragoza (71.552).

POBLACIÓN EXTRANJERA EMPADRONADA EN ARAGÓN				
	2000		2005	
	Número	% sobre total** <sup>3</sup>	Número	% sobre total*
Huesca	2.150	1,0	15.132	7,0
Teruel	893	0,7	9.756	6,9
Zaragoza	9.008	1,9	71.960	7,9
<b>Aragón</b>	<b>12.051</b>	<b>1,0</b>	<b>96.848</b>	<b>7,6</b>
España	923.879	2,3	3.730.610	8,5

Tabla nº 2: Población extranjera empadronada en Aragón (Padrón Municipal de habitantes a 1/1/2000 y a 1/1/2005).

El Instituto Aragonés de Estadística<sup>3</sup> publicó en el año 2005 que las nacionalidades que priman por número de individuos en Aragón son por orden descendente: ecuatoriana (6.087, 15,9%), marroquí (4.641, 12,1%), rumana (4.581, 12%), colombiana (3.596, 9,4%) y argelina (2.657, 6,9%).

Del total de extranjeros empadronados en Aragón en 2003, 26.655 eran mujeres. 3.785 vivían en la provincia de Huesca, 2.374 en la de Teruel y 20.496 en la de Zaragoza, lo que representaba un 3,63%; un 3,49% y un 5,76% respectivamente del total de mujeres de las provincias aragonesas.

El área de procedencia de las mujeres extranjeras empadronadas en Aragón se distribuye de la siguiente manera:

- Europa, 8.673 mujeres. De ellas 2.270 eran originarias de los países pertenecientes a la Unión Europea (UE 15, 1.818 y UE 10, 442) y las otras 6.403 procedían del resto del continente.
- Continente Africano, de donde provenían 4.641 mujeres, de las cuales 2.711 eran originarias del Magreb y 1.930 del África subsahariana.

<sup>3</sup> Porcentaje de extranjeros sobre población total.



- Continente Americano, representado por 12.640 mujeres. De Iberoamérica<sup>4</sup> procedían 12.461 y de América del Norte (E.E.U.U. y Canadá) 179.
- Continente Asiático, 652 mujeres, de las que desconocemos su nacionalidad.
- Oceanía, sólo 30 mujeres empadronadas.

POBLACIÓN EXTRANJERA EMPADRONADA EN ARAGÓN POR NACIONALIDAD, 2005.

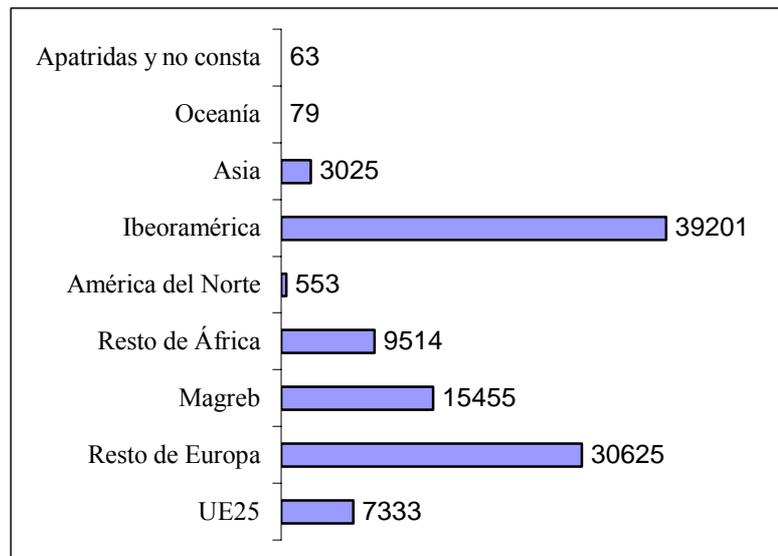


Gráfico nº 3: Población extranjera empadronada en Aragón según área geográfica de nacionalidad del año 2005 (IAEST, 2006)

Un dato a reseñar es que el 74,83% (19.946) del total de mujeres no españolas que viven en nuestra Comunidad Autónoma tienen entre 15 y 50 años. Se trata, por tanto, de un colectivo joven y en edad fértil.

Correlativamente al aumento de la población extranjera en Aragón se ha incrementado el número de nacimientos debido, en gran parte, a la tasa bruta de natalidad que presenta este colectivo. Así lo ponen de manifiesto las cifras, que señalan que la tasa de natalidad entre los inmigrantes es de 23,8‰ frente al 9‰ de los aragoneses en el año 2003. Además, los nacimientos de madres no españolas se ha incrementado de forma exponencial en la última

<sup>4</sup> México queda englobado en Iberoamérica y no en América del Norte por similitud cultural.



década, pues de los 147 nacidos en 1996 (1,67% del total) se pasó a 11.034 en 2003 (13,4% del total).

Al analizar los datos presentados, es sencillo percatarse de que la tendencia demográfica en Aragón ha sufrido un cambio debido, gracias al aporte poblacional extranjero, que ha permitido invertir la tendencia descendente de los últimos años. Este crecimiento detectado se produce por la juventud de las mujeres inmigrantes, que viven en el territorio aragonés, y que elevan la tasa de natalidad, puesto que, aunque representan tan solo un 7,6% de la población suponen actualmente casi un 20% del total de partos asistidos en nuestros hospitales<sup>4</sup>. Este colectivo, por tanto, presenta una mayor tasa de fertilidad, que igual que se ve representada en el número de embarazos que llegan a término, lo hace en la cantidad de abortos provocados y de embarazos no deseados.



### III. - MARCO TEÓRICO

*Las palabras tienen una historia y, en cierta medida, también, las palabras hacen la historia.*





### **3. – MARCO TEÓRICO**

---

#### **3. 1 - Terminología.**

Parece imprescindible definir determinados términos que se utilizarán a lo largo de la exposición, cuya interpretación puede realizarse desde distintos puntos de vista, y desde los que se pueden inferir razonamientos y conclusiones no siempre adecuadas.

##### 3. 1. 1 - Aborto

Según el Diccionario usual de la Real Academia Española<sup>5</sup> el aborto es la “1. m. Acción de abortar. 2. m. Interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas. Puede constituir eventualmente un delito. 3. m. Ser o cosa abortada. 4. m. Engendro, monstruo”.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (*O.M.S.*), en su Resolución técnica 461, define el aborto como “la Interrupción de la gestación antes de la viabilidad fetal, que se define como la expulsión o extracción de un embrión o feto de 500 gramos o menos. Este peso corresponde a una gestación de 20 a 22 semanas”.

Sin embargo, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia<sup>6</sup> (*S.E.G.O.*), coincidiendo con la legislación vigente y con los criterios de la *O.M.S.*, especifica la semana 22 como el límite en cuanto a la viabilidad fetal.

Como se observa, las definiciones anteriores no tienen en cuenta si el aborto se ha originado de manera espontánea, sin que nada o nadie haya intervenido en el fin mismo, o provocada, lo que supone intencionalidad.



A este último supuesto le dedicaremos las siguientes líneas pues entendemos que es fundamental para centrar y abordar el tema que nos ocupa en esta investigación.

### 3. 1. 2 - Aborto no espontáneo.

La Organización Mundial de la Salud (*O.M.S.*) entiende el aborto no espontáneo como la “evacuación total intencionada del contenido del útero gestante, antes de la viabilidad fetal, cumpliendo la legalidad vigente”.

En cuanto a la terminología empleada para designar la interrupción del embarazo de forma no espontánea, se ha de tener en cuenta la legislación que en cada país existe para, así, utilizar en cada caso el término preciso y definir de manera más exacta lo que se realiza. Barambió <sup>7</sup>diferencia:

- *Interrupción voluntaria del embarazo (I.V.E.):* Se debe utilizar este término en aquellos países donde se permite interrumpir la gestación a demanda, por la sola voluntad de la mujer, con la sola condición de que se produzca antes de unas determinadas semanas de embarazo. Se denominan “leyes de aborto de plazos”.
- *Aborto provocado:* Se usa esta acepción en países con “leyes de aborto por indicaciones”; en los que la voluntariedad convertiría el aborto en delito, puesto que no se ve contemplada, ya que está permitido sólo por alguna de las causas estipuladas en la ley y que deben estar correctamente documentadas. En los países anglosajones con este tipo de legislación utilizan el término de *induced abortion* (aborto inducido). Ahora bien, en nuestro país, la palabra inducción se asocia a un proceso farmacológico, por lo que parece más correcto el término provocado.

Por lo tanto, igual de importante es clarificar los términos más apropiados al hablar del aborto que englobarlo en un todo más amplio, en el que resalta no sólo el hecho en sí mismo sino la concepción que de él y de la sexualidad tienen las mujeres. Sin olvidar en todo ello, lo decisivo que resulta tanto la cultura como la educación en esta consideración.

Así, la salud sexual y reproductiva se erige como un elemento importante para comprender los aspectos que rodean al aborto provocado.



### 3. 2 - Salud Sexual y Reproductiva.

No se puede abordar el tema del aborto provocado sin tener en cuenta el contexto en el que se enmarca.

Según la O.M.S. 2002, la *Salud Sexual* es “el estado físico, emocional, mental y social de bienestar relacionado con la sexualidad; no simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o discapacidad. La salud sexual requiere una aproximación positiva y respetuosa de la sexualidad y las relaciones sexuales, tanto como la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y placenteras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para conseguir y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos”.

En los últimos años, la consideración social, educativa y científica sobre la sexualidad ha cambiado. Hoy en día se habla o escribe libremente sobre las relaciones sexuales en la televisión, en la escuela, en las revistas, en los libros. Pareciese que gracias a toda esta información la gente y especialmente los adolescentes conocieran la forma de contagio de determinadas enfermedades de transmisión sexual, como el Virus inmunodeficiencia humana (V.I.H.), y los diferentes métodos anticonceptivos. Sin embargo, cada vez comienzan a edades más tempranas las relaciones sexuales sin usar ningún tipo de protección, aumentando el número de embarazos no deseados y, por tanto, de abortos provocados y la transmisión de enfermedades.

Ahora bien, además de la información desde el punto de vista fisiológico y anatómico se debería dar más importancia a la sexualidad, entendida como capacidad de la persona para gozar de su cuerpo y de experimentar placer o dolor. A todo ello se uniría el hecho de abordar la sexualidad desde un punto de vista positivo, lejos de las dimensiones negativas, centradas en los peligros. Tenemos que hacer hincapié, siguiendo la definición de la O.M.S., en el desarrollo de la responsabilidad y el respeto a las relaciones hacia uno mismo y los otros, la autoestima, las habilidades sociales y la toma de decisiones<sup>8</sup>. De esta forma, la sexualidad formará parte de un todo más amplio, más enriquecedor, donde el acto sexual



ocupa un lugar importante pero no único o central. De este modo, será más fácil que ambos sexos asuman sus implicaciones y responsabilidades.

Cuando se habla de salud integral en las mujeres han de tenerse en cuenta aspectos sociales, físicos y psicológicos. En la actualidad se hace imprescindible separar las relaciones sexuales entre personas de distinto sexo y la procreación, a la que de forma natural pueden ir unidas. Ya en la declaración de los Derechos humanos de Teherán en 1968 se recogía que “los padres tienen el derecho humano básico de determinar libremente y de manera responsable el número y espaciamiento de sus hijos”.

“Las mujeres del mundo tienen derecho a reproducirse voluntariamente, a tener un hijo sano y a tener la seguridad de que el embarazo y el parto no supongan un riesgo para sus vidas; esta afirmación se recoge bajo el término de *Salud reproductiva*”<sup>9</sup> (F.I.G.O. 1994<sup>5</sup>), y, aunque en una primera lectura parezcan objetivos fáciles de llevar a cabo o ya conseguidos, implican un control prenatal exhaustivo, una asistencia al parto en condiciones óptimas, medicina preventiva de las enfermedades de transmisión sexual, cirugía más conservadora de la función reproductiva, tratamiento de las formas de esterilidad/infertilidad de forma gratuita, interrupción voluntaria del embarazo sin limitaciones y derecho a una anticoncepción libre y también gratuita. Se ha de intentar evitar que esta declaración quede sólo en una enumeración de buenas intenciones, y no llevarnos a engaño, porque desde luego, en muchos países por no decir en ninguno, se dan todas o alguna de las condiciones expuestas. Se necesita esfuerzo personal, económico e institucional para que pueda ser realidad actualmente. En una palabra, como dice GONZÁLEZ ANTÓN<sup>10</sup> existen los derechos pero hemos fracasado en garantizar su ejercicio.

Desde el tema que nos ocupa, la adopción de un método anticonceptivo se convierte en un elemento imprescindible en aquellas parejas que deseen separar la intención reproductiva de las relaciones sexuales para mantener una sexualidad satisfactoria. Los anticonceptivos no sólo ayudan a disminuir la transmisión de enfermedades sino que también palian la superpoblación y el hambre en aquellas zonas del mundo con mayor dificultad para

---

<sup>5</sup> Si bien la definición de la F.I.G.O. declara que el embarazo y el parto no deben suponer un riesgo para la vida de ninguna mujer, no podemos más que añadir que ambas situaciones conllevan peligro. Lo que se ha de asegurar es la igualdad en la asistencia independientemente del área geográfica en la que habite la embarazada.



sobrevivir, sin infligir inaceptablemente la libertad de las mujeres. Por lo tanto, la dispensación de los mismos bajo unas condiciones de libertad, gratuidad y seguridad lleva consigo la supresión de posteriores decisiones como el aborto mucho más complejas y que pueden implicar connotaciones negativas de índole psicológico y moral. Así, como señala González Antón<sup>10</sup>, el derecho a disfrutar de una calidad de vida sexual y poder controlar una de sus consecuencias potenciales, que no riesgos, como es la fecundidad, no debiera ser motivo hoy de discusión. A ello se une que las mujeres han de obtener una información objetiva y veraz, basada en el conocimiento científico, que les permitan tomar una decisión de forma autónoma, sin olvidar que la anticoncepción es cosa de dos y que el hombre es parte importante e implicada en ella. En este aspecto, la cultura y la educación juegan un papel fundamental.

### **3.3 - Sexualidad y Cultura.**

Antes de pasar a describir la situación actual debemos señalar que en un espacio determinado pueden coexistir diferentes formas de entender las relaciones entre los distintos sexos y, por ende, las relaciones sexuales y los métodos anticonceptivos. Todos estos aspectos conforman lo que entendemos por cultura, siendo su definición, según TYLOR<sup>11</sup> (1871) “todo complejo que comprende el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y las otras capacidades o hábitos adquiridos por el hombre y la mujer en tanto que miembros de la sociedad”.

Las diferentes formas de adaptarse, organizarse y ver el mundo dan lugar a la diversidad cultural. No existe cultura impermeable, aislada o inmutable. Todas las culturas sufren cambios constantemente, pierden rasgos o características y adquieren otros nuevos<sup>12</sup>.

Dentro de una misma sociedad se pueden encontrar tanto diferentes grupos culturales como subgrupos que la integran. Uno de los grupos tradicionalmente marginado a lo largo de la historia ha sido es de las mujeres. Si añadimos al hecho de ser mujer, el ser pobre e inmigrante, la discriminación es todavía mayor, se tienen todos los inconvenientes y ninguna ventaja.



Multiculturalismo: Fenómeno social y político, se da cuando dos o más grupos culturales coinciden en una misma sociedad. Este hecho sociológico enmarca el interculturalismo, que se diferencia del anterior por un entendimiento muy diferenciado.

El interculturalismo surge cuando de esa coexistencia de culturas (multiculturalismo) se hace convivencia<sup>13</sup>. Se trata de una repuesta normativa a la realidad plural, una forma de responder a la sociedad multicultural que no significa ni la asimilación impuesta ni la segregación<sup>14</sup>.

La realidad multicultural en España es un hecho que cada día aumenta en proporciones considerables. Los inmigrantes aportan su bagaje cultural en el país de destino. Son sus creencias, sus normas, sus valores en torno a la sexualidad y sus roles de género los que forjan los comportamientos sexuales. Por lo tanto, la cultura es clave en las creencias de los inmigrantes y en sus actitudes hacia la sexualidad y la salud sexual<sup>12</sup>. Por todo ello no debemos tratar la inmigración como un fenómeno sólo laboral o socio-económico, sino como un hecho socio - cultural, que no deja de afectar a la estructura social de los países de destino que la acogen; debemos conocer al *otro/a*, sus estructuras de parentesco, sus relaciones familiares, su concepción sobre los papeles sociales y sexuales, la educación, la propiedad, para poder ofrecerles soluciones y alternativas de acuerdo a sus necesidades sin querer imponer un sistema adecuado a nuestra cultura y forma de ver e interpretar los diferentes acontecimientos de la vida. No debemos olvidar que tan importante como la cultura es la educación. En el estudio realizado por DAWSON<sup>15</sup> entre mujeres chilenas que vivían en Chile o Australia se objetivó que entre las mujeres con un nivel de educación formal superior, vivieran donde vivieran, existía una mayor aceptación del aborto, mayor capacidad de romper normas, una desvalorización de la virginidad, tendencia a tener menos hijos, baja tolerancia a la infidelidad y rechazo al “machismo”. Sin embargo entre las mujeres de menor nivel educativo formal, independientemente del país donde habitaran, existía mayor conformidad con los roles de género, mayor aceptación de la infidelidad, de los valores religiosos y de la virginidad y un menor rechazo al “machismo”.

Como ha quedado expuesto, a la hora de desarrollar programas efectivos de promoción de salud sexual, se requieren investigaciones que orienten hacia qué tipo de población meta (cultura, educación, edades, acceso a los diferentes centros, conducta sexual) dirigir el



proyecto, para que el objetivo buscado, que todos los hombres y las mujeres, sin excepción, tengan derecho a una vida sexual sana, segura y placentera, pueda lograrse.





## IV.- CONTEXTUALIZACIÓN

*" Si alguien tiene un destino, entonces es un  
hombre.*

*Si a alguien se le impone un destino, entonces es una mujer".*

(Elfriede Jelinek)





## 4. – CONTEXTUALIZACIÓN

---

### 4.1 – El aborto en la historia.

El modo de reproducción de los individuos a lo largo de la historia se debe a un conjunto de factores interrelacionados, como las actividades de regulación demográfica llevadas a cabo por las diferentes instituciones y las “decisiones” adoptadas, consciente o inconscientemente, en la esfera privada, que han tenido el efecto combinado de elevar o rebajar las tasas de crecimiento de la población. Así, las diferentes prácticas y sus contextos pueden ser agrupados en cuatro categorías según HARRIS<sup>16</sup>:

- Atención y trato dado a los fetos, los recién nacidos y a los niños.
- Atención y trato dado a las jóvenes y las mujeres; en menor medida a los jóvenes y a los hombres.
- La frecuencia y el calendario de la lactancia.
- La frecuencia y el calendario de los coitos.

La población y, por lo tanto, el número de hijos que las mujeres han tenido y tienen se han visto regulados desde el principio de la humanidad de una forma u otra. Lo que ha ido variando son las formas y los condicionamientos tanto morales, éticos, económicos y culturales que han influido en la toma de decisiones. Lo que no parece haber cambiado, como veremos, es la discriminación hacia el género femenino sufrida durante el embarazo, el parto, el aborto y la lactancia, al igual que ha ocurrido con la mayor parte de los restantes mecanismos de regulación demográfica.



#### 4. 1. 1 – Cazadores - recolectores.

Los cazadores- recolectores, durante el Paleolítico, carecían de la tecnología necesaria para controlar los animales y plantas con las que podrían contar para la alimentación y cuidado de su descendencia. Como consecuencia, no podían sostener una población densa durante periodos prolongados, teniendo en cuenta también que la crianza de los niños suponía un gasto extra de energía en cuanto a una disminución de la productividad de las mujeres, que debían ocupar tiempo en su cuidado y transporte. Esto queda reflejado en un estudio llevado a cabo por DEVEREUX<sup>17</sup> en 1967 entre 350 sociedades preindustriales, que concluyó que el aborto provocado era un “fenómeno absolutamente universal”. Un ejemplo de sociedad cazadora recolectora lo presentó NEEL<sup>18</sup> (1968) en su estudio sobre los yamomanos, habitantes de la selva amazónica venezolana, que provocaban el parto en el curso del sexto – séptimo mes de gestación, si aún así, el feto muestra indicios de vida después de la expulsión, lo matan.

#### 4. 1. 2 – Los agricultores

Durante el Neolítico, la difusión de la agricultura se vio acompañada de un aumento de la población<sup>6</sup>, producido por un mayor cuidado de los hijos, debido a una mejora de las condiciones de vida y porque estos ya no eran vistos como una carga sino como fuerza de trabajo que colaboraba en las tareas agrícolas y ganaderas.

Ahora bien, según HARRIS Y ROSS<sup>16</sup> a mayor número de hijos las mujeres corrían mayores riesgos que, además, no eran compartidos por los hombres.

Muchos de los métodos abortivos empleados en estas sociedades no eran quirúrgicos, sino medidas físicas: coger pesos, realizar trabajos extenuantes, chapotear en el agua y saltar. Otras técnicas incluían el uso de hojas irritantes, poner agua caliente en el abdomen o tumbarse encima de cáscaras de coco caliente, documentados algunos de ellos en épocas medievales y modernas en la Península Ibérica como veremos en párrafos sucesivos.

---

<sup>6</sup> Tanto el aumento demográfico como los excedentes agrícolas suelen ir asociados, convirtiéndose en una labor casi imposible de determinar cuál fue la causa y cuál la consecuencia del otro.



#### 4. 1. 3 – Sociedades estatales.

Cabe suponer que los primeros Estados (India predinástica, Egipto, China, Mesopotamia, Mesoamérica e Incas) tuvieran políticas claramente natalistas conforme a la dinámica expansionista de sus sistemas económicos. De esa manera, existía más mano de obra para el trabajo y más hombres para la guerra, la defensa y el cultivo de las tierras. Sin embargo, el aborto no dejó de ser una práctica habitual entre esta población.

La primera evidencia existente de un aborto provocado aparece en documentos chinos, donde se describe la forma de practicarlos por parte de las concubinas chinas en los años 500 y 515 a.C. De acuerdo con la historiografía china, el legendario emperador Shennong prescribía el uso de mercurio para inducir el aborto hace ya 5.000 años.

Entre los incas existían “mujeres parteras, que decían que entre sueños se les comunicó el oficio, apareciéndoseles quien les dio los instrumentos. Estas mujeres atendían a las preñadas, que cuando se lo pedían, mataban a las criaturas dentro del cuerpo de las mujeres, llevando por eso muy buena paga..., porque sintiéndose una india preñada, y no queriendo que su parto salga a la luz, por miedo de sus padres o vergüenza, o por otra causa, el remedio que tenía es poner en mano de estas parteras que, con yerbas, bebedizos y aún sangrías las hacían mover y enterraban a las criaturas en lugares secretos”<sup>19</sup> .

En la India y en Egipto, el aborto no era considerado un delito. De hecho, no sólo se toleraba sino que se recomendaba como medida para controlar la natalidad dentro del ámbito familiar.

Aunque las ciudades - estado de la Grecia antigua eran tan natalistas como las de Roma, las leyes griegas protegían a los hijos desde su vida intrauterina. Incluso el gobierno de ciertas ciudades - estado se preocupaba de la mujer embarazada, procurándole cuidados y asistencia cuando su situación económica lo requiriera. Sin embargo, desde temprano existieron fuertes corrientes ideológicas contrarias a la política estatal. Así, Platón relacionaba el excesivo número de hijos con la pobreza y la guerra. De hecho, hace que sus guardianes no “traigan a la luz” niños no deseados, o que se “deshagan” de ellos<sup>20</sup>. Por otro lado, a Aristóteles le



preocupaba más la superpoblación que la falta de población<sup>21</sup>. Según él, el crecimiento demográfico incontrolado conduciría a la pobreza, la delincuencia y la rebelión. Llegó a proponer que, una vez alcanzado un nivel de población, habría que mantenerlo y no sobrepasarlo. Incluso, Filipo de Macedonia fue exhortado por Isócrates a conquistar Persia como salida a la población excedentaria rebelde de la Grecia continental.

Tanto las clases dominantes como las dominadas empleaban un gran número de mecanismos para controlar su fecundidad y, de esta forma, defenderse de las consecuencias negativas de tener que criar demasiados hijos. Una de las prácticas más extendida en la Roma republicana fue el infanticidio, que fue alabado por los pensadores más ilustres tanto de Grecia como de Roma hasta el S. IV d. C.

La realización de abortos fue bastante frecuente en esos siglos, siendo utilizados para ello: agujas, purgantes, diuréticos, eméticos, pesarios, pociones ácidas, puñetazos, levantamiento de grandes pesos y los recorridos en carreta por caminos de muchos baches<sup>22</sup>. Existía más resistencia a la realización de un aborto que a la de un infanticidio, probablemente porque no se podía saber el sexo del feto antes de su nacimiento y por los peligros que entrañaba su realización para la madre. Así lo sugiere la prohibición en el juramento Hipocrático<sup>16</sup>.

En la Roma republicana, el aborto voluntario se designó *abigere partum* (trad. provocar un parto pretérmino). No era considerado delito, ni siquiera como falta a la moral cuando la mujer era soltera. Ni los filósofos ni los jurisconsultos romanos valoraban al feto humano como un ser viviente y, por lo tanto, no daban al aborto ninguna importancia. Posteriormente, al final del período republicano, se empezó a condenar el aborto como un acto inmoral en las casadas. Si el hombre estaba enterado el castigo recaía sobre él y no en su mujer. Sin embargo, si la mujer realizaba el aborto sin conocimiento del hombre, padre, la castigada era ella. Con el tiempo, incluso se publicaron disposiciones que prohibían el aborto y la venta de los abortivos. En la Roma de Cicerón se castigaba seriamente la finalización de la gestación. Incluso en la época de Séptimo Severo y de su hijo, Caracalla, la mujer considerada culpable de haber provocado un aborto era desterrada de la ciudad. Se alegaba por la legislación vigente que era indigno impedir que el marido careciese de descendencia<sup>21</sup>.



#### 4. 1. 4 – Los primeros pasos del Cristianismo.

Aunque los griegos, romanos, hebreos, las tribus celtas y germánicos habían valorado a las mujeres en función de su capacidad reproductiva, les habían permitido ciertos medios de control sobre su propia fertilidad. Ninguna de estas culturas condenó la contracepción o el aborto con la vehemencia con la que lo harían los “padres de la iglesia católica”<sup>16</sup>.

Constantino, el primer emperador cristiano, proclamó que el celibato era un estado sagrado y derogó las leyes favorables al matrimonio, que subvencionaban la procreación, pero no aquellas que prohibían el infanticidio y el aborto. Bajo su mandato se consideró el infanticidio como un crimen, aunque no un asesinato, por lo que no sería castigado con la muerte hasta mucho más avanzado el s. IV.

San Agustín de Hipona (354 - 430) creía que la procreación humana era necesaria para aumentar el número de almas que pertenecerían a la Iglesia. A partir de entonces el natalismo se convirtió en un rasgo constante de la política cristiana en materia de población. San Jerónimo llamó a la contracepción asesinato de “un hombre aún non nato”. Siguiendo este razonamiento, en el s. VI, el Código Jurídico de Justiniano para el Imperio Romano convirtió el aborto en un “homicidio”, llegándose a establecer penitencias por el mismo. Según HARRIS Y ROSS<sup>16</sup>, la Iglesia arrebató, de esta forma, a las mujeres el control de su fertilidad. De hecho, la relación sexual, en la que el embarazo no era posible, se convirtió en pecado de “fornicación” al considerarse una injuria y no un acto divino. Así, si se fomentaba la natalidad y las familias numerosas, aumentaba el número de fieles adscritos a la Iglesia católica.

A lo largo de la Edad Media, a medida que las órdenes religiosas iban adquiriendo un preponderante papel como terratenientes, fueron hallados más motivos para alentar la procreación entre el campesinado. Pero no fue hasta 1.140 cuando Graciano, en sus decretales, convierte en infanticidio el aborto de un feto después de 66 días, si era niña, y 40 si era niño. Según Aristóteles éste era el tiempo que tardaban en formarse los fetos en el vientre de la madre y las mujeres podían comenzar a sentir sus movimientos<sup>23</sup>. Antes de esta “hominización” no existía penalización alguna.



Teólogos, como San Agustín de Hipona y Santo Tomás de Aquino, llegaron a condenar, incluso, el *coitus interruptus* porque dificultaba la procreación, considerada un bien natural.

#### 4. 1. 5 – La Edad Media.

Se trata de un período de gran resurgir demográfico debido al crecimiento de las ciudades, el desarrollo agrícola y la reaparición en Europa de autoridades políticas centralizadas con afanes imperialistas, necesitadas de hombres para el trabajo del campo y la guerra.

En una época en la que la escasez de higiene diezmaba la población, la edad mínima, estipulada por ley, para contraer matrimonio variaba según las circunstancias para, de esa forma, controlar la natalidad y evitar los hijos que pudieran nacer fuera de la unión conyugal. Al bajar la edad del matrimonio, la mujer adelantaba la edad para procrear al primer vástago, lo que conducía a elevar el número de hijos. Para algunas familias con escasos recursos, esta medida conllevaba un agravamiento en su situación económica y social, por lo que la única salida, en algunas ocasiones, fue la práctica del infanticidio. Esta actuación, junto al aborto, era considerada un delito, por lo que se tendía a disimular cada vez más, llegando a aparecer formas indirectas de acabar con la vida de los recién nacidos que se institucionalizaron, como ocurrió con el acto de “echarse encima del niño”.

Dicho acto, era realizado por las madres que se daban la vuelta mientras dormían y asfixiaban a su hijo, sobre todo si era niña, acostado a su lado. Tan frecuente fue esta práctica durante el medioevo que aparecieron leyes, como la del Parlamento inglés, que intentó “prevenir el asesinato de los hijos bastardos”, mediante la prohibición de que las madres durmieran en la misma cama que sus hijos. Como raras veces se podía demostrar la intención homicida, tras la denuncia pública, la penitencia se cumplía en forma de dieta y agua. Una de las costumbres que hizo que esta práctica se extendiera en el tiempo y entre las mujeres campesinas de pocos recursos económicos fue la alta demanda de amas de cría, mujeres que amamantaban a recién nacidos, hijos de familias ricas, por lo que recibían un dinero o alimentos<sup>24</sup>.

En el Sudeste asiático durante los ss. X-XII el método más utilizado para realizar un aborto fue la aplicación de presión sobre el abdomen de la mujer embarazada. De hecho, en



Camboya, en el templo de Angkor Wat, aparece la que se cree es la representación más antigua sobre el aborto. En este relieve, datado hacia 1.150, se muestra a un demonio practicando un aborto a una mujer que está sentada en el suelo.

Los documentos japoneses de principios del s. XII conforman otro ejemplo de cómo eran realizados los abortos. Durante el período Edo, en el que sucedieron etapas de hambruna, las campesinas embarazadas eran golpeadas duramente en el abdomen.

Durante la Baja Edad Media (ss. XIV – XV), debido a la mala nutrición de la población que vive en el campo y la vida hacinada en las ciudades, que favorecen la aparición y transmisión de enfermedades como la peste negra, la población diezma.

Aunque parezca paradójico, aquellos que sobreviven se benefician de una mejora en su nivel de vida, al aumentar los salarios por la demanda de una mano de obra que escasea. Dicha mejora repercute en la salud de las embarazadas y sus hijos. Si bien los índices de mortalidad en mujeres y niños continúan siendo altos, se aprecia un aumento progresivo de la natalidad y un descenso en el número de abortos e infanticidios.

#### 4. 1. 6 – Época moderna

La bonanza señalada acabó a principios del s. XVI donde, de nuevo, como consecuencia o causa del aumento de la población, aparecen de nuevo la hambruna, que condiciona un éxodo a las grandes urbes. La vida era cada vez más complicada. A las malas condiciones higiénicas de las casas y la mayor dificultad para conseguir alimentos se sumaban los bajos ingresos familiares para mantener a la familia. En este contexto es donde aparece la divergencia entre los gobernantes y los gobernados en cuanto a la concepción de la natalidad. Para los primeros era importante fomentar el incremento de número de hijos por familia para permitir un mejor y rápido desarrollo de las ciudades y del comercio en y entre ellas, al mismo tiempo que se cubrían las bajas entre los estratos más pobres debido al hacinamiento, hambrunas e infecciones.



Por otro lado, los gobernados no podían asumir el coste que suponía tener una gran descendencia, por lo que era habitual que sus mujeres acudieran a parteras que, en ocasiones, actuaban de abortadoras. Por ello fueron objeto de acusaciones en alguno que otro caso<sup>16</sup>.

#### 4. 1. 7 – Época contemporánea

Según HARRIS<sup>16</sup> durante la Revolución Industrial la práctica del infanticidio y el aborto había disminuido y aumentado la tasa de fecundidad y, por ende, la de natalidad. De nuevo, pero por otras razones se requería mano de obra para cubrir los puestos de trabajo en las fábricas instaladas en las ciudades. En ellas los niños representaron una fuente importante de ingresos en los hogares de finales del s. XVIII y principios del s: XIX, trabajaban.

Ahora bien, a medida que se producía la expansión industrial, aumentaba el tamaño de las ciudades y el campo se volvía cada vez menos productivo. La calidad de vida empeoraba al mismo tiempo que comenzaba a legislarse sobre la prohibición del trabajo infantil y se hacía obligatoria la enseñanza hasta una determinada edad. Tener mucha descendencia ya no era tan rentable. Era conveniente un número de hijos más reducido para poder mantener a la familia. De este modo, la fecundidad volvió a disminuir al tenerse que resolver la contradicción entre producción y reproducción y entre obreros y patrones.

Entre la clase obrera la tasa de fecundidad se mantuvo alta, ya que la mortalidad infantil era elevada entre los estratos sociales más desfavorecidos. Aunque existían leyes en determinados países como Inglaterra que impedían el trabajo infantil, los hijos seguían colaborando de diversas formas al mantenimiento de la economía familiar. Al mismo tiempo, las mujeres de clase obrera no contaban con facilidades para acceder a métodos que controlasen su reproducción, tanto por desconocimiento como por carecer de recursos económicos suficientes. A ello se sumaba que la autoridad civil y eclesiástica limitaban de modo efectivo las opciones de las clases más desfavorecidas mucho más que las de las clases media y alta.

Entre la nueva clase burguesa, al encontrarse los recursos económicos en los negocios y no en los hijos, sus mujeres ya no desempeñaban un papel tan importante en la economía familiar. No tenían que trabajar ni dentro ni fuera de casa, ya que las tareas domésticas eran



desempeñadas por sirvientas reclutadas entre los estratos más bajos de la sociedad. De esta forma, aumentaba la supervivencia de los hijos y de las madres que podían optar por el uso de prácticas anticonceptivas como el *coitus interruptus* o el uso de pesarios<sup>16</sup>.

En 1624, en Inglaterra se habían decretado una serie de leyes contra el infanticidio. Al comprobarse que esas medidas eran inviables, en 1803, el gobierno penalizó el aborto, considerando que al no poderse identificar y perseguir fácilmente a las mujeres que abortaran sí era factible con los que lo provocaban. En 1828 y 1837, se reforzó la ley como señala MC LAREN<sup>16</sup> y se instauró una campaña en contra de aquellos que trataban de democratizar el acceso a la información sobre los medios para regular la fecundidad. Esta campaña alcanzó un vigor especial cuando en 1877 se encarceló a Bradlaugh y Besant por difundir escritos acerca del control de la natalidad<sup>7</sup>. Ellas estaban convencidas de que la pobreza era la consecuencia de la superpoblación en gran medida. Esta opinión, sin embargo no era compartida por la clase dominante<sup>16</sup>.

En Europa, India, China y Japón en esta época también se practicaba el infanticidio directo e indirecto<sup>8</sup>. De hecho, los datos indican que el sexo femenino solía ser la víctima más frecuente. En la India del s. XIX los censos marcaban un claro predominio del sexo masculino frente al femenino (4 / 1).

En China el infanticidio de mujeres era frecuente en los valles rurales de Yangtze, Amoy y Fukien, donde los hombres realizaban tareas en el campo y por lo tanto eran más valiosos para la economía familiar.

En Japón, se practicaba el infanticidio en perjuicio de las mujeres según lo atestiguan las tasas de 10 - 25% de finales de la Era Tokugawa pese a que desde el s. XVIII la política gubernamental era claramente natalista y promovía incentivos materiales a los padres por tener más hijos.

---

<sup>7</sup> Bradlaugh, político británico, librepensador de ideas radicales, apóstol de una total libertad de expresión. Fundó el periódico *Nacional reformer*. Llevó a cabo con Annie Besant una campaña en pro del malthusianismo, por la que ambos fueron procesados.

<sup>8</sup> Entendemos por infanticidio directo aquel acto por el que se provoca la muerte del infante de manera activa, siendo el indirecto el episodio en el que al recién nacido se le induce la muerte de forma pasiva al negársele los cuidados requeridos.



La muerte al nacer de un niño era tan frecuente que se extendió la costumbre de no felicitar a la familia hasta saber si sería criado o no por ellos. “El control del tamaño y la composición de la familia logrados mediante la práctica del infanticidio en Japón desde los ss. XVII al XIX estaba tan calculado, tan definido y tenía tanta eficacia para la planificación de la familia como la contracepción en las sociedades industriales contemporáneas”<sup>16</sup>.

Esta práctica era igual de frecuente en todos los estratos de la sociedad. Entre el campesinado se extendió porque había necesidad de mano de obra para el cuidado de las tierras y entre las familias ricas para mantener unidos los bienes raíces.

Durante el s. XX, se produce la progresiva incorporación de la mujer a la esfera pública, sobre todo en los países europeos, E.E.U.U., Canadá, Australia y Nueva Zelanda. Se trata de un proceso que ya había comenzado en el siglo anterior con las reivindicaciones del sufragio universal.

Un cambio drástico en la historia universal, en general, y femenina, en particular, fue la II Guerra Mundial que trunca la materialización de las demandas femeninas, puesto que durante la contienda fueron las mujeres las que trabajaron en el campo y las fábricas, sustituyendo a los hombres que se encontraban en el frente. Al término de la conflagración bélica, de nuevo, las mujeres son relegadas al ámbito doméstico, impidiéndoseles, de esta forma, el acceso a puestos de trabajo fuera de casa o a la educación superior. No tardaría en llegar una contestación intelectual que supondría la génesis de una nueva etapa. Dicha etapa recibe el nombre de *segunda ola de feminismo*. BALAGUER<sup>25</sup> señala que en ella se asumen modernas reivindicaciones acordes con los nuevos tiempos como la incorporación al mercado de trabajo, los derechos del aborto y el divorcio.

A finales del s. XX la anatomía sexual y la libertad de decisión sobre el cuerpo femenino se convirtieron en el debate central del nuevo feminismo. La imposición del poder masculino fue desafiada no sólo en la teoría sino en la práctica cotidiana. La prevención de embarazos no deseados, con la generalización del acceso a la información sobre métodos anticonceptivos, fue una reivindicación básica del Movimiento de Liberación de la Mujer. La demanda del derecho a la maternidad libre también quedó expresada en términos de maternidad deseada como se ponía de manifiesto al emplear la afirmación “es mucho más bonito vivir cuando uno



es deseado”<sup>26</sup>. Se luchó también por la desvinculación entre maternidad, procreación y práctica sexual mediante eslóganes como los emitidos por la Asociación Gallega de la Mujer en los años setenta: “sexualidad no es maternidad: anticonceptivos libres y gratuitos”. Se pretendía así crear conciencia de que el embarazo no tenía porqué ser un castigo siempre y cuando fuese deseado.

Se reivindicó la despenalización del aborto como medida disuasoria para evitar su práctica ilegal. De esta forma, se facilitaba la salud reproductiva en condiciones de higiene e igualdad de acceso para todas las mujeres, independientemente de sus ingresos y su clase social. El lema de la Asociación Gallega de la Mujer era “anticonceptivos para no abortar, aborto libre para no morir”.

Durante las décadas de 1970 y 1980, en prácticamente todos los países de Europa occidental se producen manifestaciones a favor de la despenalización del aborto, al mismo tiempo que se procesa a mujeres por este mismo delito. Así, las españolas que deseaban abortar en condiciones médicas adecuadas acudían a las clínicas de Holanda o Londres, asumiendo los gastos que ello acarrearaba. En 1976, en las Jornadas Catalanas de la Mujer, las conclusiones reivindicativas reclamaban el derecho de libre disposición del cuerpo, la educación sexual, la despenalización o legalización del aborto y el derecho a los anticonceptivos para la mujer y el hombre a cargo de la Seguridad Social. En 1978, la revista *Vindicación Feminista* dedicó un monográfico sobre el aborto, titulado “Aborto, el clamor que no cesa”. Estas campañas surgieron de la necesidad de ofrecer servicios sanitarios adecuados a partir del reconocimiento del principio de libertad de las mujeres para tomar sus propias decisiones. La denuncia de los peligros que conllevaba para la salud la habitual práctica del aborto clandestino supuso el detonante para que se crearan en España los Servicios de planificación familiar y de educación sexual. Ambos servicios, desempeñados en un principio por colectivos feministas, como la Asociación Mujeres en la Transición Democrática (en Madrid), el Colectivo Self Help Pelvis y el grupo catalán DAIA, fomentaron en los barrios de las grandes ciudades, que fueran las propias mujeres las que realizaran el autocontrol de su propio cuerpo. Accedían así al conocimiento de su sexualidad y de los medios de control de la natalidad. Se concienciaba de esta forma que el problema afectaba a



un colectivo y no era una realidad individual. Se pretendía cambiar de forma radical el concepto de reproducción, maternidad, salud y sexualidad femenina, oponiéndose al discurso de la Iglesia católica y el Régimen franquista de pureza y pecado, en el que la mujer siempre estaba subordinada al hombre, bien en la figura del padre o del esposo, y en la que el acto sexual siempre debía realizarse en el seno del matrimonio y tenía como fin la procreación. Por tanto, se seguía perpetuando, como señala SÁNCHEZ<sup>26</sup>, la visión de los siglos precedentes: más hijos, más almas para el Señor y para los propósitos del Estado, aunque las circunstancias económicas para muchas familias no fueran las más idóneas durante la posguerra española.

Elsa Plaza, activista feminista, en 1978 ya proclamaba que “hacer el amor entre hombres, entre mujeres o entre hombres y mujeres debe ser una manera de comunicarse, quizás la más perfecta, y sólo será así cuando no haya miedos, tabúes ni resentimientos”.

A finales del s. XX, Estados Unidos y prácticamente todos los países europeos, a excepción de Irlanda, habían legalizado el aborto, si bien con grandes diferencias entre unos y otros en cuanto a accesibilidad, indicaciones y plazos. No ocurría lo mismo en los Países más desfavorecidos donde todavía la religión, las condiciones económicas y sanitarias hacían que las políticas estatales fueran más natalistas.

En este recién iniciado s. XXI, las diferencias observadas entre los países, sobre todo si comparamos aquellos más ricos con los más pobres, son importantes no sólo desde el punto de vista de la economía sino también en el ámbito social. En los primeros, la natalidad ha disminuido por la incorporación de la mujer al mundo laboral, con el subsiguiente retraso en la edad en la que las mujeres tienen su primer hijo y, por tanto, en el descenso de la fecundidad. En estos países, la tasa de mortalidad infantil y neonatal es bajísima, por lo que no es necesario tener más hijos de los deseados.

Sin embargo, en los países del Sur la situación de la mujer no es tan favorable, ya que todavía existe un alto nivel de machismo y se relega a la mujer a las tareas domésticas y al cuidado de los hijos. Son ellas el verdadero motor de la economía al mismo tiempo que perpetúan los roles de género en su descendencia. La educación es un lujo limitado a los privilegiados, por lo que el acceso a los métodos anticonceptivos es precario y el sexo femenino se ve valorado por su capacidad reproductiva. Son países donde la tasas de



mortalidad neonatal e infantil son elevadas, por lo que es necesario tener un número mayor de hijos para que alguno de ellos lleguen a la edad adulta y colaboren en el mantenimiento familiar. En ocasiones supone el embarazo tanta carga personal y económica que tanto si es legal como ilegal, se opta por el aborto para interrumpir la gestación. Este dato nos induce a afirmar que no se pueden desarrollar medidas para disminuir la práctica del aborto si no se solucionan las causas sociales que condicionan las posteriores actuaciones.

Ahora bien, estas diferencias, que parecen tan distantes en el espacio y en el tiempo, conviven en una misma realidad. La inmigración ha hecho que en un pequeño territorio convivan culturas diferentes (autóctonas y foráneas) que aportan sus formas de entender y valorar tanto las relaciones entre los diferentes sexos, como los anticonceptivos o el aborto.

El gran reto actual es lograr que todas las mujeres, cualesquiera que sea su país de origen o residencia, su clase / casta social tengan las mismas oportunidades y, sobre todo, que a ninguna se le discrimine o no pueda tomar sus propias decisiones por el hecho de ser mujer. Más de un tercio de los abortos ilegales se realizan en los países del Sur, lo que supone un verdadero problema de salud, puesto que la principal causa de mortalidad materna se debe a los abortos ilegales o clandestinos. A ello se une que para aquellas mujeres que no mueren las secuelas debidas a complicaciones como hemorragia, infecciones, infertilidad y perforaciones intestinales son importantes.

Prueba de los intentos internacionales que se están desarrollando para asegurar la igualdad entre las mujeres de todo el mundo es la Carta de los Derechos Sexuales y Reproductivos; carta adoptada por la Federación Internacional de Planificación de la Familia que engloba a organizaciones de 170 países del mundo.

Entre sus principios destacan:

1. Derecho a la Vida, la vida de ninguna mujer puede ser puesta en peligro por causa de embarazo o parto.



2. Derecho a la libertad y Seguridad de la persona, ninguna mujer debe ser objeto de prácticas como la mutilación genital femenina, el embarazo forzado, la esterilización o el aborto forzado.
3. Derecho a la igualdad y a estar libres de todas las formas de discriminación, incluyendo el ámbito de la vida sexual y reproductiva.
4. Derecho de la privacidad, todos los servicios de salud sexual y reproductiva deben ser confidenciales.
5. Derecho a la libertad de pensamiento, en las cuestiones relativas a la sexualidad y la reproducción.
6. Derecho a la información y la educación, incluyendo el acceso a una información completa de los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de planificación familiar.
7. Derecho a optar por contraer matrimonio o no y a formar y planificar una familia, ninguna mujer puede ser obligada a contraer un matrimonio contra su voluntad.
8. Derecho a decidir tener hijos o no tenerlos y cuando tenerlos, garantizando el acceso de las personas a métodos efectivos de anticoncepción.
9. Derecho a la atención de la salud y a la protección de la salud, que incluye el derecho a no ser objeto de prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud.
10. Derecho a los beneficios del progreso científico, incluyendo las técnicas apropiadas en salud reproductiva.
11. Derecho a la libertad de reunión y asociación, que incluye el derecho a sensibilizar a los gobiernos para que prioricen la salud y los derechos sexuales y los abusos sexuales.
12. Derecho a no ser objeto de tortura o maltrato, incluyendo los derechos de mujeres, hombres y jóvenes a ser protegidos de la violencia, la explotación sexual y los abusos sexuales.



Aunque oficialmente la igualdad entre sexos parece conseguida no lo es en la práctica, pues como bien explica el refrán “del dicho al hecho va un trecho”, y con mayor razón se aplica en la temática sexual, donde todavía es la mujer la que asume la responsabilidad de la anticoncepción y las consecuencias del fallo o no de su uso. SOLANA<sup>27</sup>, en relación a lo dicho, afirma que no habrá una verdadera democracia hasta que los gobiernos del mundo actúen para favorecer nuevas relaciones sociales que permitan a los hombres y mujeres compaginar las responsabilidades del ámbito privado con su presencia en el espacio público. Lo anterior se resume en la frase “mirar al mundo a través de los ojos de las mujeres”.

De hecho, como bien resume el *Bulletin de la Société Française de Philosophie* no cabe sostener hoy que exista una sola y única moral válida para todos los hombres en todos los tiempos y en todos los países. La moral cambia con las sociedades.



#### 4. 2 – Legislación actual sobre el aborto.

Resulta claro, aun ante la ausencia de lenguaje específico en materia de aborto en los tratados internacionales, que la legislación internacional sobre derechos humanos apoya el derecho de las mujeres embarazadas a decidir autónomamente en cuestiones relacionadas al aborto sin interferencia del Estado o de terceros. Pero, como ocurre en muchas otras circunstancias que tienen que ver con los derechos de las mujeres, la posibilidad de acceder al aborto legal con garantías sanitarias que disminuyan el riesgo que de por sí asumen las gestantes que se someten a esta práctica, no es igual dependiendo del país en que se viva. Las leyes, en muchas ocasiones, están influenciadas por razones morales, éticas y religiosas y, como veremos, han ido cambiando a lo largo de la historia.

Actualmente, casi el 90% de los países del mundo (que representan el 96% de la población mundial), tienen políticas que permiten el aborto en diversas situaciones jurídicas para salvar la vida de la mujer<sup>28</sup>. Más del 72% de la población mundial vive en países donde el embarazo puede ser interrumpido si es el resultado de una violación o incesto<sup>29</sup>.

El 62% de la población mundial vive en 55 países donde el aborto provocado está permitido, ya sea sin restricciones en cuanto a su causa o por razones socioeconómicas. En cambio, el 25% vive en 54 países que lo prohíben completamente o lo permiten sólo para salvar la vida de la mujer<sup>Error! Marcador no definido.</sup>.

Se pueden agrupar las diferentes leyes sobre el aborto dependiendo de lo restrictivas que sean. Se diferencian:

- a) Prohibición total sobre el aborto. Se trata de las leyes más restrictivas. Son aquellas que prohíben la interrupción voluntaria del embarazo en cualquier situación. Los países que las tienen en su ordenamiento jurídico y las aplican constituyen el 0,4% de la población mundial. Dichas leyes definen el aborto como un delito y aplican sanciones al proveedor y con frecuencia a la mujer que se somete a él. En América Latina sólo Colombia, Chile y El Salvador tienen este tipo de legislación, al igual que Malta y El Vaticano en Europa.



- b) Aborto permitido para salvar la vida de la mujer. Se trata de leyes menos restrictivas, ya que aprueban la interrupción del embarazo para salvar la vida de la gestante. El 24,9% de la población mundial vive en países en los que estas leyes conforman su *corpus* normativo. Algunos de ellos son Panamá, Paraguay y Venezuela.
- c) Aborto permitido cuando existe daño fetal. Esta razón está posibilitando el aborto voluntario de manera creciente en países con leyes restrictivas dado que, con la tecnología disponible en la actualidad, es posible diagnosticar malformaciones fetales, muchas de las cuales se consideran incompatibles con la vida del feto. En algunos países sus leyes no contienen referencias específicas al daño fetal sino que lo autorizan en el supuesto de salud mental dada la angustia que provoca este diagnóstico.
- d) Aborto permitido por cuestiones de salud de la mujer. Estas legislaciones conceden el permiso para llevar a cabo la interrupción del embarazo cuando lo requiere la salvaguarda de la vida de la madre, la prevención de riesgos que provoquen daño en la salud física y mental de la mujer embarazada y cuando haya constancia de violación, incesto o malformaciones fetales. Esta legislación existe en países que constituyen el 13,2% de la población mundial, entre los que se encuentran Polonia, Perú y España.
- e) Aborto permitido por razones socioeconómicas. Las leyes insertas en esta categoría no sólo autorizan todos los supuestos anteriores sino que tienen en cuenta los recursos económicos, la edad, el estado civil y número de hijos que tiene la mujer. Esto ocurre en países como Australia, Gran Bretaña, India y Japón, que constituyen aproximadamente un 20,2% de la población mundial.
- f) Aborto sin restricciones. Estas leyes permiten el aborto sin que exista ninguna condición relacionada con las motivaciones del mismo. Tienen acceso a la interrupción voluntaria del embarazo el 41,4% de la población mundial en países como Canadá, Cuba, Italia, Estados Unidos, Francia y Sudáfrica. En ellos el acceso puede estar restringido en función del periodo de gestación, de las exigencias de autorización de terceras personas o de los periodos de espera.



Cabe destacar que aún en estos países el aborto está regulado como procedimiento médico y nunca se promueve como método de planificación familiar.

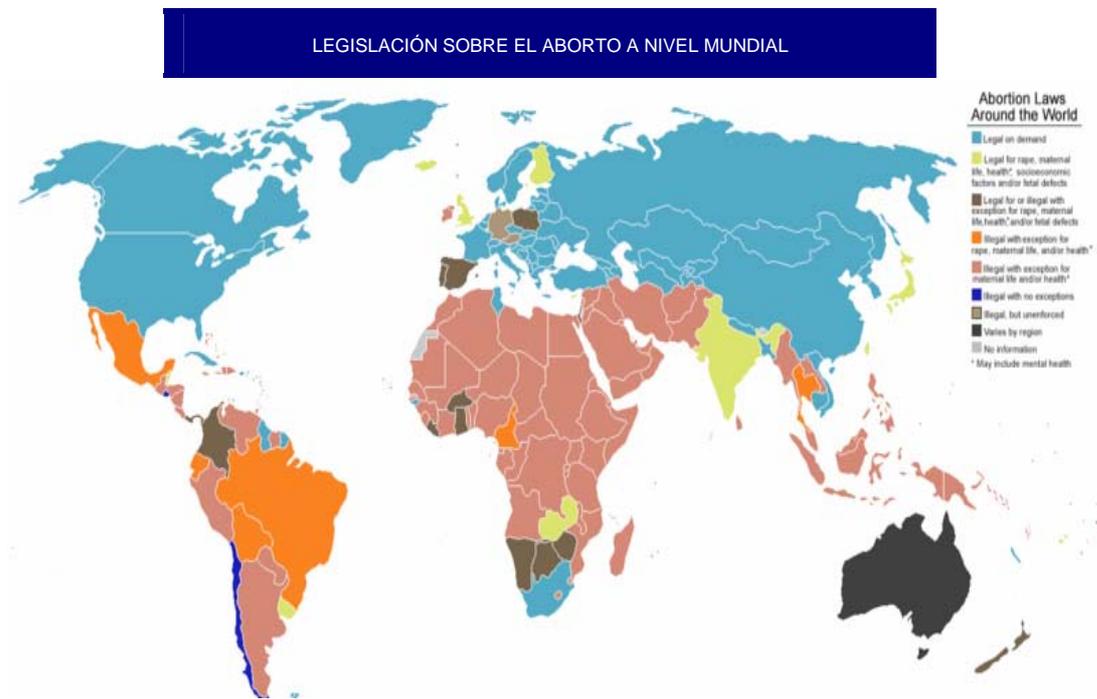


Figura nº 4: Leyes del aborto en el mundo ([www.answers.com/topic/abortion-law](http://www.answers.com/topic/abortion-law)).

No fue hasta el s. XIX cuando la mayoría de los países occidentales y, bajo su influencia, sus colonias en África, Asia y Latinoamérica, China y Japón declararon el aborto ilegal, debido a la influencia de grupos antiabortistas a los que se unieron las fuerzas conservadoras que se oponían al mismo por convicciones morales. También apoyaron esta postura los profesionales médicos que estaban en contra de esta práctica por los riesgos a los que la mujer se sometía en el procedimiento y por la regular intromisión de personal no acreditado en su realización, sobre todo entre las clases más pobres que carecían de recursos económicos, devaluando así el estatus de su profesión. Al mismo tiempo, sin embargo, se condenaba el uso de los anticonceptivos, por lo que el aborto ilegal se convertía en la única salida de control de la natalidad en muchos casos a pesar de las penas a las que se veían sometidas las mujeres si se comprobaba el delito. Por lo tanto, desde el punto de vista histórico durante este siglo se rompió la actitud tolerante que la población y sus gobernantes habían tenido sobre la interrupción voluntaria del embarazo.



Fue durante el s. XX cuando los países comenzaron a legalizar el aborto bajo determinados supuestos debido a un cambio en la actitud frente a la sexualidad y la procreación junto con una menor influencia de las instituciones religiosas. La epidemia de la rubéola y la talidomida hicieron necesario el aborto legal por las graves malformaciones que generaban en el feto. Un ejemplo de lo dicho lo encontramos en la antigua Unión Soviética cuando Lenin legalizó todo tipo de interrupción del embarazo en 1920, pero Stalin, en 1936, lo derogó para aumentar las tasas de natalidad. En 1932, Letonia legalizó el aborto. Islandia fue el primer país de Europa Occidental en permitirlo en 1935. Gran Bretaña lo hizo en 1967, seguido de Canadá (1968), Estados Unidos (1973), Francia (1975), Nueva Zelanda (1977), Italia (1978), Holanda (1980) y España (1985).

En los últimos años, los grupos que promueven la legalización del aborto han generado resistencias y grupos contrarios. De hecho, las protestas contra la interrupción de la gestación han bloqueado alguna que otra ley liberalizadora en países con restricciones, especialmente en algunos estados de Estados Unidos y en países ex-comunistas. Estos colectivos se están haciendo cada vez más visibles en Canadá, Gran Bretaña, Francia, Alemania e Italia.

#### 4. 2. 1 – Legislación en España

Haremos un repaso histórico para posteriormente describir la situación legal actual sobre el aborto. Nos parece interesante profundizar en el pasado de esta práctica tan polémica y tan antigua como la humanidad para controlar la natalidad y, de este modo, entender su presente; presente que hace legal el aborto provocado bajo determinados supuestos y cumpliendo, tanto las clínicas como los profesionales que lo realizan, una serie de obligaciones administrativas.

Los habitantes de la Hispania romana se regían por las leyes dictadas desde la capital del Imperio, Roma.

En la Edad Media fueron las partidas, aplicadas hasta el mismo s. XIX, las que contenían la teoría completa de la condición del *nasciturus*. Sus antecedentes se encuentran en las fuentes romanas y los textos canónicos en algunos puntos. Fueron, al mismo tiempo, las que



representaron el núcleo fundamental del devenir del Derecho privado español durante los mencionados siglos.

A continuación analizaremos las partidas relacionadas con el tema que nos compete:

- Partida VIII, 8, 8 en ella se explican las penas en las que pueden incurrir las mujeres que se sometan a un aborto: *“como la muger preñada, que come, o beue yeruas a sabiendas, para echar la criatura, deue ayer de omicida. Muger preñada, que bebiere yeruas a sabienda, o otra cosa qualquiera, con que echasse de si la criatura, o se firiessse con puños en el vientre, estonce, quando ella esto fiziere, que deue morir por ello. Fueras ende, si gelo fiziessen fazer por fuerça, asi como fazen los Judios a sus moras; ca estoica, el que lo fizo deue ayer la pena. E si por aventura non fuesse aun biva, entonce non le deuen dar muerte por ello; mas deue ser desterrada en alguna isla por 5 años. Essa misma pena, dezimos, que deue ayer el ome que fiere a su muger a sabiendas, leyendo ella preñada, de manera que se perdiessse lo que tenia en el vientre, por la feida. Mas si otro ome extraño lo fiziessse, deue ayer pena de omicida, si era biva la criatura, quando mouio por culpa de el; e si non era aun biva, deue ser desterrado en alguna isla por 5 años”* (sic).
- Partida IV, 23,3. Fuero Real IV, 5, 2: en la que se expone que no podrá hacerse efectiva la pena en el caso en el que el aborto hubiese sido ineficaz hasta el momento del parto: *“como la muger preñada no ha de ser justiciada. Si alguna muger por culpa que faga, fuere juzgada á muerte, ó á pena de su cuerpo, é fuere preñada, no sea justiciada, ni haya pena alguna en el cuerpo hasta que sea parida. Pero si alguna deuda debiere, é no hubiere de que la pagar, mandamos que la recauden por prisión, ó por otra guisa, sin pena del cuerpo, hasta que pague lo que debe”* (sic).

Ahora bien, no se especifica en ningún momento qué se entiende por aborto o si éste ha de considerarse o no como una especie dentro del régimen general del homicidio. Al mismo tiempo no se aclara cómo puede determinarse si el feto está o no animado y qué se debe hacer en caso de dudas. Según las partidas, el *concebido* adquiere ante la ley la consideración de un ser diferenciado, no tanto por el legislador sino porque filósofos, teólogos y médicos habían coincidido en el resultado de que el feto, a partir de un determinado momento de su



desarrollo, tenía movimientos propios y, por lo tanto, vida propia<sup>30</sup>. De este modo, se reconocía por parte de la doctrina<sup>9</sup> y el Derecho la existencia en la embarazada de dos vidas y, por ende, de dos almas independientes que, por igual, merecían la protección del ordenamiento jurídico. Si se practicaba un aborto como secuela se producía la muerte de la madre se consideraba un doble crimen. El problema surgía al plantearse la existencia de la animación fetal, ya que sólo podía considerarse homicidio<sup>10</sup> el aborto provocado voluntariamente en un feto en el que, junto a un determinado desarrollo corporal, se diera la debida animación; es decir, la infusión de un alma racional que le cualificara como auténtico ser con vida propia intraútero y, por tanto, distinta de la madre. Desde la Baja Edad Media hasta el s. XVIII se abogó por la *animación retardada* que señalaba que la animación surgía durante el transcurso de la gestación. Esta visión procedía de los planteamientos de Aristóteles (Cfr.: apartado 5. 1. 4 – *Los primeros pasos del Cristianismo*) que, posteriormente, serían ampliados por Santo Tomás de Aquino. De esta manera, el Derecho se adaptaba a una realidad desvelada por personas que se dedicaban a otros campos del saber. El castigo ordinario para el homicidio era la pena de muerte.

En los casos en los que la mujer estuviera enferma y el embarazo fuese su causa y la única salida para salvar su vida fuera abortar, autores como ENRIQUE DE VILLALOBOS<sup>30</sup> (1672) permitían el aborto considerándolo una opción siempre lícita cuando se tratara de un ser inanimado. En estos casos se equiparaba el aborto por enfermedad materna al aborto *honoris causa*<sup>11</sup>. Sin embargo, ALONSO DIANA<sup>30</sup> (1680) consideraba que no debía estar permitido en ninguno de los casos, ya que el feto era independiente de la madre y aspiraba a tener vida y alma propia, siendo un delito, por lo tanto, toda obstaculización de su potencialidad. Incluso había autores como FUENTE HURTADO<sup>30</sup> (1675) que aceptaban que la mujer tuviera derecho, incluso dentro del matrimonio, a preferir su vida y salud a la propagación de la especie, pero

---

<sup>9</sup> La doctrina la conforman un grupo de especialistas que se dedican al estudio del derecho y que, por tratarse de personas doctas en el tema, sus reflexiones y opiniones personales, aunque no tengan ni validez jurídica ni sea materia de derecho, pueden crear jurisprudencia.

<sup>10</sup> Cualquier tipo de interrupción voluntaria del embarazo era considerado pecado mortal, independientemente de la existencia de animación fetal.

<sup>11</sup> El aborto *honoris causa* es aquel que se realiza para preservar la honorabilidad de la gestante en casos de relaciones extramatrimoniales, incesto o violación. La mujer para preservar su honra debía destruir la vida de su hijo antes de su animación o respetar ésta última y correr los riesgos de la infamia y pérdida del honor que tal embarazo conllevaría.



esto era sólo ejecutable mediante la abstinencia. Así, impidiendo la consumación “era lícito a la mujer resistir y esforzarse cuanto pueda para que la fecundación no se produzca. Una vez que la mujer se retrae en su actitud defensora y cesa en su resistencia, de modo que se produce la consumación carnal, ya no le es permitido destruir el fruto de la concepción, de modo que tal destrucción no se considera justa defensa, sino vergüenza privada (sic)”. El aborto y la esterilidad se equiparaban puesto que el primero quita la vida ya comenzada y el segundo impide su concepción.

Durante los ss. XVI y XVII se mantuvo la base teológica de la Edad Media que sustentaba la valoración de los delitos y de las penas en los principios de la Iglesia Católica. En el s. XVIII se produjo un cambio al aparecer un racionalismo desvinculado de los fundamentos eclesiásticos. La razón humana se consideraba en sí misma y no como ejecutora de la voluntad divina<sup>30</sup>. En realidad, estas ideas ilustraban bien el contraste entre la normativa y la realidad diaria.

Por lo anteriormente descrito, se advierte que, en el tratamiento del delito del aborto, existió durante varios siglos un vacío importante que fue compensado por abundante y variada literatura que intentaba dar solución a cuestiones y aspectos no contemplados por la normativa.

Es en el s. XIX cuando aparece el primer Código Penal (1822), basado en las doctrinas de la Ilustración. Distinguió, en su artículo 639, entre dos formas de aborto: el llevado a cabo con el consentimiento de la propia embarazada y el no consentido, y los grados de ejecución: la tentativa y el aborto consumado. Tiene, además, en cuenta el aborto realizado por un tercero o el provocado por la propia mujer<sup>30</sup>.

Posteriormente, en 1848 un nuevo Código Penal es aprobado, al que siguió la reforma llevada a cabo en 1850, donde se abordó el tema del aborto con mayor minuciosidad, permaneciendo sin solución de continuidad hasta tiempos recientes.

- Artículo 328: aborto realizado con dolo por una tercera persona con consentimiento o no de la propia madre.
- Artículo 329: el aborto producido de manera no intencional.



- Artículo 330: el aborto realizado por la propia embarazada por razones de defensa del honor (se consideraba atenuante).
- Artículo 331: el médico era causante del aborto por abuso de sus facultades o fuera cómplice del mismo.

El Código de 1870, surgido de la revolución liberal de 1868, sólo añade una consideración especial en caso de que el aborto esté causado con violencia.

Tanto en el texto de 1822 como en los posteriores, 1848, 1850 y 1870, no se tomó en consideración a la hora de establecer la pena del delito de aborto la distinción, establecida en las partidas, sobre la animación fetal. La dificultad de dilucidar la existencia de vitalidad fetal ha determinado, desde el s. XIX, que el legislador buscase para establecer la criminalidad otros criterios legales más contrastables tales como el empleo o no de violencia, existencia o no de consentimiento o intencionalidad de la mujer, realización de un autoaborto u ocultación de una posible deshonra.

En el s. XX, encontramos en fecha de 1928 un Código Penal realizado en los últimos años de la dictadura de Primo de Rivera y otro al comienzo de la Segunda República (1932) que son bastante similares al de 1870. La única salvedad es que en el artículo 417 se regula por primera vez como delito que conlleve la muerte de la madre, en cuyo caso se hace recaer sobre el culpable la pena consiguiente en su grado máximo.

Cabe destacar que durante la Segunda República existió una ley en el parlamento catalán que legalizaba el aborto en este territorio siempre y cuando no se hubiera realizado transcurrido el tercer mes de gestación y lo practicara una persona capacitada. Podía provocarse si existían enfermedades maternas graves que justificaran detener el embarazo en un periodo más avanzado.

El Código Penal de 1944, realizado tras la Guerra Civil, regulaba el delito de aborto en el Libro II, Título VIII, capítulo III, artículo 411 y ss. Tales artículos eran fieles reproducciones de lo que se estableció en la Ley de protección de la natalidad de 1941, en la que se castigaba todo aborto provocado así como cualquier práctica tendente a destruir el producto de la



concepción en el vientre materno. No obstante, la ley de 1941 no sólo tipificaba las conductas abortivas, sino también cualquier actitud tendente a evitar la procreación como podían ser la expedición de abortivos y la realización de prácticas anticonceptivas. Todo ello en aras de la función de los intereses demográficos del Estado como lo expone LANDRORE DÍAZ<sup>30</sup> (1976). Esta tipificación restrictiva en torno a la expedición de anticonceptivos se mantuvo hasta la ley de 1978: “los que expedieren medicamentos de cualquier clase o medios anticonceptivos sin cumplir las formalidades legales o reglamentarias serán castigados con las penas de arresto mayor y multa de 20.000 a 100.000 pesetas”.

La mayoría de las interrupciones voluntarias del embarazo de mujeres no pudientes se realizaban de forma clandestina sin la debida asistencia facultativa, poniendo en peligro no sólo la salud sino la vida de la madre. Entre las mujeres con más poder adquisitivo, el aborto se realizaba fuera del territorio nacional, con las suficientes garantías para su salud. Desde 1974 hasta 1985 un total de 204.736 españolas abortaron en Inglaterra, Gales u Holanda<sup>31</sup>. Por lo tanto el peso de la ley nacional caía sobre las abortantes españolas con rentas más bajas.

Fue en 1985 cuando se despenalizó el aborto bajo determinados supuestos por la Ley Orgánica 9/1985<sup>32</sup>, de 5 de Julio, que introduce el artículo 417bis al Código Penal. El nuevo Código Penal<sup>33,34</sup> 10/1995 deja vigente el artículo 417bis del anterior.

Este artículo reza que “no será punible el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

- 1º. Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto. En caso de urgencia o riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.



- 2º. Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.
- 3º. Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación o que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas del centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto”.

Las penas establecidas en el Código Penal del año 1995 (Ley Orgánica 10/1995) para aquellos que realicen un aborto fuera de los supuestos despenalizados son:

- Artículo 144:

“El que produzca el aborto de una mujer, sin su consentimiento, será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínica, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de tres a diez años. Las mismas penas se impondrán al que practique el aborto habiendo obtenido la anuencia de la mujer mediante violencia, amenaza o engaño”.

- Artículo 145:

“1º. El que produzca el aborto de una mujer, con su consentimiento, fuera de los casos permitidos por la Ley, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínica, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de uno a seis años.

2º. La mujer que produjere su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, fuera de los casos permitidos por la Ley, será castigada con la pena de prisión de seis meses a un año o multa de seis a veinticuatro meses”.



- Artículo 146:

“El que por imprudencia grave ocasionare un aborto será castigado con la pena de prisión de tres a cinco meses o multa de seis a diez meses.

Cuando el aborto fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un periodo de uno a tres años.

La embarazada no será penada a tenor de este precepto”.

Como se manifiesta en el Código Penal, las mujeres deben autorizar el aborto en un consentimiento expreso, en caso de menores de 18 años no emancipadas es necesaria la firma de los padres o tutor legal (Ley 41/2002) y cualquier acto encaminado a la realización de un aborto provocado tiene que practicarse en un centro hospitalario o extra hospitalario, acreditado a tal efecto por la autoridades sanitarias, con requisitos distintos para menos o más de doce semanas, remitiendo siempre un boletín estadístico tipificado, anónimo y confidencial según se expone en la Resolución del Ministerio de Sanidad y Consumo de 4 de Febrero de 2000<sup>35</sup>. El responsable de la cumplimentación del impreso normalizado de notificación es el médico que realiza el procedimiento. De este impreso existen tres copias, una permanece en el centro acreditado y las otras dos son enviadas al departamento administrativo establecido que realiza la validación y control de calidad de los mismos, devolviendo a los centros aquellos boletines incompletos que precisen ser cumplimentados en alguno de sus apartados. Tras ello, una de las copias es remitida al Ministerio de Sanidad y Consumo, quedando la otra en poder del centro territorial, en nuestra Comunidad Autónoma, en la Diputación General de Aragón. Después se procede a su informatización, realizándose el análisis estadístico de los datos obtenidos para su posterior publicación.

En el impreso a cumplimentar no figuran ni el nombre ni los apellidos de la mujer con el fin de preservar el anonimato de la interesada (Cfr.: *Anexo 1*).



#### 4. 2. 2. – Legislación internacional

Ahora bien, no sólo es importante conocer nuestra realidad cultural y jurídica, sino la de las mujeres que acuden a las clínicas aragonesas demandando la realización de un aborto provocado. Así, describiremos las leyes vigentes en los distintos países de procedencia de las usuarias para conocer cuál es la realidad en sus países de origen y, por tanto, el grado de accesibilidad al mismo en sus comunidades. Ello podría marcar la utilización de este procedimiento en el país de acogida, tal y como se vendría realizando en el de origen. Pero, no sólo las leyes determinan la concepción que del aborto se tiene, sino que la moral, la ética, la religión, la cultura y las situaciones económicas y personales de cada embarazada influyen en el momento de tomar la decisión de interrumpir la gestación. De suma importancia también es el modo en que las leyes son interpretadas y respetadas por la comunidad médica.

##### 4. 2. 2. 1 - Europa

###### 4. 2. 2. 1. 1 – Europa Occidental

El aborto provocado está permitido legalmente al menos bajo determinados supuestos en todos los países de Europa occidental a excepción de la República de Irlanda, El Norte de Irlanda, Malta y el Estado Vaticano.

En ellos, el aborto tiene una incidencia de cinco a diez veces más baja que entre los países de la Europa oriental, coincidiendo con el menor uso de métodos anticonceptivos.

A continuación, expondremos las características más reseñables de la legislación internacional sobre la interrupción del embarazo en los países de Europa occidental.

###### 4. 2. 2. 1. 1. 1 - ALEMANIA

En la Alemania nazi el aborto estaba estrictamente prohibido, puesto que las mujeres de raza aria debían reproducirse para mantener “la raza superior”. La interrupción voluntaria del embarazo fue declarada un acto en contra del Estado y fue penalizada con la muerte desde 1943. Los centros de planificación familiar que habían estado funcionando durante el anterior régimen fueron cerrados y el acceso a los métodos anticonceptivos prohibido. A cambio, se



introdujeron incentivos económicos para aumentar la natalidad. En cambio, a las mujeres judías se les obligaba a abortar. El gobierno nazi empleó esta práctica, junto con la esterilización, para impedir la reproducción de los que consideraron eran “razas inferiores”<sup>36</sup>.

En los años setenta, se legalizó el aborto tanto en la República Federal Alemana como en la República Democrática Alemana. Pero fue tras su reunificación 1995 cuando se adoptó la ley vigente, por la que el aborto no puede ser perseguido durante las primeras catorce semanas de gestación sin ser requisito *sine qua non* adscribirse a ningún supuesto. Así, desde entonces, la interrupción voluntaria del embarazo se produce a demanda de la mujer. Ahora bien, se aumentaron a cambio los requerimientos administrativos y médicos a lo largo del proceso, como el asesoramiento a la embarazada sobre la ayuda que podría recibir tanto ella como su hijo. Tras estas orientaciones, la mujer ha de esperar tres días antes de que se realice el aborto.

Además, la mayoría de los procedimientos no son asumidos por el sistema nacional de salud<sup>36</sup>.

#### 4. 2. 2. 1. 1. 2 - FRANCIA

Durante la ocupación nazi Francia se equiparó legislativamente a Alemania. La situación no cambió tras la finalización de la II Guerra Mundial en 1945, ya que se mantuvo la ilegalidad del aborto hasta 1975; año en el que se legalizó su práctica. Se permitía hasta las 13 semanas de gestación a demanda de la mujer, bajo la condición de que la embarazada fuera aconsejada, se le explicaran las alternativas, sus complicaciones y observara un período de una semana desde dicho asesoramiento hasta la consecución del aborto. Después de las 13 semanas y, sin limitación de edad gestacional, dos especialistas debían certificar que la vida de la madre corría peligro por causa del embarazo o que existía una malformación grave fetal<sup>37</sup>.

En Septiembre de 1988, Francia se convierte en el primer país occidental en permitir la venta de la RU 486 (Mifepristona, antagonista de la progesterona) para la práctica de abortos.

En la actualidad, se requiere, al menos, un hospital público en cada área local de salud que realice interrupciones del embarazo. De hecho, la obstrucción al acceso a estos servicios



públicos es considerada desde 1993 delito (una ofensa criminal), que conlleva prisión, multa o ambas<sup>38</sup>.

Se da la paradójica circunstancia de que alguna francesa acude a España a abortar bajo el supuesto psicológico hasta la semana 22 de embarazo y que las españolas van a Francia para abortar por encima de esta edad gestacional si existe una malformación fetal o una grave enfermedad materna<sup>12,7</sup>.

En este país la anticoncepción de emergencia se dispensa en las farmacias sin necesidad de receta médica<sup>39</sup>.

#### 4. 2. 2. 1. 1. 3 - ITALIA

Liberalizó en 1978 su ley sobre el aborto. Esta nueva ley sustituyó al Código Penal de la época fascista, que consideraba el aborto un crimen en contra de la integridad de su raza. En la actualidad, las mujeres mayores de 18 años pueden abortar durante el primer trimestre por razones médicas, económicas, sociales, familiares o psicológicas, siendo necesario el consentimiento paterno en aquellos casos en los que la embarazada sea menor de edad<sup>38</sup>.

También puede practicarse un aborto si existe alguna sospecha de defecto en el feto con la condición de estar asesoradas y tras un período de espera de siete días. Transcurrido el primer trimestre sólo se permite la interrupción del embarazo si éste pone en peligro la salud de la madre o si existen razones para pensar que el feto presenta una malformación.

La legislación permite a los médicos inscribirse en un registro de objetores de conciencia por motivos religiosos o morales. Alrededor del 70% de los profesionales se encuentran en estas circunstancias, por lo que el acceso al aborto, a pesar de una legislación permisiva, sigue siendo dificultoso. Las mujeres deben esperar una media de treinta días para que el procedimiento se realice en la Sanidad Pública, por lo que no es de extrañar que el aborto ilegal sea elevado en este país.

---

<sup>12</sup> Este fenómeno descrito recibe la denominación de *turismo del aborto*. Este hecho se vería frenado si existiese un ordenamiento jurídico homogéneo en todos los países integrantes de la Unión Europea.



Un intento de revocar esta ley y volver a la legislación restrictiva anterior no fue aprobado por el referéndum popular celebrado en mayo de 1981<sup>36</sup>.

#### 4. 2. 2. 1. 1. 4 - PORTUGAL

A partir de febrero de 1984 el aborto es legal si existe alguna malformación fetal, si en el embarazo ha mediado coacción, violación o incesto y si existe enfermedad materna física o mental, que ponga en peligro la vida de la embarazada. La existencia de estas circunstancias debe ser confirmada por dos especialistas y la mujer ha de realizar un periodo de reflexión de tres días. La esterilización fue legalizada para mujeres que así lo desearan y fueran mayores de veinticinco años<sup>36</sup>.

La oposición de muchos especialistas a practicar abortos hace que la mayoría de las mujeres portuguesas realicen la intervención bien ilegalmente en clínicas privadas o bien en otros países como España<sup>37</sup>.

El día 12 de Febrero de 2007 se realizó un referéndum en el que el 60% de los participantes estaban de acuerdo en despenalizar el aborto en las primeras diez semanas de gestación a petición de la embarazada. Pero, dada la alta abstención podría invalidarse el resultado<sup>13</sup>.

#### 4. 2. 2. 1. 2 - Europa Central y Oriental.

Después de que la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) liberalizara las leyes sobre el aborto en 1955, todos los países socialistas del este y centro de Europa, excepto Albania, adoptaron similares legislaciones. Pero, en 1970, debido a un importante descenso de la natalidad, se restringió el acceso al aborto en Bulgaria, la antigua Checoslovaquia, Hungría y Rumanía. En estos países la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo ha sido tradicionalmente usada como un método de control de la natalidad. Nunca los anticonceptivos han formado parte de la cultura de su planificación familiar<sup>37</sup>.

---

<sup>13</sup> A pesar de los resultados parece que el Gobierno portugués se ha comprometido a sacar la ley por medio de su mayoría absoluta en el Parlamento. A la conclusión de este trabajo todavía no se tienen datos concluyentes sobre el tema.



Aquellos países que permiten el aborto a petición durante los primeros tres meses de gestación, también lo autorizan en el segundo trimestre de embarazo, pero solamente por motivos médicos.

Actualmente y tras la década de los noventa existe un movimiento antiabortista importante, influido por la Iglesia Católica que ha resurgido tras décadas de prohibición. Este resurgir de las creencias religiosas y su influencia política ha conducido a la restricción de las leyes abortistas, como se observa en Polonia, único Estado europeo que ha endurecido su legislación en las últimas décadas.

#### 4. 2. 2. 1. 2. 1 - ALBANIA

Durante su etapa comunista, el aborto y la anticoncepción fueron ilegales con el propósito de aumentar la población. Esta política natalista produjo un incremento de la mortalidad materna como consecuencia de su clandestinidad.

No sería hasta la caída del Régimen comunista, en 1991, cuando la interrupción voluntaria del embarazo sería legalizada. Ésta podía realizarse a demanda de la embarazada durante el primer trimestre de la gestación. En ese mismo año, se creó una red de centros de planificación familiar y se formó a los médicos en los nuevos métodos anticonceptivos. Estos acontecimientos supusieron un descenso en la mortalidad materna importante. Así lo pone de manifiesto que en 1992 sólo fueran atendidas en el Hospital de Tirana 145 mujeres que se habían sometido a abortos clandestinos frente a las 4.929 del año 1990<sup>38</sup>.

#### 4. 2. 2. 1. 2. 2 - BULGARIA

Fue legal el aborto voluntario sin necesidad de justificar ningún supuesto desde 1956 a 1968. Desde entonces hasta 1973 el aborto electivo sólo fue permitido a mujeres casadas, que tuvieran dos o más hijos, o propasaran los cuarenta años y contaran con un hijo vivo, y a las mujeres solteras, independientemente de su edad como consecuencia de un descenso en la tasa de natalidad<sup>36</sup>.



Desde 1990, las leyes búlgaras son más permisivas, siendo el aborto legal durante las primeras 12 semanas de embarazo si la mujer lo solicita. De hecho, se considera un método más de planificación familiar, ya que los modernos anticonceptivos apenas se conocen y resultan más caros que el aborto.

Por estos motivos, Bulgaria tiene una de las tasas de aborto más altas de Europa<sup>36</sup>**Error!**  
Marcador no definido.

#### 4. 2. 2. 1. 2. 3 - POLONIA

Legalizó el aborto en 1956. Se permitió durante el primer trimestre por razones socio-económicas y médicas durante el segundo. Sin embargo, a inicios de la década de los noventa comenzaron las restricciones. Esta política tuvo su continuación con la aprobación en 1992 de un Código ético anti – abortista. Polonia, se convirtió en el único país en aplicar una política más restrictiva. Actualmente el aborto sólo es legal cuando existe peligro de muerte para la madre o cuando se sospecha de la existencia de una malformación fetal grave<sup>38</sup>. Esta situación ha incrementado el número de infanticidios y abandonos de recién nacidos, pues se ha limitado y se limita el acceso a los métodos anticonceptivos y no se ha impartido ni se imparte una adecuada educación sexual, debido a la influencia de la Iglesia católica en las escuelas y en las instituciones estatales<sup>37</sup>.

#### 4. 2. 2. 1. 2. 4 - REPÚBLICA CHECA

La ex república checoslovaca liberalizó el aborto en 1957, permitiéndolo no sólo por causas médicas sino también sociales. Cuando el país se escindió creándose dos nuevos estados independientes en 1993, las leyes sobre la interrupción voluntaria del embarazo pronto fueron instituidas en ambas Repúblicas. En la actualidad, en Chequia y Eslovaquia, el aborto a petición de la embarazada es legal hasta las 12 semanas de gestación<sup>36</sup>.

RAHMAN<sup>38</sup> reseña que el número de procedimientos está disminuyendo al haber aumentado el uso de métodos anticonceptivos.



#### 4. 2. 2. 1. 2. 5 - RUMANÍA

La ley de 1957 que promulgaba el aborto electivo fue revocada en 1966 por un decreto que lo restringía a mujeres mayores de 45 años - edad que sería rebajada a los 40 en 1970 - o a mujeres que tuvieran 40 años e hijos vivos, además de las habituales razones médicas, eugenésicas y jurídicas<sup>36</sup>. Dicha restricción coincidió con la prohibición de cualquier forma artificial de controlar la fecundidad.

Durante más de veintitrés años el aborto ilegal fue la única alternativa de planificación familiar, por lo que no es difícil comprender el porqué de encontrar pocas rumanas que entiendan que es más saludable y más seguro el uso de contraceptivos que la realización de un aborto. Actualmente, desde 1990 su práctica es legal a demanda durante las primeras 14 semanas de gestación.

#### 4. 2. 2. 1. 2. 6 - RUSIA

Antes de la Revolución Rusa en 1917, en concordancia con la doctrina ortodoxa, el aborto estaba prohibido bajo cualquier circunstancia. Sin embargo, en 1920, su práctica no sólo fue permitida sino que era gratuita en los hospitales soviéticos. Este cambio se debió a que la doctrina socialista promulgaba la igualdad de género. Dicho razonamiento teórico condujo a la materialización en la práctica de que la mujer no debía ser forzada a ser madre si así no lo deseaba, aunque también respondía a las condiciones económicas de esa época.

En 1936, en cambio, Stalin revocó la ley, quedando el aborto limitado a una lista de razones específicas, médicas y eugenésicas. La Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) se encontraba en pleno proceso de industrialización y necesitaba mano de obra (fuerza de trabajo). Al pasar los años y cambiar las circunstancias, en 1955 la ley fue reestablecida y quedó anulado el decreto de 1936. Los fines eran limitar el perjuicio causado a la salud de las mujeres por los abortos clandestinos y darles la posibilidad de decidir por ellas mismas sobre temas que tanto les atañían como la maternidad<sup>38</sup>.



Desde 1988, el aborto está permitido a todas las mujeres en el primer trimestre del embarazo y en el segundo si alegan razones médicas o sociales como un divorcio o una violación.

El aborto es, al igual que ocurre en otros países de la Europa oriental, el primer método para controlar la natalidad por la falta de información, que sobre los diferentes métodos anticonceptivos recibe su población, y por la tradición del sistema sanitario soviético de finalizar la gestación como solución a un embarazo no deseado en vez de prevenirlo<sup>37</sup>.

#### 4. 2. 2. 1. 2. 7 - REPÚBLICA DE MOLDAVIA, UCRANIA Y LITUANIA

Estas repúblicas tienen leyes similares al resto de los países de la Europa del Este. El aborto está permitido sin restricciones durante los tres primeros meses de embarazo<sup>36</sup>.

En Lituania la anticoncepción de emergencia se dispensa en las farmacias sin necesidad de prescripción médica<sup>39</sup>.

#### 4. 2. 2. 2 - Asia

Dado el devenir histórico de este continente tan amplio y diverso, conviven en él una gran heterogeneidad de culturas que dejan su impronta reflejada en el ordenamiento jurídico de los distintos Estados – Naciones que conforman el mosaico asiático.

#### 4. 2. 2. 2. 1 - GEORGIA

Mientras estuvo en la órbita soviética al pertenecer a la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, Georgia contaba con el marco legislativo que imponía Moscú. Sin embargo, la proclamación en 1991 de República independiente le permitió legislar sobre temas como el aborto de modo autónomo. Se decide, entonces, permitir la interrupción voluntaria del embarazo durante el primer trimestre de gestación<sup>38</sup>Error! Marcador no definido..

#### 4. 2. 2. 2. 2 - CHINA

El aborto a petición de la mujer fue legalizado de hecho en 1957 por una norma del ministro de salud. En ella se proclamaba que en adelante las peticiones de interrupción del embarazo debían ser consideradas sin restricciones respecto a la edad de la mujer o al número



de descendientes y sin la necesidad de cumplir con requisitos especiales de aprobación. Sin embargo, el aborto electivo quedaba limitado a las primeras 10 semanas y no podía realizarse en una misma mujer más de uno al año.

Desde que en 1979 comenzara la campaña del hijo único, el aborto ha sido un componente importante de los esfuerzos nacionales para reducir el crecimiento demográfico. De hecho, la interrupción voluntaria del embarazo es una de las cuatro operaciones de planificación familiar, siendo las otras la vasectomía, la ligadura tubárica y la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU)<sup>36</sup>.

Cada provincia, al recibir el objetivo de nacimientos establecido para la misma por el Gobierno Central asigna una cuota a cada una de las prefecturas bajo su jurisdicción. El proceso se repite de manera descendente hasta que llega al “equipo de producción”. Éste debe elaborar su propio plan de natalidad. Las parejas sin hijos y las que se proponen contraer matrimonio en fechas cercanas y que han seguido la norma de casarse a avanzada edad tienen prioridad. Si la cifra de parejas elegibles es mayor que la cuota fijada, algunas deberán esperar hasta el año siguiente. Cada “equipo de producción” tras haber elaborado su plan, lo somete a la brigada, la cual a su vez redacta el plan de brigada, que elevará a la comuna.

Una vez aprobado el plan de natalidad en la comuna, es preciso que sus miembros lo lleven a efecto. Se provee a las parejas que han recibido permiso para tener un hijo una “tarjeta de planificación de natalidad” y se les permite abandonar el uso de anticonceptivos. El resto de parejas, en cambio, deberán mantener la anticoncepción o recurrir al aborto en el caso de producirse un embarazo fuera de los planes establecidos, ya que si no una de las parejas elegidas habrá de renunciar a su permiso de natalidad. Por tanto, existe un interés colectivo en que se cumpla el plan comunitario establecido.

La intercepción postcoital está incluida en las guías de Planificación Familiar del sistema público de salud<sup>39</sup>.

Al sólo poder optar a un hijo y existir en este país una preferencia por los varones se detecta una gran tasa de infanticidios y abandonos de recién nacidos del sexo femenino -



menos valorado en la sociedad china - al estar prohibida cualquier técnica conducente al conocimiento del sexo del feto<sup>36</sup>.

#### 4. 2. 2. 2. 3 - PAKISTÁN

Todo el ordenamiento jurídico venía impuesto por la metrópolis colonial, Gran Bretaña.

En 1991, este país independiente y de confesión islámica sustituyó la ley británica por una legislación criminal más liberal, de acuerdo con los principios del Islam. En ella, el aborto, en las primeras etapas de la gestación, no es considerado un crimen si es necesario como tratamiento para determinadas enfermedades<sup>38</sup>.

Sólo un 14% de las mujeres casadas usan algún tipo de método anticonceptivo, siendo la causa de esta baja proporción determinados factores culturales que consideran a la mujer sólo en su papel de madre y esposa, dependiente de su marido.

#### 4. 2. 2. 3 – África

Sólo dos países del continente africano, Sudáfrica y Túnez, tienen legalizado el aborto electivo, siendo en Burundi y Zambia legal por razones médicas. El resto de países restringen altamente la interrupción voluntaria del embarazo debido a la vigencia del ordenamiento jurídico colonial, aunque se reconoce como una práctica ampliamente realizada al margen de la ley.

La situación es más severa en los países francófonos por la impronta de la legislación francesa y por determinadas tradiciones culturales relacionadas con el catolicismo.

Cada día 10.000 mujeres africanas, la mitad adolescentes, se someten a un aborto ilegal, falleciendo muchas de ellas durante el proceso. No es de extrañar que sea la realización de un aborto clandestino la principal causa de mortalidad materna en este continente<sup>41</sup>.

Sólo un 11% de las parejas usan algún método anticonceptivo<sup>36</sup>. Este dato si se tiene en cuenta la pandemia de SIDA que asola a este continente se transforma en estremecedor.



#### 4. 2. 2. 3. 1 – Magreb

La característica común a todos los países de la región es la religión islámica y su gran influencia en la esfera política, social y económica.

##### 4. 2. 2. 3. 1. 1 - ARGELIA

En 1985 se amplió la ley del aborto para incluir, como un supuesto, la preservación de la salud mental de la embarazada cuando ésta se viere seriamente afectada y empeorara con la gestación. El aborto provocado bajo esta condición debe realizarse antes de la viabilidad fetal<sup>38</sup>.

##### 4. 2. 2. 3. 1. 2 - MARRUECOS

En Marruecos, el aborto sólo es legal si se realiza por enfermedad bajo el supuesto de afección grave materna que empeore como consecuencia del embarazo. Es uno de los catorce países del mundo donde es necesaria la autorización del marido para llevar a cabo el procedimiento, aunque el Jefe Médico responsable del caso puede obviarla si demuestra que la interrupción de la gestación es necesaria para proteger la salud de la mujer.

##### 4. 2. 2. 3. 1. 3 - TÚNEZ

Se trata de una excepción dentro de los países árabes y africanos, ya que, en 1965, se legalizó el aborto para aquellas mujeres que ya tuvieran cinco o más hijos vivos y se amplió, en 1973, para permitirlo sin necesidad de ningún supuesto durante el primer trimestre de la gestación si se realizase por un especialista en un hospital o clínica acreditada.

La tasa de natalidad ha disminuido en los últimos veinte años al abolir la poligamia, restringir el número de hijos a un máximo de tres por pareja, incrementar el uso de métodos anticonceptivos y establecer una edad mínima de matrimonio de diecisiete años para las mujeres y de veinte años para los hombres<sup>36</sup>.

Es el único país de la zona en la que está permitida la anticoncepción de emergencia<sup>39</sup>.



#### 4. 2. 2. 3. 2 – África Subsahariana

Los pequeños cambios ocurridos en este territorio han tendido a la liberalización del aborto tras conseguir la independencia.

##### 4. 2. 2. 3. 2. 1 - CAMERÚN Y GUINEA

Permite el aborto por enfermedad materna grave, debiéndose realizar por un especialista registrado a tal efecto.

El incentivo del aborto mediante la venta, distribución o dispensación de información es considerado una ofensa criminal<sup>42</sup>. Sin embargo, en Camerún la anticoncepción de emergencia se dispensa en las farmacias sin receta<sup>39</sup>.

##### 4. 2. 2. 3. 2. 2 - GHANA Y GAMBIA

En 1985, permitió el aborto para proteger la salud tanto física como mental de la embarazada, cuando la gestación se hubiese producido mediante violación o incesto y si existiese alguna malformación grave fetal<sup>42</sup>.

Las mujeres ghanesas pueden conseguir la anticoncepción de emergencia sin necesidad de prescripción médica<sup>39</sup>.

##### 4. 2. 2. 3. 2. 3 - NIGERIA

El aborto es ilegal. Conlleva además duras penas de prisión, pudiendo ascender éstas hasta los catorce años de cárcel, a pesar de que se hubiera realizado para proteger la salud materna.

El 50% de las muertes maternas se deben a los abortos practicados clandestinamente por personal no médico y en condiciones de asepsia muy precarias. A pesar de ello y quizá por tradición cultural, se fuerza a las madres solteras a someterse a este procedimiento al existir fuertes sanciones sociales contra ellas que podrían conducir las al ostracismo<sup>37</sup>.



#### 4. 2. 2. 3. 2. 4 - SENEGAL

El aborto está permitido tan sólo en los casos en los que, llevándose a cabo, pueda salvarse la vida de la madre.

#### 4. 2. 2. 4 – América Latina

La característica común en toda Latinoamérica y el Caribe es la influencia que desprende la Iglesia católica, lo que supone una valoración negativa del aborto desde el punto de vista legal y moral. En esta región confluyen y conviven elementos culturales dicotómicos, pues, por una parte, se valora la maternidad y la reproducción, pero, por otra, se condena y se estigmatiza el embarazo que no cumple con lo que es “socialmente aceptable”.

El Salvador y Chile son los dos únicos países de todo el continente americano que no contemplan ningún supuesto al que adscribirse o rebaja de la pena por la realización de un aborto. En el resto de países y jurisdicciones, la legislación excluye de la categorización de delito si es necesario para salvar la vida de una mujer o cuando el embarazo es el resultado de una violación o una relación incestuosa. Pero, aún en los casos no penados por ley, las mujeres suelen tener un acceso limitado a su realización como consecuencia de la ausencia de regulación adecuada y de la voluntad política necesaria, tal y como lo indica el informe que, en 2005, publicó la Organización Humans Rights Watch<sup>40</sup> sobre *Derechos humanos y aborto*.

La mayoría de los abortos se realizan clandestinamente, en proporciones tan altas que constituyen una de las principales causas de mortalidad materna en esta región<sup>41</sup>. De hecho, es el método de control de la natalidad más usado en los países que conforman esta área geográfica, a pesar de que la mayoría de los Estados, excepto Belice, Barbados y Cuba, tienen leyes restrictivas.

En El Salvador, Nicaragua, República Dominicana, Cuba, Brasil, Chile, Uruguay, Paraguay y Venezuela las mujeres tienen acceso a la intercepción postcoital para evitar un embarazo no deseado<sup>39</sup>.



#### 4. 2. 2.4. 1 - ARGENTINA

El aborto está tipificado en su Código Penal como un delito contra la vida de las personas (Libro II, Título I: Delito contra las personas, Capítulo I: Delito contra la Vida). Sin embargo, se acepta su práctica por razones médicas o cuando el embarazo es consecuencia de una violación.

Según el II Informe sobre Derechos Humanos elaborado por la Federación Iberoamericana de OMBUDSMAN y dirigido por ESCOBAR en 2004<sup>42</sup>, se practican en este país alrededor de 400.000 abortos al año. La tasa de mortalidad materna es elevada debido a la clandestinidad de su práctica y a las condiciones higiénicas tan ínfimas en las que tienen lugar. La edad de las mujeres que recurren al aborto desciende como revela que en el año 2000 se registraran, por primera vez, muertes de mujeres menores de quince años. A ello se une que la distribución y venta de la píldora postcoital es ilegal.

#### 4. 2. 2. 4. 2 - BOLIVIA

El aborto está prohibido y sancionado con privación de la libertad de 1 a 6 años, dependiendo de las circunstancias que condujeron al hecho (artículo 263 del Código Penal). Es impune, sin embargo, siempre y cuando sea consecuencia de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto y la acción penal hubiera sido iniciada. También es legal si corriese peligro la vida o salud de la madre y no pudiera ser evitado por otros medios. En ambos casos, el artículo 266 del Código Penal estipula que el aborto deberá ser practicado por un médico cualificado previo consentimiento de la madre y autorización judicial. Sin embargo, es conocida la negativa por parte de jueces y médicos a autorizar y practicar abortos legales<sup>42</sup>.

En los años setenta, en este país, se destinó casi un 50% del presupuesto sanitario a paliar o subsanar las complicaciones que las mujeres sufrieron después de haberse sometido a un aborto clandestino<sup>43</sup>.



#### 4. 2. 2. 4. 3 - BRASIL

Desde 1940, el aborto es legal en Brasil bajo los supuestos de violación, incesto o enfermedad materna. Si no se cumple con las razones previamente enumeradas, es considerado un crimen y como tal recaen sobre el inductor y la mujer penas que oscilan entre los 6 y 24 años de prisión.

Se estima que entre uno y cuatro millones de abortos se realizan en Brasil cada año de forma ilegal, siendo la segunda causa de admisión de las mujeres en los hospitales estatales, dada la mala praxis y las secuelas producidas por intervenciones con escasas garantías sanitarias e higiénicas.

Los anticonceptivos fueron legalizados en 1988 y los métodos definitivos, como la vasectomía y la ligadura de trompas, son los más comunes entre las parejas brasileñas<sup>40</sup>.

#### 4. 2. 2. 4. 4 - CHILE

Durante la dictadura del general Pinochet, se prohibió la práctica del aborto incluidas aquellas situaciones donde la vida de la madre corriese peligro.

Actualmente, el aborto ilegal es la principal causa de muerte materna en Chile. Aproximadamente, 200.000 mujeres abortan cada año. Aquellas que necesitan posteriores cuidados médicos y se dirigen a los hospitales públicos para ser atendidas de las secuelas producidas por las condiciones higiénicas en las que se realizó la intervención son perseguidas y denunciadas por los sanitarios. Las penas por someterse a esta práctica pueden alcanzar hasta los 5 años de prisión.

Sin embargo, la situación varía en las mujeres con ingresos económicos suficientes para acudir a una clínica privada, puesto que no son denunciadas y se les realiza el aborto en unas condiciones saludables y seguras.

El aborto es una solución en un país en el que las adolescentes son expulsadas de los colegios si se quedan embarazadas.



En 1991, se presentó en el Congreso una nueva propuesta de ley que hubiese permitido la interrupción del embarazo, pero fue rechazada por la importante influencia que ejerció la Iglesia Católica<sup>38</sup>.

#### 4. 2. 2. 4. 5 - COLOMBIA

Tras la aprobación del nuevo Código Penal en el año 2000, el aborto está tipificado como delito en el artículo 122. En él se especifican circunstancias atenuantes que reducen la pena hasta  $\frac{3}{4}$  partes cuando el embarazo fuese el resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abuso, de inseminación artificial o transferencia de óvulos fecundados no consentidas. Además de dichos atenuantes, el Código Penal consigna en el artículo 32 circunstancias especiales en las que no hay responsabilidad penal cuando “se obre por la necesidad de proteger un derecho propio o ajeno de un peligro actual o inminente, inevitable de otra manera.”<sup>43,44</sup>

250.000 adolescentes colombianas abortan cada año. El aborto constituye el método de control de la natalidad más utilizado en el país. En las grandes ciudades del país, las mujeres tienen acceso a servicios seguros y de calidad, lo que ha determinado que el aborto haya pasado de ser la primera causa de mortalidad materna en la década de los setenta a ser la tercera causa en los primeros años del s. XXI<sup>44</sup>.

Se observa como desde la esfera política se rechaza el aborto, siguiendo la doctrina católica, mientras las mujeres con recursos económicos elevados, pertenecientes a esa misma clase pudiente, recurren a la finalización de la gestación en condiciones de seguridad. De este modo, se perpetúan las desigualdades entre los estratos más y menos favorecidos de la sociedad y se hace innecesario, para los legisladores, el debate sobre la despenalización del aborto.

#### 4. 2. 2. 4. 6 - CUBA

Se practican abortos a petición de las mujeres hasta las 10 semanas de gestación en hospitales del gobierno desde mediados de la década de los sesenta, quedando oficialmente legalizada esta práctica desde 1979 (HOLLERBACH, 1980)<sup>36</sup>. En etapas posteriores del embarazo, se requiere aprobación facultativa. Una alta proporción de cubanas, como vía



alternativa a la anticoncepción, utilizan la interrupción voluntaria del embarazo para controlar su natalidad. En 1990, el 44% de las embarazadas interrumpían su gestación voluntariamente<sup>45</sup>.

Es el único país de Latinoamérica donde no existe ninguna asociación pro-vida.

#### 4. 2. 2. 4. 7 - ECUADOR

El aborto está legalizado en casos de violación, incesto, enfermedad materna o riesgo para la vida de la embarazada<sup>38</sup>.

El artículo 39 de su Código Penal especifica el derecho de la mujer a decidir libremente el número de hijos que pueda y quiera procrear, alimentar y educar<sup>42</sup>.

#### 4. 2. 2. 4. 8 - EL SALVADOR

Es, junto con Chile, el país de América en el que el aborto es totalmente ilegal, no pudiéndose alegar ningún tipo de supuesto, así lo indica el Código Penal de 1973 y las modificaciones incorporadas en 1997, artículos 133 - 137<sup>46</sup>.

#### 4. 2. 2. 4. 9 - HONDURAS

El aborto está prohibido con penas de hasta 5 años. Existe una excepción a tal prohibición y es en los casos en los que sea prioritaria la salud de la embarazada. Una proposición de ley que hubiera permitido ampliar la permisividad del aborto en casos de enfermedad física o mental de la mujer, violación o malformación fetal, no llegó a aprobarse por las influencias ejercidas por las diferentes confesiones, en especial por la católica<sup>42</sup>.

#### 4. 2. 2. 4. 10 – ESTADOS UNIDOS DE MÉJICO

El artículo 148 del Código Penal Federal (1931) sólo contempla el aborto por motivos de violación, de enfermedad materna o que el feto presente alteraciones genéticas según el diagnóstico de especialistas capacitados para emitirlo.

Esta permitida la comercialización e ingestión de la píldora postcoital<sup>42</sup>.



Cada Estado federal, al formar parte de un país conformado por unidades políticas independientes pero que configuran un todo, puede legislar sobre el aborto, de forma que la liberalización en algunos estados puede coincidir con las restricciones en otros<sup>38</sup>. De hecho, en Abril de 2007 la Asamblea de Representantes (Parlamento de la ciudad de México D.F.) dejó libre el camino para la despenalización del aborto, al rechazar una moción que pretendía blindar la prohibición local. La ley que se aprobará localmente permitirá interrumpir el embarazo, antes de las doce primeras semanas de gestación, a demanda<sup>47</sup>.

Alrededor de 1.500 mujeres mueren cada año como resultado de la práctica de unos dos millones de abortos ilegales<sup>38</sup>.

#### 4. 2. 2. 4. 11 - NICARAGUA

La Revolución política Sandinista de 1979 no condujo a la promulgación de una nueva ley del aborto, quizá al existir una fuerte tradición católica muy arraigada en el pueblo. Todavía está considerado un crimen y las mujeres pueden ser condenadas a 4 años por someterse a su práctica.

La ley vigente desde la época del dictador Somoza permite la interrupción voluntaria del embarazo sólo para salvar la vida de la embarazada siempre y cuando exista la indicación médica y el consentimiento de los padres o del esposo. Se niega así la capacidad de decisión de la mujer en aspectos tan íntimos<sup>41</sup>.

Como en otros países de la región, el aborto realizado clandestinamente es una de las causas más importantes de mortalidad materna.

#### 4. 2. 2. 4. 12 - PARAGUAY

El artículo 349 de su Código Penal considera el aborto un delito. Las penas oscilan según exista o no consentimiento de la mujer, lo hiciera para salvar su honor y si el aborto conllevara la muerte de la madre o bien el culpable resultase ser el marido. Las penas serán menores a la mitad cuando se realizase para salvar el honor de la esposa, madre, hija o hermana<sup>42</sup>.



No es considerado delito y, por lo cual, no recae pena alguna al inductor o a la mujer si se llevase a cabo para salvar la vida de la embarazada.

#### 4. 2. 2. 4. 13 - PERÚ

El delito de aborto se encuentra tipificado en el artículo 114 del Código Penal. Lo reprime imponiendo a la mujer una pena privativa de libertad no mayor a 2 años que puede ser sustituida por la prestación de servicio comunitario de 52 a 104 jornadas. Adicionalmente, el artículo 120 contempla una pena no mayor de 3 meses en los casos de aborto sentimental o eugenésico. Por el contrario, el artículo 119 señala que no es punible el aborto cuando sea el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente<sup>42</sup>.

Actualmente, se está llevando a cabo un programa nacional de planificación familiar para aumentar el uso de anticonceptivos entre las adolescentes y, así, disminuir el número de embarazos no deseados. Se permite la venta de la pastilla postcoital con receta médica<sup>42</sup>.

#### 4. 2. 2. 4. 14 - REPÚBLICA DOMINICANA

Sólo está permitido el aborto provocado para salvar la vida de la gestante<sup>38</sup>.

#### 4. 2. 2. 4. 15 - URUGUAY

Está legalizado en caso de violación, enfermedad grave de la embarazada y para salvar la vida de la mujer.

#### 4. 2. 2. 4. 16 - VENEZUELA

El ordenamiento jurídico venezolano no contempla como posible la interrupción voluntaria del embarazo, estando penalizado salvo que sea el último recurso para garantizar la vida de la gestante (artículo 435 del Código Penal). Incluye también esta norma, la posibilidad de practicar el “aborto *honoris causa*” cuando su autor, normalmente un hombre, lo lleve a cabo para salvaguardar su honor o la honra de su esposa, madre, hija o hermana. Es importante destacar el derecho que el hombre tiene sobre el cuerpo de la mujer<sup>42</sup>.



Se estima en 400.000 el número de abortos realizados cada año a pesar de su ilegalidad.

CLASIFICACIÓN POR PAÍSES SEGÚN SU LEGISLACIÓN					
RESTRICCIONES AL ABORTO	AMÉRICA Y EL CARIBE	PRÓXIMO ORIENTE Y MAGREB	ESTE Y SUR DE ASIA Y PÁCIFICO	EUROPA	ÁFRICA SUBSAHARIANA
<b>PARA SALVAR LA VIDA DE LAS MUJERES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brasil</li> <li>- Chile</li> <li>- Colombia</li> <li>- República Dominicana</li> <li>- Salvador</li> <li>- Guatemala</li> <li>- Haití</li> <li>- Honduras</li> <li>- México</li> <li>- Nicaragua</li> <li>- Panamá</li> <li>- Paraguay</li> <li>- Venezuela</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afganistán</li> <li>- Egipto</li> <li>- Irán</li> <li>- Líbano</li> <li>- Libia</li> <li>- Omán</li> <li>- Siria</li> <li>- Emiratos Árabes</li> <li>- Yemen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bangladesh</li> <li>- Indonesia</li> <li>- Laos</li> <li>- Myanmar</li> <li>- Nepal</li> <li>- Papua – Nueva Guinea</li> <li>- Filipinas</li> <li>- Sri Lanka</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Irlanda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Angola</li> <li>- Benin</li> <li>- República Centroafricana</li> <li>- Chad</li> <li>- Congo</li> <li>- Costa de Marfil</li> <li>- República Democrática del Congo</li> <li>- Gabón</li> <li>- Guinea Bissau</li> <li>- Kenia</li> <li>- Lesotho</li> <li>- Madagascar</li> <li>- Mali</li> <li>- Mauritania</li> <li>- Niger</li> <li>- Islas Mauricio</li> <li>- Nigeria</li> <li>- Senegal</li> <li>- Somalia</li> <li>- Sudán</li> <li>- Tanzania</li> <li>- Togo</li> <li>- Uganda</li> </ul>
<b>SALUD FÍSICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Argentina</li> <li>- Bolivia</li> <li>- Costa Rica</li> <li>- Ecuador</li> <li>- Perú</li> <li>- Uruguay</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kuwait</li> <li>- Marruecos</li> <li>- Arabia Saudí</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pakistán</li> <li>- República de Corea</li> <li>- Tailandia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Polonia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Burkina Faso</li> <li>- Burundí</li> <li>- Camerún</li> <li>- Eritrea</li> <li>- Etiopía</li> <li>- Guinea</li> <li>- Malawi</li> <li>- Mozambique</li> <li>- Ruanda</li> <li>- Zimbabue</li> </ul>
<b>SALUD MENTAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jamaica</li> <li>- Trinidad y Tobago</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Argelia</li> <li>- Irak</li> <li>- Israel</li> <li>- Jordania</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Australia</li> <li>- Hong Kong</li> <li>- Malasia</li> <li>- Nueva Zelanda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Irlanda del Norte</li> <li>- Portugal</li> <li>- España</li> <li>- Suiza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Botswana</li> <li>- Gambia</li> <li>- Ghana</li> <li>- Liberia</li> <li>- Namibia</li> <li>- Sierra Leona</li> </ul>
<b>MOTIVOS SOCIOECONÓMICOS</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- India</li> <li>- Japón</li> <li>- Taiwan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Finlandia</li> <li>- Gran Bretaña</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zambia</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Canadá</li> <li>- Cuba</li> <li>- Estados Unidos</li> <li>- Puerto Rico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Armenia</li> <li>- Azarbaijan</li> <li>- Georgia</li> <li>- Kazajstán</li> <li>- República de Kyrgyz</li> <li>- Tajikistán</li> <li>- Túnez</li> <li>- Turquía</li> <li>- Turkmenistán</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Camboya</li> <li>- China</li> <li>- Mongolia</li> <li>- Corea</li> <li>- Singapur</li> <li>- Vietnam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Albania</li> <li>- Alemania</li> <li>- Austria</li> <li>- Bélgica</li> <li>- Bosnia Herzegovina</li> <li>- Bulgaria</li> <li>- Croacia</li> <li>- República Checa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sudáfrica</li> </ul>



CLASIFICACIÓN POR PAÍSES SEGÚN SU LEGISLACIÓN					
RESTRICCIONES AL ABORTO	AMÉRICA Y EL CARIBE	PRÓXIMO ORIENTE Y MAGREB	ESTE Y SUR DE ASIA Y PÁCIFICO	EUROPA	ÁFRICA SUBSAHARIANA
SIN RESTRICCIONES		- Uzbekistán		- Dinamarca - Eslovenia - Estonia - Francia - Grecia - Holanda - Hungría - Italia - Letonia - Lituania - Luxemburgo - Macedonia - Moldavia - Noruega - Rumanía - Rusia - República de Eslovaquia - Suiza - Ucrania - Yugoslavia	

Tabla nº 5: Clasificación de países según legislación sobre el aborto (RAHMAN, 1998: 58).



#### 4. 3 – Derecho canónico.

Delito y pecado son dos términos que se unen y entrelazan en la historia del aborto. Suelen ir juntos, sobre todo, en los países en los que la religión se imbrica en la vida social, política y económica. Por este motivo, es importante considerar el análisis del Derecho canónico para conocer la postura de la Iglesia católica, una de las instituciones que más han influido e influyen en la inclusión del término pecado al referirse al aborto.

Fue en 1588 cuando Sixto V, en el *Constituan Affrenatam*, establece una regulación por primera vez en la historia del catolicismo sobre el aborto. En ella, se recogen tanto los modos de participación como los grados de responsabilidad, así como las penas, tanto eclesiásticas como seculares, en que incurren todos los que de algún modo participan en la interrupción provocada del embarazo, cualesquiera que fuese su sexo y condición. Los clérigos perdían todo privilegio clerical y su oficio o beneficio eclesiástico quedando inhábiles para obtener otro en el futuro, debiendo ser depuestos y degradados, y entregados a la potestad secular. Los no clérigos no sólo incurrían en las penas antes señaladas sino que además quedaban en el futuro inhábiles para ejercer cualquier ministerio eclesiástico<sup>30</sup>.

Gregorio XIV, en la Constitución Sedes Apostólica de 1591, reduce el rigor aplicado en la anterior referente, sobre todo, a la determinación de la potestad eclesiástica a la que correspondía otorgar el perdón por la grave falta espiritual cometida al someterse al aborto.

Pero, la tradicional condena de la Iglesia Católica Romana contra el aborto no recibió la sanción definitiva de excomunión hasta el papado de Pío IX en 1869.

Benedicto XV, en el *Codex Iuris Canonici* de 1917, consideró, por primera vez, el aborto como un delito contra la vida, condenable en cualquier momento a partir de la concepción. Así, lo expresaba con sus propias palabras el papa en su código: “los que procuran el aborto, incluso la madre, incurren, si el aborto se verifica, en excomunión *latae sententiae* (sentencia firme) reservada al ordinario; y si son clérigos, deben además ser depuestos”.



Éste y los posteriores Códices de 1869, 1932, 1963 y 1968 condenan el aborto por el innegable respeto que toda vida humana merece, considerando que todo ser en formación constituye, en cualquier momento del desarrollo intrauterino, una esperanza de vida e, incluso, yendo más lejos, una realidad de hombre.

Juan Pablo II, en 1983, promulgó el Código de Derecho Canónico<sup>48</sup>, donde en el Canon 1398 afirma que “quien procura el aborto, si éste se produce incurre en excomunión *latae sententiae*”. El delito que se comete es el de aborto consumado. Se incurre en él siempre que se realiza una acción dirigida directamente a matar un feto vivo<sup>14</sup>, bien en el vientre de la madre o bien fuera de él si se consigue su efecto. El codelicuente<sup>15</sup> padece igual o menor sanción que el autor según su capacidad personal y la naturaleza de su cooperación.

La Iglesia Católica sigue oponiéndose al empleo de cualquier método anticonceptivo, ya que el objetivo del acto sexual es la procreación. Esta concepción influye en la toma de decisiones de algunos gobiernos, que, por ende, la aplican en las políticas públicas que adoptan, y de fieles, por lo que nos parecía importante plasmarla.

---

<sup>14</sup> Se considera que un feto tiene vida desde que es concebido. Actualmente, la doctrina católica no diferencia entre fetos animados e inanimados.

<sup>15</sup> Aquellos que cooperan en la realización del aborto son denominados codelicuentes en el Derecho Canónico.



#### 4. 4 – Técnicas para la realización del aborto provocado.

A lo largo de la historia se han utilizado una gran variedad de métodos para consumar el aborto: desde hierbas hasta diferentes tipos de utensilios, incluso en ocasiones se ha recurrido a la violencia. Todo ello para conseguir evacuar el contenido uterino por completo, embrión o feto, saco y placenta.

Ahora bien, estos mecanismos pueden ser divididos en dos apartados, los usados en los abortos clandestinos, a los que denominaremos técnicas no institucionalizadas, bien actualmente o en tiempos pretéritos, a los más modernos, a los que catalogaremos como técnicas institucionalizadas, empleados hoy en día en las clínicas acreditadas. Esta dualidad será la seguida en la exposición que prosigue.

Posteriormente, describiremos las posibles complicaciones derivadas de la práctica de un aborto provocado, teniendo en cuenta que éstas divergirán dependiendo de la edad gestacional, los años de la paciente y dónde y quién lo realice.

##### 4. 4. 1 – Técnicas no institucionalizadas

Son múltiples las hierbas y procedimientos que, a lo largo de los siglos, se han utilizado para finalizar el embarazo. Con objeto de facilitar la exposición, los dividiremos en preparados abortivos y maniobras abortivas. Los primeros aluden a remedios elaborados a base de plantas, aceites e infusiones. En los segundos, es necesario el empleo de la fuerza o de algún instrumento que facilite la evacuación del contenido uterino.

##### *4. 4. 1. 1 – Preparados abortivos*

Ya el farmacólogo griego Discorides, en su libro *De materia Medica Libri Quinque*, describía “el vino del aborto” y los ingredientes para su preparación. Durante toda la época griega, se usaba el *silphium* y la raíz del el helecho<sup>16</sup> como anticonceptivo e inductor del aborto.

---

<sup>16</sup> En Francia, esta raíz de helecho recibe el nombre de raíz de prostituta, ya que eran las mujeres que se dedicaban a este oficio las que más frecuentemente la usaban al no contar con otro tipo de métodos anticonceptivos.



El romano Plinio el Viejo cita el aceite refinado como un potente abortador. Serenus Sammonicus escribió sobre un preparado a base de huevo y eneldo.

La medicina tradicional alemana tiene un té que incluye mejorana, lavanda, tomillo y perejil para producir la interrupción del embarazo.

En España, se han utilizado como abortivos el azafrán, el bórax, el tanacetos, el manubrio blanco, la sabina<sup>17</sup>, el ajeno, la canela, el agua de esparto, la infusión de algarrobas, el caldo de aceitunas, la retama, la creta, el aceite de ricino, la zarzaparrilla, el guayaco, el tejo<sup>18</sup>, la melisa, el aguarrás, la manzanilla, el jengibre, el cornezuelo de centeno<sup>19</sup> y la ruda<sup>20</sup>. Muchos de estos productos producen una serie de trastornos generales importantes sin conseguir, en muchos casos, el fin perseguido. Sin embargo, otros, como la sabina, el enebro y el tejo, llegan a producir el aborto, pero son necesarias dosis tan elevadas que ponen en peligro la vida de la madre.

Además de las plantas se han empleado como abortivos diversos venenos minerales como el fósforo y el arsénico en Europa Central, el plomo en Inglaterra (donde se vendía en el mercado clandestino en forma de píldoras), el yoduro de potasio, el sulfuro de carbono, el mercurio, la estriquina, el ácido cítrico y el sulfato de quinina en Alemania y Francia.

#### 4. 4. 1. 2 – Maniobras abortivas

Ya en la antigua Grecia se recomendaba a las bailarinas y prostitutas que estaban embarazadas saltar o darse golpes en los glúteos con los talones para inducirse el aborto. En algunos tratados hipocráticos se describían instrumentos para dilatar el cuello uterino y practicar legrados. Sorabus, físico griego del s. II d. C., en su trabajo *Gynecology*, detallaba como debían comportarse las mujeres que deseaban abortar. Tenían que realizar ejercicios

---

<sup>17</sup> Se toma en forma de polvo, infusión o cocimiento.

<sup>18</sup> Provocaba el aborto por la gravedad de la intoxicación más que por su acción específica sobre el embarazo.

<sup>19</sup> Cuanto más avanzado sea el estado de gestación mejores resultados produce la ingesta de cornezuelo de centeno. Ahora bien, la dosis excesiva compromete la vida de la mujer, al poder producir hemorragia, intoxicación, vómitos, diarreas, dolor abdominal, cefaleas, bradicardias y midriasis.

<sup>20</sup> Es útil si se prepara en infusión después de hervir las hojas y las raíces. Si aparece sobredosificación los síntomas son los vómitos, la incontinencia de orina, la tumefacción de la lengua, sialorrea, la bradicardia, el temblor de las manos y un estado de embriaguez y excitación general.



violentos como saltos, transportar objetos pesados y cabalgar. Al mismo tiempo, advertía contra el uso de instrumentos punzantes y afilados por el riesgo de rotura uterina.

Las mujeres de algunas etnias de Paraguay, cuando están embarazadas y desean finalizar la gestación, se hacen pegar en el vientre con la palma de la mano hasta conseguir la hemorragia uterina y el consiguiente aborto.

En Italia era común la excitación mamaria de la embarazada, estimulándose la secreción de oxitocina para provocar contracciones que desencadenasen el parto.

Una de las técnicas más extendidas entre las mujeres especializadas en abortos clandestinos era provocar la amniorrexis artificial mediante la utilización de raíces, espinas u otros objetos afilados<sup>21</sup>.

#### 4. 4. 2 – Técnicas institucionalizadas

La expulsión del material gestacional se puede conseguir mediante procedimientos farmacológicos, utilizando únicamente fármacos sin realizar ningún tipo de maniobra o instrumentación, o quirúrgicos, en lo que hay que distinguir entre los instrumentales y los quirúrgicos propiamente dichos<sup>7</sup>.

##### *4. 4. 2. 1 – Procedimientos farmacológicos*

Hoy en día, existen sólo algunas drogas abortivas eficaces y seguras. Entre ellas se encuentran la oxitocina vía endovenosa, los análogos de las prostaglandinas (PGE-1, PGE-2 y PGF-2 $\alpha$ ) asociados o no a antiprogestágenos y el metotrexate.

- Antiprogestágenos (RU-486 o mifepristona), fármaco desarrollado a partir de los 19-noresteroides. Se trata de un esteroide sintético con afinidad para los receptores de la progesterona, donde actúa bloqueando su actividad, sobre todo, a nivel del endometrio. Al administrarse a mujeres embarazadas produce alteraciones en el embrión y un efecto directo sobre el trofoblasto dando lugar a una disminución de la gonadotropina coriónica humana y la retirada del apoyo del cuerpo lúteo<sup>49</sup>. Al mismo tiempo, aumenta la sensibilidad y la respuesta miometrial a la administración exógena de prostaglandinas con el consiguiente reblandecimiento y dilatación del cérvix



uterino. La tasa de éxitos varía según la edad gestacional, ya que cuanto más dependa el embarazo de la progesterona del cuerpo lúteo más probable será que la mifepristona cause el aborto.

La utilización de este fármaco en España fue aprobada en el año 2000.

Por lo dicho, se deduce que su empleo queda reducido a las primeras semanas de gestación. Además, para aumentar su eficacia se asocia a las prostaglandinas, de modo que una dosis única de 600 mg de mifepristona por vía oral, seguida de una toma de prostaglandinas (misoprostol) 48 horas más tarde a la dosis de 400-600 mcg. favorece su efectividad. Ingerido por vía oral, presenta una tasa de éxitos entre el 83% y el 95% en gestaciones inferiores a 7 semanas<sup>50</sup>.

Tras la administración del misoprostol, la mujer permanece en observación en la clínica durante 3 - 4 horas, durante las cuales se produce la expulsión, en la mayoría de las ocasiones, del saco gestacional, volviendo al domicilio con el compromiso de retornar a los 8 - 15 días para confirmar que no existen restos endocavitarios.

Este fármaco está contraindicado en mujeres fumadoras mayores de 35 años, en las que padezcan asma, las que tengan antecedentes de accidentes vasculares, insuficiencias hepáticas o renales graves y que se encuentren en tratamiento con corticoides.

Los efectos colaterales incluyen náuseas, vómitos y dolor abdominal. Ahora bien, el mayor riesgo asociado a este agente es la hemorragia debida a la expulsión parcial del embarazo. La duración del sangrado vaginal tras su administración es de 1 - 2 semanas<sup>51</sup>. El porcentaje de legrado uterino por fracaso de la técnica o por hemorragia no llega al 7%<sup>52</sup>.

- Prostaglandinas (misoprostol), utilizadas únicamente a dosis de 800 mcg. por vía vaginal cada 24 ó 12 horas hasta las nueve semanas de gestación, se obtienen tasas de aborto completo del 90% al 93%<sup>7</sup>. Cuando el misoprostol se administra por vía oral los resultados son peores y los efectos secundarios mayores.



Si las prostaglandinas se emplean en el segundo trimestre a la misma dosis que en el primero, las tasa de aborto completo en gestaciones de hasta 24 semanas es del 90%<sup>53</sup>.

CARBONEL describe múltiples casos de malformaciones congénitas (síndrome de Moebius) cuando tras el uso de misoprostol no se logra el aborto y el embarazo llega a término<sup>53</sup>.

- Metotrexate (aminopterina), es un inhibidor de la 4-fólicoreductasa que cuando se utiliza a dosis de 50 mg por m<sup>2</sup> por vía intramuscular, seguido dos o tres días después de una a tres dosis de 800 mcg. de misoprostol, se obtienen abortos completos en el 90% - 95% de los casos. Se consigue la misma eficacia utilizando dosis de 50 mg de metotrexate por vía oral, independientemente del peso y altura de la mujer, seguidas por la administración de prostaglandinas a la misma dosis explicada anteriormente<sup>53</sup>.

El límite de este procedimiento se sitúa entre las 7 - 8 semanas, ya que el fármaco sólo es eficaz cuando las células son indiferenciadas al actuar fundamentalmente como tóxico placentario.

- Oxitocina. Se utiliza sobre todo durante el segundo trimestre de la gestación. La inducción del aborto es posible con altas dosis administradas en pequeños volúmenes de líquido intravenoso. Para que el procedimiento sea más efectivo se utiliza la oxitocina una vez ya se ha obtenido una adecuada maduración cervical mediante prostaglandinas o mifepristona, que permiten realizar la amniorrexis artificial.
- Soluciones hiperosmóticas intraamnióticas, consistentes en la instilación de suero salino hipertónico o urea que estimulan las contracciones uterinas y la dilatación cervical. Sólo se aplican en abortos del segundo trimestre. Las complicaciones derivadas de esta técnica pueden ir desde la insuficiencia cardiaca, shock séptico, peritonitis, hemorragia, coagulación intravascular diseminada hasta la muerte. Todas ellas son consecuencia de la crisis osmolar<sup>51</sup>.

Sin lugar a dudas, el mejor método farmacológico durante el primer trimestre del embarazo es la mifepristona, teniendo en cuenta su efectividad, seguridad y el bienestar de la mujer. Sin embargo, en la actualidad, se descarta su uso si no se combina con misoprostol.



Ahora bien, el más utilizado a nivel mundial son las prostaglandinas, ya que la RU-486 sólo se encuentra comercializada en veinticinco países. Además, es el principal responsable de la disminución del número de muertes maternas debidas a los abortos clandestinos.

Las prostaglandinas, la mifepriptona y la oxitocina, utilizadas solas o en combinación para inducir el parto, están indicadas a partir del límite superior que permite hacer la técnica de dilatación y evacuación (20 - 22 semanas). De hecho, la RU-486 200 mg., unida al misoprostol, es, sin duda, el método más eficaz y más seguro en las gestaciones por encima de las 20 - 21 semanas. Los únicos inconvenientes que presenta son las cicatrices uterinas previas y la necesidad de un legrado posterior a la expulsión del contenido uterino.

#### 4. 4. 2. 2 – *Procedimiento quirúrgicos*

Durante el primer trimestre del embarazo, los métodos instrumentales utilizados son la dilatación y curetaje (D y C) o legrado convencional y la dilatación y aspiración (D y A), bien bajo anestesia local (bloqueo paracervical) o general (sedación superficial sin intubación). De la 14 a las 20 - 22 semanas se realiza la dilatación cervical seguida de la evacuación del contenido uterino (D y E). En estos casos siempre se usa anestesia general.

Ahora bien, los procedimientos básicamente quirúrgicos son la práctica de una histerotomía o micro cesárea y una histerectomía.

- Dilatación y curetaje (D y C) o dilatación y aspiración (D y A). Se realiza la dilatación instrumental del cuello uterino con dilatadores hasta que se puede insertar una legra o cureta de aspiración al vacío de diámetro apropiado. Tanto la legra como la cánula de aspiración, rígida o flexible, conectada a un sistema de presión negativa, se desplaza de manera sistemática sobre la superficie para cubrir finalmente toda la cavidad uterina<sup>54</sup>. Las complicaciones del legrado convencional se estiman en un 3,7%, y las de la aspiración ofrecen cifras del 2,72 al 0,9%. Por lo tanto, actualmente la técnica más frecuentemente utilizada por su seguridad es la de D y A.
- Dilatación y evacuación (D y E). En este procedimiento es necesario el uso de anestesia general, la dilatación del canal cervical con dilatadores rígidos progresivos o



mediante la preparación del cérvix con prostaglandinas vaginales. Una vez finalizada la fase preparatoria, se procede a la evacuación del contenido uterino mediante la utilización de pinzas de Mackintosh, Sopher o similares, concluyendo con el repasa de la cavidad uterina usando una cánula rígida de aspiración conectada a un sistema de presión negativa<sup>54</sup>.

La tasa complicaciones mayores de esta técnica se sitúa en el 0,7%<sup>55</sup>.

Los efectos secundarios son dolor, sangrado, náuseas y vómitos.

Para actuar con mayor seguridad y, así, disminuir las complicaciones, que en cualquier modalidad de aborto provocado pueden existir es recomendable utilizar la ecografía pre, per y postoperatoriamente, al igual que la cobertura antibiótica. Todas las mujeres Rh negativas han de ser tratadas con inmunoglobulina anti -D, dado que alrededor del 5% de ellas se sensibilizan con posterioridad al aborto<sup>51</sup>.

La contraindicación o el fracaso del uso de los procedimientos farmacológicos e instrumentales dejan, como única alternativa, la histerotomía o la histerectomía cuando ya estuviera indicada fuera del embarazo, aumentando considerablemente el número y la gravedad de las complicaciones.



TÉCNICAS PARA LA REALIZACIÓN DE UN ABORTO	
Procedimientos farmacológicos	Procedimientos quirúrgicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mifepristona (RU 486) (oral)</li> <li>- Prostaglandinas solas (oral/vaginal) <b>(P)</b></li> <li>- Metotrexato (oral/i.m.) + prostaglandinas (oral/vaginal)</li> <li>- Mifepristona (oral) + prostaglandinas (oral/vaginal) <b>(MyP)</b></li> <li>- Prostaglandinas E-1 (oral/vaginal) + oxitócicos (endovenosos) <b>(EyO)</b></li> <li>- Intraovulares (suero salino/urea/prostaglandinas) <b>(IO)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dilatación y legrado <b>(DyC)</b></li> <li>- Dilatación y aspiración <b>(DyA)</b></li> <li>- Dilatación y evacuación <b>(DyE)</b></li> <li>- Histerotomía o microcesárea</li> <li>- Histerectomía</li> </ul>

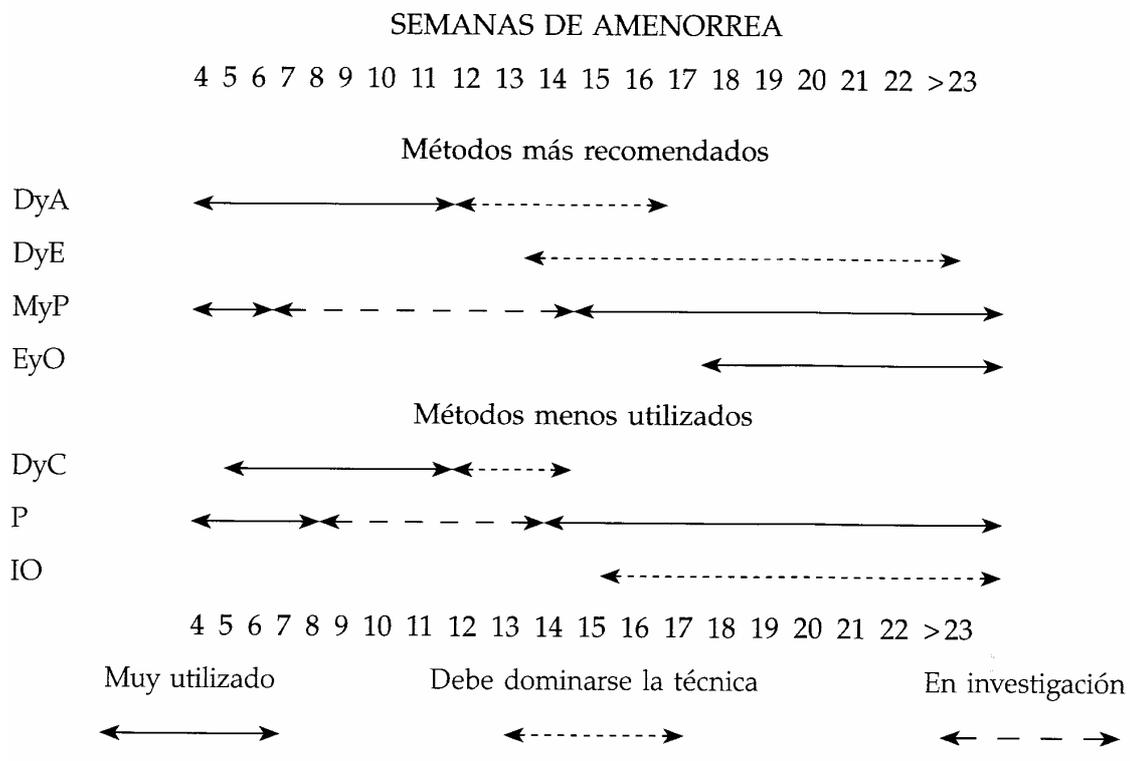


Tabla nº 6: Técnicas de aborto provocado según semanas de amenorrea (BARAMBIÓ, 2005: 98).

#### 4. 4. 3- Complicaciones

Desde que, en 1977, GRIMES<sup>56</sup> hiciera la clasificación de las complicaciones del aborto, éstas se subdividen en menores y mayores.



- Menores, las más frecuentes son la fiebre de menos de 24 horas, el desgarramiento cervical, las adherencias cérvico-uterinas, la perforación no complicada y la reintervención por un hematometra o por la retención de restos.
- Mayores, cabe destacar la cirugía por fracaso de las técnicas empleadas o perforación uterina complicada, la hemorragia que precisa de una transfusión, la sepsis y la enfermedad inflamatoria pélvica (E.I.P).

SPEROFF<sup>49</sup> prefiere clasificarlas según sean inmediatas o tardías, siendo estas últimas las que se manifiestan varias horas o semanas después de la operación.

- Inmediatas, entre ellas destacan la perforación uterina, la embolia de líquido amniótico, la atonía uterina o las reacciones anestésicas.
- Tardías como:
  - a) La hemorragia. La causa más frecuente de sangrado después de un aborto es la retención de restos (0,2% - 0,6%),
  - b) El dolor o la hiperestesia pélvica sugieren infección concurrente. El tratamiento consiste en la aspiración del contenido uterino y la cobertura antibiótica.
  - c) En ocasiones, aparece un sangrado uterino disfuncional sin retención de productos de la concepción ni infección, el tratamiento es hormonal.
  - d) La estenosis cervical (0,02% de los casos) se manifiesta mediante amenorrea o hipermenorrea junto con dolor cólico pélvico. Se debe a las lesiones cervicales producidas por la cánula y que hacen que las escoriaciones cicatricen en contacto unas con otras. Su tratamiento es la dilatación cervical con tallos bajo bloqueo paracervical.
  - e) Síndrome de Asherman, provocado por la destrucción y escarificación del endometrio. Es raro y suele producirse tras una infección endometrial. La eliminación de las bridas endouterinas mediante histeroscopia es su tratamiento.



El aborto provocado, realizado legalmente, es un procedimiento relativamente inocuo, especialmente cuando se practica durante los primeros dos meses del embarazo. Aún con todo, a consecuencia del mismo la muerte de la mujer puede tener lugar. El riesgo de muerte por abortos efectuados durante las ocho primeras semanas de gestación es de 0,6 por cada 100.000 procedimientos. El riesgo relativo de morir como consecuencia de esta operación se multiplica por dos cada dos semanas de demora<sup>51</sup>.

Aunque no existen estudios sobre la fecundidad de las mujeres que se hayan sometido a un aborto, todos los datos y la observación profesional hacen creer que ésta no se ve alterada. Si acaso, la problemática posterior derivará de los efectos secundarios que cada mujer pueda padecer tras el procedimiento, como es el riesgo de infección pélvica<sup>49</sup>.

No existe aumento en la incidencia de embarazos ectópicos, partos pretérmino ni de niños con poco peso al nacer, sobre todo, si se emplean técnicas de dilatación y aspiración durante el primer trimestre<sup>51</sup>.

La práctica, la experiencia y la habilidad del cirujano son los principales factores que limitan la edad gestacional a la cual es seguro realizar un aborto. Pero son las semanas de embarazo, sin lugar a dudas, las que por sí aumentan el riesgo de toda clase de complicaciones.

Otras complicaciones, a la que la literatura médica dedica poca atención son las secuelas psicológicas que padecen las mujeres que se someten a un aborto. Su práctica es vivida de diferentes maneras, pero no cabe duda que supone una situación de estrés importante que podría desembocar en un trastorno depresivo. La embarazada debe tomar una decisión trascendental que cambiará su vida y le dejará impronta, por lo que es conveniente que se vea apoyada durante todo el proceso.

Por otro lado, existen evidencias que indican que la depresión es más frecuente tras un parto, como consecuencia de un embarazo no deseado, que tras un aborto. Que a las mujeres que se les niega esta posibilidad quedan resentidas por años, y que los niños que nacen



después de la negativa a interrumpir el embarazo tienen problemas sociales, laborales y de relación que persisten hasta la edad adulta temprana<sup>57</sup>.



## **V. - METODOLOGÍA**





## **5. – METODOLOGÍA**

---

El trabajo que se presenta versa sobre el análisis descriptivo de la realidad actual del aborto provocado en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Para llevarlo a cabo, se dividió y diversificó su proceso de elaboración en una serie de fases que pasamos a describir.

### **5. 1 – Fases de la investigación**

Anualmente, el Instituto Nacional de Estadística publica datos referentes al número de abortos que se realizan en cada Comunidad Autónoma, así como los datos demográficos de cada mujer que decide someterse a dicho procedimiento, que vienen indicados en la hoja que recibe la denominación de “Notificación del Ministerio de Sanidad y Consumo”. Pero nosotros no sólo pretendíamos conocer esas cifras en bruto sino dotarlas de contenido para saber cuál era el país de procedencia de la mujer - dato que aún no se incorpora en la comunicación obligatoria -, las motivaciones y circunstancias que hacían que se tomara la decisión de interrumpir el embarazo y el uso o no de anticonceptivos. El propósito pretendido era comprender qué medidas serían las más adecuadas para adaptar las necesidades de este grupo amplio de población a los recursos existentes.

Para poder llevar a cabo dicho estudio los primeros pasos se dirigieron a obtener información sobre los centros acreditados por el Estado en Aragón para realizar abortos provocados bajo los supuestos legales estipulados por el ordenamiento jurídico.

Existen centros acreditados de financiación pública y privada. Los últimos deben su existencia al hecho de que la mayoría de los hospitales públicos no ofrecen en su cartera de



servicios la práctica del aborto provocado por estar adscritos sus facultativos a la objeción de conciencia.

Así, en la Comunidad Autónoma de Aragón, las clínicas privadas son la Clínica Almozara y la Clínica Actur. Cada una tiene sus peculiaridades que les imprimen un carácter independiente y diferente. La primera sólo se dedica a realizar interrupciones del embarazo de bajo riesgo (primeras 12 semanas de embarazo) y la segunda amplía su práctica a embarazos de alto riesgo, es decir, aquellos que sobrepasan las 12 semanas de gestación.

El centro público que realiza abortos en nuestro territorio es el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Practica interrupciones sólo en casos de enfermedad grave materna y malformaciones fetales importantes.

Los demás centros públicos de Aragón, Hospital Universitario Miguel Servet, Hospital San Jorge de Huesca, Hospital Obispo Polanco de Teruel y los hospitales comarcales de Barbastro, Jaca, Alcañiz y Calatayud, son centros acreditados en los que no se realizan abortos provocados porque todos sus facultativos se han adscrito a la objeción de conciencia. Todos los casos que llegan a ellos son remitidos a las clínicas privadas sitas en Zaragoza.

Una vez determinados los centros a los que las mujeres podían acudir para que les fuera practicado un aborto, el siguiente paso fue contactar con las clínicas de financiación privada para poder realizar a todas las mujeres que a ellas acudían una “encuesta” que sería recogida durante la entrevista que tuvieran con la trabajadora social. Esta etapa fue la más difícil, puesto que tuvieron que vencer ciertos obstáculos. Se nos veía como extraños que pretendíamos obtener información confidencial de las usuarias del centro, además de utilizar sus instalaciones para ello. Fueron necesarias numerosas reuniones para explicar a sus responsables los objetivos del estudio y planear con ellos cómo éste se podría llevar a cabo sin interferir en demasía en su quehacer diario y sin violar la intimidad de las mujeres. Finalmente, y no tras varias decepciones, se nos permitió la recogida de datos con la condición de que el criterio seguido no fuera el de un período de tiempo concreto sino el de un número prefijado de usuarios (muestra), hecho que fue aceptado.



En el Hospital Clínico no hubo problema a la hora de tener acceso a los datos recopilados sobre las interrupciones del embarazo en él realizados. Así que decidimos tomar los casos que coincidieran con el periodo de tiempo que durara la investigación en los otros dos centros privados acreditados.

## 5. 2 – Obtención de la muestra

Según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística de 2004, en Aragón hubo un total de 14.031 gestaciones, de las que 2.542 acabaron en un aborto provocado, lo que supone una tasa de interrupciones del embarazo de un 18,11%. De las gestaciones aragonesas, 2.806 (20%) pertenecen a mujeres no españolas<sup>4</sup> y 1.240 de los abortos (48,8%) son practicados a mujeres extranjeras.<sup>58</sup> Estas cifras arrojan una tasa de aborto provocado de un 11,6% entre las españolas y un 44,2% entre las extranjeras.

TASAS DE ABORTOS SEGÚN LUGAR DE ORIGEN DE LAS USUARIAS			
	Gestaciones	Abortos	%
Extranjeras	2.806	1.240	44,2
Españolas	11.225	1.302	11,6
<b>TOTALES</b>	14.031	2.542	18,11

Tabla nº 3: Tasas de abortos en mujeres españolas y extranjeras.

Al considerar, por lo tanto, estos datos, estimamos la peor proporción, que sería que el 50% de las mujeres extranjeras y de las españolas abortasen. Utilizamos el CENSO DE 2004 y consideramos el número de mujeres que tenían entre 15 y 50 años porque son aquellas que se encuentran en potencial edad fértil. El tamaño muestral para una precisión del 2%, una potencia<sup>21</sup> del 98% y un riesgo alfa<sup>22</sup> del 5% sería de 2.384.

<sup>21</sup> La precisión es la inversa a la potencia, siendo ésta última la capacidad de una prueba para detectar una diferencia cuando ésta existe realmente. Cuanto menor sea el valor de la precisión, mayor es la potencia de una prueba para encontrar diferencias significativas (MARTÍNEZ GONZÁLEZ *ET ALII*, 2001: 126).

<sup>22</sup> Riesgo alfa o error tipo 1 es la probabilidad de rechazar la hipótesis nula, siendo ésta en realidad verdadera. Este error consiste en decir que existen diferencias significativas, cuando realmente no las hay (MARTÍNEZ GONZÁLEZ *ET ALII*, 2001: 124).



TAMAÑO MUESTRAL			
		Precisión 2%	Precisión 3%
	Nº de mujeres / %	Muestra	Muestra
<b>Extranjeras</b>	19.946 (6,26%)	150	67
<b>Españolas</b>	298.502 (93,74%)	2.235	998
<b>TOTAL</b>	318.448	<b>2.384</b>	1.065

Tabla nº 4: Obtención del tamaño muestral.

Una vez escogido el tamaño muestral, se ha de escoger la muestra; es decir, la técnica de muestreo. Elegimos el muestreo aleatorio simple<sup>23</sup>, en el que inmigrantes y españolas tendrían la misma posibilidad de participar, porque los datos publicados en otras comunidades autónomas arrojaban que el 50% de las mujeres usuarias de sus clínicas autorizadas para realizar abortos eran extranjeras. Podemos contar con este dato gracias a que el ítem de la nacionalidad está incorporado en la hoja de notificación obligatoria en comunidades como Madrid y Cataluña. En la Comunidad Autónoma de Aragón, en cambio, no es preceptiva esta información.

### 5.3 – Hoja de recogida de datos

Como se expuso con anterioridad, a cada mujer que acudía a la entrevista preceptiva con la trabajadora social se le efectuaba la encuesta semi - cerrada y dirigida<sup>59</sup>, previamente elaborada.

Por cada mujer se cumplimentaba una hoja de recogida de datos. Ésta era rellenada por la entrevistadora, autora del trabajo, obviándose el nombre, las iniciales y el número de historia de la usuaria para garantizar su anonimato.

<sup>23</sup> El muestreo aleatorio simple es aquel en el que los participantes en el estudio tienen la misma probabilidad de aparecer. El azar determina la muestra. Aunque para nuestro interés este tipo de muestreo se presentaba como el más indicado, asumimos también sus inconvenientes. En primer lugar, supone definir de antemano los límites de la muestra. En segundo lugar, la naturaleza de los números aleatorios hace que puedan producirse acumulaciones de ciertas características, como podría ser la nacionalidad, la edad, el número de abortos a los que se ha sometido previamente la mujer. Por tanto, la parcialidad es intrínseca al muestreo y nosotros lo asumimos al tomar la decisión que consideramos más adecuada para el tipo de estudio que presentamos.



Antes de llevar a cabo las entrevistas definitivas que darían lugar al análisis, se consensuó cada uno de sus ítems con las trabajadoras sociales de las clínicas acreditadas de financiación privada y se probó la hoja en la clínica Almozara.

Tras sufrir algunas modificaciones que creímos necesarias para adaptarlas más a la realidad social actual se logró obtener la entrevista que se emplearía en adelante y que se muestra en el Anexo 2.

Dicha entrevista se caracteriza por ser semi – cerrada, dirigida y extensiva. Se eligió que fuera semi – cerrada porque permitía que, en ocasiones, el encuestado tuviera la libertad (características de las entrevistas abiertas) para responder a las preguntas planteadas siempre y cuando fuera interesante contar con sus opiniones y circunstancias personales, y se optó por preguntas preformuladas, caracterizadas porque el sujeto interrogado debía ubicar su respuesta en el marco que nosotros le proponíamos. Además pretendíamos conseguir información simple, precisa y estandarizada<sup>59</sup>. Una vez recopilados los datos se transfirieron a una base de datos creada a tal efecto en el programa informático Access de Office para Windows.

A continuación pasaremos a definir cada uno de los ítems especificados que conforman la hoja de recogida de datos.

- Número de historia clínica (NHC), número de identificación asignado de forma correlativa.
- Fecha, mes y año de la realización del aborto.
- Edad, años ya cumplidos de la mujer en el momento del aborto.
- País de procedencia de la mujer, entendiendo éste como su lugar de nacimiento. Se clasificaban en españolas, las nacidas en España, y en no españolas o extranjeras, aquellas nacidas fuera de nuestras fronteras, teniendo en cuenta cada país de forma independiente.



- País de procedencia de la pareja. Fue un dato complicado de obtener porque no en todos los casos durante la entrevista se aportaba y no se indagaba si se trataba de una relación esporádica.
- Ciudad de residencia en el momento del aborto. Se consideraron tres tipos de residencia, a saber:
  - ✓ *Capitales de provincia*, Huesca, Zaragoza y Teruel.
  - ✓ *Provincias*, las mujeres que habitaban en cualquier otro municipio que no fuera capital fueron adscritas a su provincia correspondiente, siendo éstas, en la Comunidad Autónoma de Aragón, Huesca, Zaragoza y Teruel, en la Comunidad Autónoma de Cataluña, Lérida, Barcelona, Gerona, Tarragona y, en Castilla y León, Soria. En los últimos casos se separaron geográficamente en provincias porque suponíamos que las mujeres que acudieran a someterse a un aborto no procederían de todo el territorio catalán, sino que influiría la cercanía o lejanía a la capital aragonesa.
  - ✓ *Comunidades Autónomas*, considerando en esta categoría a El País Vasco, La Rioja, Navarra, Asturias, Galicia, Melilla, Madrid y Castilla y León (excepto Soria). Nos pareció que el territorio abarcado por estas comunidades no era tan amplio, ya que el interés radicaba en conocer el área de influencia de Zaragoza.
- En caso de ser extranjeras (no españolas) se rellenaban los epígrafes de:
  - ✓ Tiempo de estancia en España, divididos en periodos de 0-6 meses, 6-12 meses, 1 año, 2 años, 3 años, 4 años y más de 4 años. Consideramos que era importante dividir el primer año en meses, ya que existen diferencias importantes en cuanto al conocimiento del medio, el idioma y la adaptación según el tiempo transcurrido. Sin embargo, por encima de 4 años parecía que los cambios serían menos significativos.
  - ✓ Inmigración directa o indirecta. Con este dato se diferenciaba entre aquellas mujeres que habían salido de su país de origen con destino a España,



inmigración directa, de aquellas que, antes de llegar a nuestro territorio, hubieran vivido en otros, inmigración indirecta, en cuyo caso teníamos en cuenta el año en que arribó por primera vez a España. Este dato es interesante porque las mujeres que hubieran realizado una inmigración indirecta podrían adaptarse con mayor rapidez, ya que el proceso lo habrían experimentado con anterioridad

- ✓ Conocimiento de la lengua española, diferenciando entre las mujeres que no comprenden, comprenden pero no hablan ni escriben, comprenden y hablan pero no escriben y las que comprenden, hablan y escriben. Nos parecía necesario conocer este dato para si, en el futuro, se desarrollaran programas de planificación familiar destinados a esta población; en concreto convendría saber su nivel de comprensión y traducir a los idiomas más frecuentes y habituales entre los inmigrantes los contenidos a exponer para una mejor comunicación.
- Tipo de convivencia, se clasificó en
  - ✓ *En pareja*, se incluían en esta categoría a las parejas casadas y que sin estarlo compartían residencia. Nos pareció que ambas situaciones podían incluirse en el mismo epígrafe, ya que se adaptan mejor a la realidad social actual y muestran similar grado de estabilidad.
  - ✓ *No en pareja*, diferenciando entre
    - a. Novio, pareja estable pero con la que no se convive.
    - b. Relación esporádica, embarazo producido por una relación sexual entre personas que no se conocían anteriormente y a los que no les unía ningún vínculo sentimental.
    - c. Amigo.
    - d. Anterior pareja.



- Nivel educativo, se distinguían los siguientes niveles de instrucción conforme a la hoja de notificación de interrupción voluntaria del embarazo<sup>35</sup> (Cfr. *Anexo I*):
- ✓ Analfabeta, aquellas que no pueden leer ni escribir, pueden leer pero no escribir, pueden leer y escribir sólo una o varias frases que recuerden de memoria y pueden leer y escribir solamente números o su propio nombre.
  - ✓ Sin estudios, comprende a aquellas personas que no han sido escolarizadas más de cinco años y que pueden ser consideradas alfabetas, es decir, capaces de leer y escribir, comprendiendo una breve y sencilla exposición de hechos relativos a su vida corriente.
  - ✓ Estudios primarios (5º de E.G.B. incluido o 1º y 2º ciclo de LOGSE o equivalentes), educación especial, enseñanza primaria (cinco cursos escolares como mínimo), enseñanza de iniciación profesional (preaprendizaje industrial), estudios de alfabetización de adultos, incluyendo a las personas que posean el Certificado Oficial de Estudios Primarios.
  - ✓ Estudios secundarios (B.U.P, C.O.U. o 3º y 4º de ESO, 1º y 2º de bachiller o equivalente), estudios en conservatorio de música (grado elemental y medio), estudios de artes aplicadas, oficios artísticos y cerámica, estudios de bachillerato elemental (general, laboral o técnico) y superior, estudios para acceso a la Universidad de los Mayores de 25 años y otros estudios medios elementales (Capacitación Agraria, Formación Profesional acelerada, Auxiliares Administrativos, Cultura General, Mecanografía, Taquigrafía, etc.) y superiores (Arte Dramático y Danza, Secretariado y Administración, Escuela Oficial de Idiomas, Azafatas Recepcionistas, Técnicos de Congresos, Secretariado Internacional, Programadores de Aplicaciones y de Sistemas, Mandos Intermedios, Puericultura, Radiotelegrafista, Auxiliar de Vuelo, Escuela de Librería, etc.).



- ✓ Estudios universitarios, Escuelas Universitarias o estudios equivalentes cuya duración es de tres años, Facultades Universitarias, Escuelas Técnicas Superiores o equivalentes y postgraduados.

En el caso de las estudiantes se marcará el nivel en el que se encuentran en el momento de someterse al aborto. En el resto se anotará el nivel superior alcanzado.

- Situación laboral, se consideró la situación actual y la ocupación principal tanto de la mujer como de su pareja o aquella persona que ella consideró su sustentador principal. Se diferenciaron: patrona/o profesional que emplea personal, empresaria/o profesional que no emplea personal, personal que trabaja a sueldo (persona que trabaja a sueldo, jornal, comisión u otra clase cualquiera de remuneración), pensionista, estudiante, parada/o, sus labores<sup>24</sup> y otras, que incluyen miembros de cooperativas de producción o de comercio que trabajan en la misma o participan de sus beneficios, personas que laboran sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar con el que convive, así como otras situaciones distintas a las descritas anteriormente.

En este apartado se empleó la técnica de entrevista abierta para que las mujeres pudieran exponer con mayor libertad la descripción de las labores que realizaban en su jornada laboral.

- Hijos previos, diferenciando entre:
  - ✓ Muertos, nacieran ya muertos o fallecieran después.
  - ✓ Vivos, que fueran mayores o menores de edad. Se distinguen en los primeros si conviven o no con la madre y entre los segundos si están o no emancipados. En caso negativo si habitan o no con su progenitora. Estas clasificaciones nos parecían interesantes porque podrían estar relacionadas con el motivo del aborto.

---

<sup>24</sup> Este término creemos que debería ser sustituido por otro que no tuviera una connotación tan machista y discriminatoria. Proponemos el de "trabajo doméstico".



- Abortos anteriores, refiriéndonos al número de abortos provocados previos al actual. Se interrogaba sobre el lugar de su realización, siendo las posibilidades de respuesta cerradas. Este dato nos podía informar sobre la accesibilidad a la realización del aborto, su recurrencia, que podría estar influida por la cultura de la mujer y su forma de entender la reproducción, y si su práctica se mantiene a pesar de la inmigración.
- Empleo de anticoncepción. Durante la entrevista se preguntó a las mujeres sobre el uso o no de anticonceptivos. Por ello, se diferenció entre aquellas que los utilizaron o no. Entre los anticonceptivos conocidos por las primeras se distinguieron los métodos naturales, Ogino o del calendario, Billing o del moco cervical, *coitus interruptus* y temperatura, y los anticonceptivos hormonales orales, el anillo vaginal, el parche, los implantes e inyectables, el dispositivo intrauterino (D.I.U.) y el preservativo.

Si el método empleado no se encontraba entre las respuestas preformuladas, se daba la opción de añadirlo (óvulos, cremas espermicidas, vasectomía, ligadura tubárica, etc.).

Se dividió además el apartado en:

- ✓ Anticoncepción en el momento del aborto.
- ✓ Anticoncepción durante el año previo al aborto.

Se habilitó espacio suficiente para especificar los motivos posibles del fallo y del cese de los anticonceptivos en caso de usarse antes del inicio de la gestación.

- Visitas ginecológicas, las contestaciones podían ser sólo afirmativas o negativas. En el primer caso se preguntaba el porqué de la consulta dando la posibilidad ya determinada entre anticoncepción, obtención de información sobre el aborto provocado o por otros motivos – revisiones, patología ginecológica, control del embarazo, etc.-.



- Uso de intercepción postcoital, se obtenía esta información si no se había usado ningún tipo de método anticonceptivo o si éste había fallado. En caso positivo se recogía el día del ciclo en que se había producido la relación sexual de riesgo, las horas transcurridas desde el coito hasta la toma de las pastillas (1.500 mcg de levonogestrel en toma única) y las veces que se había utilizado anteriormente. Actualmente, la dispensación de este método, también conocido como pastilla del día después o anticoncepción de urgencia<sup>25</sup>, es gratuita en la Comunidad Autónoma de Aragón, por lo que nos pareció adecuado conocer qué número de mujeres que se someten a un aborto provocado en Aragón habían hecho uso de esta posibilidad para evitar un embarazo no deseado.
- Edad gestacional datada por ecografía (E.G.), indicada en semanas que se hubieran completado.
- Motivo del aborto, que han de ser los supuestos legales estipulados, a saber:
  - ✓ Violación.
  - ✓ Malformación fetal, presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psicológicas.
  - ✓ Causa materna, peligro para la vida o salud física o psíquica de la embarazada.

Se permiten respuestas abiertas que especifiquen y expliquen la motivación que condujo a recurrir al aborto, quedando reflejadas en el espacio ubicado al lado de cada supuesto.

---

<sup>25</sup> Aceptación actualmente recomendada por la Sociedad Española de Contracepción.



➤ Método empleado en el aborto, el fármaco y las diferentes técnicas utilizadas se plasman en:

- ✓ RU 486 (mifepristona).
- ✓ Legrado con anestesia local, entendiéndose como tal la técnica de legrado y aspiración con bloqueo paracervical.
- ✓ Legrado con anestesia general, se incluyen el legrado y aspiración con sedación hasta la semana 14 y la dilatación y evacuación con anestesia general de las 14 a las 21-22 semanas.

El tipo de anestesia lo selecciona la paciente. En la Clínica Almozara, acreditada solamente para realizar abortos de bajo riesgo, sólo se dispone de anestesia local.

- ✓ Otras, inducción y parto, histerotomía o micro cesárea e histerectomía.

#### **5.4 – Análisis de los datos**

El primer paso en el análisis de datos una vez se introdujeron en la base creada a tal efecto en el programa Access para PC, fue realizar el análisis descriptivo de la muestra (media, mediana, moda, varianza y desviación típica) para, posteriormente, evaluar las diferentes variables existentes mediante el paquete estadístico SPSS versión 13.0.

Utilizamos los siguientes test estadísticos<sup>60</sup>:

- Análisis de varianzas (ANOVA) con el test post hoc de Bonferroni para realizar comparaciones de medias de dos o más poblaciones. Las variables deben ser cualitativas dicotómicas y cuantitativas.
- Chi Cuadrado para variables cualitativas.
- t de Student, para compara medias de dos muestras independientes en caso de variables cuantitativas y cualitativas dicotómicas.



Un nivel de  $p < 0,05$  fue considerado estadísticamente significativo,  $p < 0,01$  muy significativo, y  $p < 0,001$  extremadamente significativo





## **VI. – RESULTADOS**





## 6. – RESULTADOS

---

Presentamos los datos obtenidos en la muestra. Se describirá cada apartado para, posteriormente, verificar si existe alguna diferencia entre la población española y la inmigrante en cada uno de los ítems presentados. Para ello se utilizarán las tablas de contingencia<sup>26</sup> y los estadísticos chi – cuadrado, t de Student y ANOVA.

Se incluyen en el estudio 2895 mujeres, a las que se les fue practicado un aborto provocado en Zaragoza. Del total, 1464 eran españolas, lo que supone un 50,7% de la muestra, y 1434 inmigrantes (49,3%).

### 6. 1. – Población inmigrante

Este dato se ha analizado desde dos puntos de vista diferentes, a saber: país de procedencia y área geográfica de origen.

#### 6. 1. 1 – Origen

El primero muestra que son por orden descendente Rumanía (16,8%), Ecuador (8,7%), Marruecos (2,9%), Bolivia (2,8%), Colombia (2,6%), Bulgaria (2,2%), Brasil (1,9%), Guinea (1,5%) y China (1%) los países de los que proceden las mujeres que se sometieron a un aborto provocado en las clínicas y hospitales de Zaragoza.

---

<sup>26</sup> En las tablas de contingencia se pierden casos, ya que se desestiman aquellos que no se adscriben a ningún grupo.



PAÍS DE PROCEDENCIA			
		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Alemania	1	,0
	Francia	7	,2
	Italia	4	,1
	Portugal	9	,3
	Albania	2	,1
	Bulgaria	64	2,2
	Lituania	8	,3
	Polonia	1	,0
	República Checa	2	,1
	República de Moldavia	6	,2
	Rumanía	484	16,8
	Rusia	19	,7
	Ucrania	14	,5
	Georgia	3	,1
	Argelia	4	,1
	Marruecos	83	2,9
	Túnez	1	,0
	Cabo Verde	4	,1
	Camerún	3	,1
	Congo	1	,0
	Gambia	2	,1
	Ghana	10	,3
	Guinea	43	1,5
	Mali	1	,0
	Nigeria	24	,8
	Senegal	2	,1
	Togo	1	,0
	Méjico	3	,1
	El Salvador	3	,1
	Honduras	3	,1
	Nicaragua	8	,3
	Cuba	26	,9
	República Dominicana	19	,7
	Argentina	13	,5



PAÍS DE PROCEDENCIA			
		Frecuencia	Porcentaje válido
	Bolivia	81	2,8
	Brasil	55	1,9
	Chile	3	,1
	Colombia	75	2,6
	Ecuador	251	8,7
	Paraguay	5	,2
	Perú	27	,9
	Uruguay	4	,1
	Venezuela	10	,3
	China	29	1,0
	Pakistán	2	,1
	España	1464	50,8
	Total	2884	100,0
Perdidos	Sistema	11	
Total		2895	

Tabla nº 7: Frecuencia de los países de procedencia de mujeres inmigrantes.

En relación al área geográfica de origen, resalta el hecho de que el 39,9% de las mujeres provengan de Europa oriental y el 41,3% de Iberoamérica. Es similar el porcentaje inmigrantes oriundas del Magreb y África subsahariana, 6,2% y 6,4% respectivamente. Reseñable es la escasa incidencia de las usuarias de Europa occidental (1,5%).

ÁREA GEOGRÁFICA DE PROCEDENCIA			
		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Iberoamérica	586	41,3
	Magreb	88	6,2
	África Subsahariana	91	6,4
	Asia	67	4,7
	Europa (15)	21	1,5
	Europa del Este	567	39,9
	Total	1420	100,0
Perdidos	Sistema	4	
Total		1424	

Tabla nº 8: Frecuencia de área geográfica de procedencia de mujeres inmigrantes.



### 6. 1. 2 – Tipo de inmigración

En el 92,8% de los casos, las mujeres eligieron España como primera opción de destino en su viaje migratorio.

### 6. 1. 3 – Período de residencia

El período de residencia de las usuarias de los servicios acreditados para la realización de abortos provocados era superior a cuatro años en el 29,4% de los casos. En cambio, el 18,8% de mujeres residen en territorio nacional desde hace tan sólo un año.

PERMANENCIA EN ESPAÑA			
		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	0-6 meses	163	11,8
	6-12 meses	97	7,0
	1 año	97	7,0
	2 años	248	17,9
	3 años	206	14,9
	4 años	166	12,0
	> 4 años	407	29,4
	Total	1384	100,0
Perdidos	Sistema	40	
Total		1424	

Tabla nº 9: Tiempo de residencia en España.

La mayoría de las mujeres, independientemente de su área geográfica de origen han vivido en España durante más de cuatro años, a excepción de las europeas del este, que en más de la mitad de los casos llevan habitando entre nosotros menos de dos años.

Son las europeas occidentales que se someten a un aborto las que más tiempo de estancia tienen en nuestro país.



PERMANENCIA EN ESPAÑA SEGÚN ÁREA DE PROCEDENCIA								
		Continente						Total
		Iberoamérica	Magreb	África Subsahariana	Asia	Europa (15)	Europa del Este	
0-6 meses	Recuento	53	9	11	7	1	82	163
	% de Continente	9,4%	10,5%	12,5%	10,6%	4,8%	14,8%	11,8%
6-12 meses	Recuento	34	2	6	3	3	49	97
	% de Continente	6,0%	2,3%	6,8%	4,5%	14,3%	8,8%	7,0%
1 año	Recuento	28	8	8	8	0	45	97
	% de Continente	4,9%	9,3%	9,1%	12,1%	,0%	8,1%	7,0%
2 años	Recuento	83	14	14	13	3	120	247
	% de Continente	14,7%	16,3%	15,9%	19,7%	14,3%	21,6%	17,9%
3 años	Recuento	80	18	14	5	0	89	206
	% de Continente	14,1%	20,9%	15,9%	7,6%	,0%	16,0%	14,9%
4 años	Recuento	75	6	10	6	2	67	166
	% de Continente	13,3%	7,0%	11,4%	9,1%	9,5%	12,1%	12,0%
> 4 años	Recuento	213	29	25	24	12	103	406
	% de Continente	37,6%	33,7%	28,4%	36,4%	57,1%	18,6%	29,4%
Total	Recuento	566	86	88	66	21	555	1382
	% de Continente	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla nº 10: Tiempo de estancia en España según área geográfica de procedencia.

Las diferencias encontradas son significativas,  $p < 0,001$ , teniendo en cuenta que ocho casillas tienen frecuencias esperadas menores a cinco.

CHI – CUADRADO ESTANCIA EN ESPAÑA SEGÚN ORIGEN			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	88,066	30	,000

Tabla nº 11: Chi – cuadrado. Estancia en España según área geográfica de origen.

#### 6. 1. 4 – Dominio de la lengua española

Más de la mitad de las inmigrantes comprende, habla y escribe español. El porcentaje de aquellas que tienen dificultades (ni comprenden ni hablan o comprenden pero no lo hablan) para comunicarse con la población española suponen menos del 10% de la muestra.



DOMINIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA			
		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	no comprende ni habla	50	3,6
	comprende pero no habla ni escribe	73	5,3
	comprende y habla, pero no escribe	383	27,6
	comprende, habla y escribe	882	63,5
	Total	1388	100,0
Perdidos	Sistema	36	
Total		1424	

Tabla nº 13: Frecuencia del dominio de la lengua española.

Aunque a simple vista pueda parecer un dato halagüeño el número de mujeres que dominan la lengua española, no lo es tanto si tenemos en cuenta que el 18,4% de inmigrantes proceden de países cuya lengua materna es el castellano. Por tanto, es significativo que un número considerable de inmigrantes tenga dificultades con el idioma. Son las mujeres asiáticas y las magrebíes las que más dificultades presentan, siendo casi un 20% de ellas las que ni comprenden ni hablan el español. Por el contrario las europeas occidentales, con un 76,2% son las que más facilidades tienen para entenderse en castellano.

DOMINIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA SEGÚN ÁREA DE PROCEDENCIA						
		Español				Total
		no comprende ni habla	comprende pero no habla ni escribe	comprende y habla, pero no escribe	comprende, habla y escribe	
Iberoamérica	Recuento	4	10	64	493	571
	% de Continente	,7%	1,8%	11,2%	86,3%	100,0%
Magreb	Recuento	11	7	35	34	87
	% de Continente	12,6%	8,0%	40,2%	39,1%	100,0%
África Subsahariana	Recuento	2	12	30	44	88
	% de Continente	2,3%	13,6%	34,1%	50,0%	100,0%
Asia	Recuento	10	5	22	27	64
	% de Continente	15,6%	7,8%	34,4%	42,2%	100,0%
Europa (15)	Recuento	1	0	3	17	21
	% de Continente	4,8%	,0%	14,3%	81,0%	100,0%
Europa del Este	Recuento	22	39	228	266	555
	% de Continente	4,0%	7,0%	41,1%	47,9%	100,0%
Total	Recuento	50	73	382	881	1386
	% de Continente	3,6%	5,3%	27,6%	63,6%	100,0%

Tabla nº 13: Tabla de contingencia de continentes en relación con el dominio del español.



No realizamos estadístico para saber si las diferencias observadas son estadísticamente significativas porque como ya hemos explicado anteriormente, el grupo de Iberoamérica, si exceptuamos a Brasil, tiene como lengua materna el castellano.

## 6.2 - País de procedencia de la pareja.

El 51,6% de las parejas de las mujeres que se realizan un aborto provocado son españolas.

Prácticamente el total de las españolas (97,7%) tienen compañeros de la misma nacionalidad. Igual ocurre con las inmigrantes, cuya pareja es de diferente procedencia en un 13,8%. Esta diferencia es estadísticamente significativa al ser  $p < 0,001$ .

CHI – CUADRADO ORIGEN PAREJAS			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1270,391	1	,000

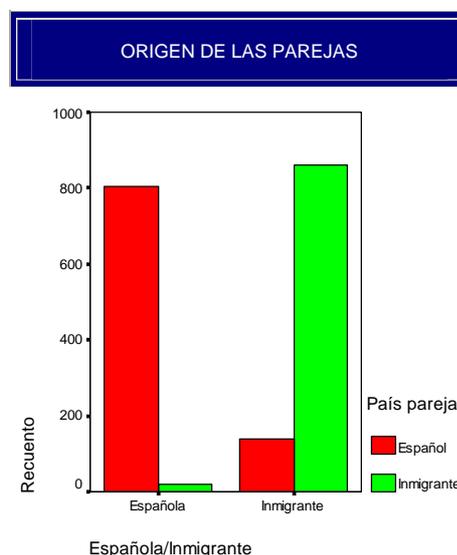


Tabla nº 14: Chi – cuadrado.

Figura nº 6: Procedencia de la pareja según nacionalidad de la mujer.

Por área geográfica de procedencia son las europeas occidentales, las iberoamericanas, subsaharianas y europeas del este las que mayor porcentaje de parejas españolas tienen. En cambio, los compañeros de las asiáticas son siempre extranjeros.



ORIGEN DE LAS PAREJAS SEGÚN ZONA DE PROCEDENCIA DE LA MUJER									
		Continente							Total
			Iberoamérica	Magreb	África Subsahariana	Asia	Europa (15)	Europa del Este	
Pais pareja	Español	Recuento	76	4	8	0	5	45	138
		% de Continente	19,9%	6,1%	12,3%	,0%	29,4%	10,8%	13,8%
	Inmigrante	Recuento	305	62	57	51	12	372	859
		% de Continente	80,1%	93,9%	87,7%	100,0%	70,6%	89,2%	86,2%
Total		Recuento	381	66	65	51	17	417	997
		% de Continente	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla nº 15: País de procedencia de la pareja según área geográfica.

La p del chi – cuadrado es menor a 0,001, por lo que las diferencias no son casualidad. Sólo una casilla muestra una frecuencia inferior a cinco.

CHI – CUADRADO. NACIONALIDAD DE LA PAREJA SEGÚN ORIGEN DE LA MUJER			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30,29	5	,000

Tabla nº 16: Chi – cuadrado.

### 6.3 – Lugar de residencia

Casi la mitad de las mujeres que se sometieron a un aborto provocado en la Comunidad Autónoma de Aragón habitaban en su capital, Zaragoza.

Es importante reseñar que después de Zaragoza capital y provincia, es de La Rioja y Navarra de donde más mujeres acuden a Aragón para realizarse un aborto. Es significativo reseñar que en la muestra aparezcan mujeres procedentes de Melilla, Asturias, Galicia y Cantabria entre otras.

Sólo dos mujeres de casi tres mil vinieron de vacaciones a España y aprovecharon el viaje para interrumpir su embarazo.



LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS MUJERES			
		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Zaragoza capital	1388	48,6
	Zaragoza provincia	349	12,2
	Huesca capital	115	4,0
	Huesca provincia	190	6,7
	Teruel capital	24	,8
	Teruel provincia	66	2,3
	Navarra	253	8,9
	Soria	95	3,3
	La Rioja	330	11,6
	Lérida	11	,4
	Madrid	3	,1
	País Vasco	10	,4
	Andorra	2	,1
	Barcelona	3	,1
	Vacaciones	2	,1
	Castilla León ( no Soria)	3	,1
	Cantabria	1	,0
	Galicia	1	,0
	Tarragona	3	,1
	Valencia	3	,1
Asturias	1	,0	
Melilla	1	,0	
	Total	2854	100,0
Perdidos	Sistema	41	
	Total	2895	

Tabla nº 17: Lugar de residencia.

Desde las provincias de Zaragoza, Teruel, Soria, Lérida y Valencia acuden una mayor proporción de inmigrantes que de españolas a someterse a un aborto. De hecho, todas las mujeres que aprovecharon las vacaciones para interrumpir su embarazo eran extranjeras, una boliviana y otra nigeriana.

Existen diferencias no debidas al azar, como lo demuestra la  $p = 0,003$  del chi – cuadrado. Sin embargo, existe un 53,3% de las casillas con frecuencias menores a cinco.



LUGAR DE RESIDENCIA SEGÚN NACIONALIDAD				
		Española/Inmigrante		Total
		Española	Inmigrante	
Zaragoza capital	Recuento	703	684	1387
	% de Española/Inmigrante	49,1%	48,3%	48,7%
Zaragoza provincia	Recuento	161	186	347
	% de Española/Inmigrante	11,3%	13,1%	12,2%
Huesca capital	Recuento	71	44	115
	% de Española/Inmigrante	5,0%	3,1%	4,0%
Huesca provincia	Recuento	106	83	189
	% de Española/Inmigrante	7,4%	5,9%	6,6%
Teruel capital	Recuento	15	9	24
	% de Española/Inmigrante	1,0%	,6%	,8%
Teruel provincia	Recuento	28	38	66
	% de Española/Inmigrante	2,0%	2,7%	2,3%
Navarra	Recuento	137	114	251
	% de Española/Inmigrante	9,6%	8,0%	8,8%
Soria	Recuento	34	61	95
	% de Española/Inmigrante	2,4%	4,3%	3,3%
La Rioja	Recuento	152	178	330
	% de Española/Inmigrante	10,6%	12,6%	11,6%
Lérida	Recuento	4	7	11
	% de Española/Inmigrante	,3%	,5%	,4%
Madrid	Recuento	3	0	3
	% de Española/Inmigrante	,2%	,0%	,1%
País Vasco	Recuento	8	2	10
	% de Española/Inmigrante	,6%	,1%	,4%
Andorra	Recuento	1	1	2
	% de Española/Inmigrante	,1%	,1%	,1%
Barcelona	Recuento	2	1	3
	% de Española/Inmigrante	,1%	,1%	,1%
Vacaciones	Recuento	0	2	2
	% de Española/Inmigrante	,0%	,1%	,1%
Castilla León ( no Soria)	Recuento	1	2	3
	% de Española/Inmigrante	,1%	,1%	,1%
Cantabria	Recuento	0	1	1
	% de Española/Inmigrante	,0%	,1%	,0%
Galicia	Recuento	1	0	1
	% de Española/Inmigrante	,1%	,0%	,0%
Tarragona	Recuento	2	1	3
	% de Española/Inmigrante	,1%	,1%	,1%
Valencia	Recuento	0	3	3
	% de Española/Inmigrante	,0%	,2%	,1%
Asturias	Recuento	1	0	1
	% de Española/Inmigrante	,1%	,0%	,0%
Melilla	Recuento	1	0	1
	% de Española/Inmigrante	,1%	,0%	,0%
Total	Recuento	1431	1417	2848
	% de Española/Inmigrante	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla nº 18: Lugar de residencia según nacionalidad.



CHI – CUADRADO. RESIDENCIA SEGÚN NACIONALIDAD			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	43,395	21	,003

Tabla nº 19: Chi – cuadrado.

Al analizar el lugar de residencia de las mujeres que abortan en Aragón según su área de procedencia se observa que, independientemente de su origen, la mayoría viven en Zaragoza capital. Sin embargo, existen diferencias en los otros emplazamientos. Los más corrientes, tras la capital aragonesa, por orden decreciente de incidencias son:

- Iberoamericanas, La Rioja y Navarra.
- Magrebíes, La Rioja, Zaragoza provincia y Navarra.
- Subsaharianas, La Rioja, Zaragoza provincia y Navarra.
- Asiáticas, La Rioja y Teruel provincia.
- Europeas del este, Zaragoza provincia y La Rioja
- Europeas (15) Navarra y La Rioja.

LUGAR DE RESIDENCIA SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA DE PROCEDENCIA								
		Continente						Total
		Iberoamérica	Magreb	África Subsahariana	Asia	Europa (15)	Europa del Este	
Zaragoza capital	Recuento	295	26	52	42	10	256	681
	% de Continente	50,5%	29,5%	57,8%	62,7%	47,6%	45,5%	48,2%
Zaragoza provincia	Recuento	58	10	9	3	1	105	186
	% de Continente	9,9%	11,4%	10,0%	4,5%	4,8%	18,7%	13,2%
Huesca capital	Recuento	16	4	5	2	0	17	44
	% de Continente	2,7%	4,5%	5,6%	3,0%	,0%	3,0%	3,1%
Huesca provincia	Recuento	25	12	4	1	0	41	83
	% de Continente	4,3%	13,6%	4,4%	1,5%	,0%	7,3%	5,9%
Teruel capital	Recuento	2	0	0	0	0	7	9
	% de Continente	,3%	,0%	,0%	,0%	,0%	1,2%	,6%
Teruel provincia	Recuento	5	6	2	5	0	20	38
	% de Continente	,9%	6,8%	2,2%	7,5%	,0%	3,6%	2,7%
Navarra	Recuento	59	9	7	4	5	29	113
	% de Continente	10,1%	10,2%	7,8%	6,0%	23,8%	5,2%	8,0%



LUGAR DE RESIDENCIA SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA DE PROCEDENCIA

		Continente						Total
		Iberoamérica	Magreb	África Subsahariana	Asia	Europa (15)	Europa del Este	
Soria	Recuento	33	2	1	2	2	21	61
	% de Continente	5,7%	2,3%	1,1%	3,0%	9,5%	3,7%	4,3%
La Rioja	Recuento	82	19	9	6	3	59	178
	% de Continente	14,0%	21,6%	10,0%	9,0%	14,3%	10,5%	12,6%
Lérida	Recuento	2	0	0	2	0	3	7
	% de Continente	,3%	,0%	,0%	3,0%	,0%	,5%	,5%
País Vasco	Recuento	2	0	0	0	0	0	2
	% de Continente	,3%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,1%
Andorra	Recuento	0	0	0	0	0	1	1
	% de Continente	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,2%	,1%
Barcelona	Recuento	1	0	0	0	0	0	1
	% de Continente	,2%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,1%
Vacaciones	Recuento	0	0	1	0	0	1	2
	% de Continente	,0%	,0%	1,1%	,0%	,0%	,2%	,1%
Castilla León (no Soria)	Recuento	2	0	0	0	0	0	2
	% de Continente	,3%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,1%
Cantabria	Recuento	1	0	0	0	0	0	1
	% de Continente	,2%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,1%
Tarragona	Recuento	0	0	0	0	0	1	1
	% de Continente	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,2%	,1%
Valencia	Recuento	1	0	0	0	0	2	3
	% de Continente	,2%	,0%	,0%	,0%	,0%	,4%	,2%
Total	Recuento	584	88	90	67	21	563	1413
	% de Continente	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla nº 21: Lugar de residencia según área geográfica de origen.

Al aplicar chi – cuadrado obtenemos una  $p < 0,001$ . El 71,3% de las casillas tienen una frecuencia menor de cinco.

CHI – CUADRADO. RESIDENCIA SEGÚN ZONA DE PROCEDENCIA			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	145,954(a)	85	,000

Tabla nº 20: Chi – cuadrado de lugar de residencia según área geográfica de origen.



## 6.4 - Edad

### 6.4.1 – Edad media

La edad media de las usuarias, independientemente de su nacionalidad, es de 27,8 años, siendo la máxima 46 y la mínima 13.

EDAD	
Válidos	2864
Perdidos	31
Media	27,79
Mediana	27,00
Moda	25
Desv. típ.	6,750
Varianza	45,560
Rango	33
Mínimo	13
Máximo	46

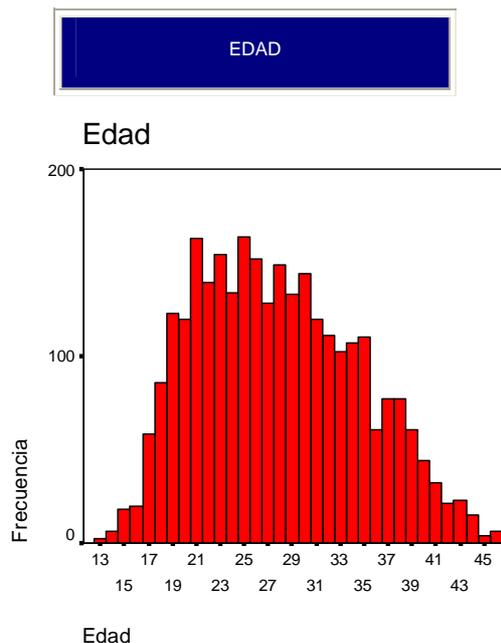


Tabla nº 22: Edad.

Figura nº 7: Edad.

La media de edad a la que se sometieron a un aborto las mujeres españolas y las inmigrantes no señala una diferencia significativa, ya que las españolas lo hicieron a los 27,94 años y las inmigrantes a 27,67. La edad menor de las inmigrantes sí que marca una distinción, 13 frente a los 14 años de las españolas. La edad mayor en ambas es la misma, 46 años.



EDAD MEDIA DE LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES				
Española/Inmigrante		Estadístico	Error típ.	
Española	<b>Media</b>	<b>27,94</b>	<b>,185</b>	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	27,57	
		Límite superior	28,30	
	Mediana	27,00		
	Varianza	49,661		
	Desv. típ.	7,047		
	Mínimo	14		
Máximo	46			
Inmigrante	<b>Media</b>	<b>27,67</b>	<b>,171</b>	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	27,33	
		Límite superior	28,00	
	Mediana	27,00		
	Varianza	41,379		
	Desv. típ.	6,433		
	Mínimo	13		
Máximo	46			

Tabla nº 23: Media de edad de la población inmigrante y española

GRÁFICO DE CAJAS DE LA EDAD SEGÚN NACIONALIDAD

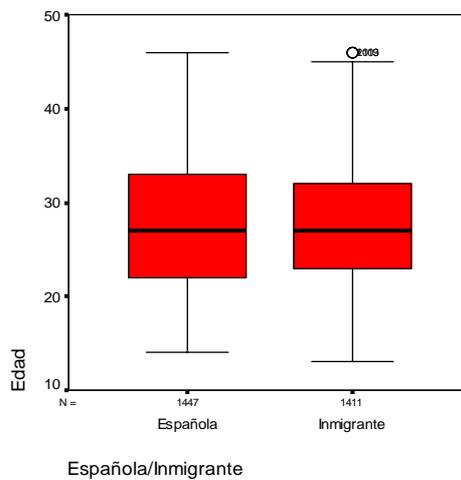


Figura nº 8: Medias de edad de la población inmigrante y española.

Al aplicar el estadístico t student para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre la población española y la inmigrante, se obtiene una  $p = 0,268$ , por lo que se acepta la hipótesis nula de igualdad entre ambas.



El aborto provocado en la Comunidad Autónoma de Aragón:  
estudio descriptivo de la población española e inmigrante

T DE STUDENT. MEDIA DE EDAD DE LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRENTES									
Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
No se han asumido varianzas iguales	14,99	,000	1,06	2843,66	,288	,27	,252	-,227	,763

Tabla nº 24: Prueba t student para muestras independientes sobre la edad.

Las mujeres embarazadas más jóvenes (13 años la mínima), dentro del colectivo inmigrante, proceden de Iberoamérica y Europa del Este. En cambio, las de mayor edad son originarias del Magreb.

EDAD MEDIA DE LAS MUJERES QUE ABORTAN SEGÚN SU PROCEDENCIA				
Continente		Estadístico	Error típ.	
Iberoamérica	Media	27,15	,254	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	26,65	
		Límite superior	27,65	
	Mediana	27,00		
	Varianza	37,594		
	Desv. típ.	6,131		
	Mínimo	13		
Magreb	Máximo	43		
	Media	27,26	,707	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	25,85	
		Límite superior	28,66	
	Mediana	26,50		
	Varianza	42,993		
	Desv. típ.	6,557		
Mínimo	17			
Máximo	46			



EDAD MEDIA DE LAS MUJERES QUE ABORTAN SEGÚN SU PROCEDENCIA				
Continente		Estadístico	Error típ.	
África Subsahariana	Media	26,83	,597	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	25,65	
		Límite superior	28,02	
	Mediana	27,00		
	Varianza	32,073		
	Desv. típ.	5,663		
	Mínimo	15		
	Máximo	40		
	Asia	Media	27,82	,685
Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	26,45	
		Límite superior	29,19	
Mediana		29,00		
Varianza		30,982		
Desv. típ.		5,566		
Mínimo		14		
Máximo		39		
Europa (15)		Media	29,29	1,451
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	26,26	
		Límite superior	32,31	
	Mediana	25,00		
	Varianza	44,214		
	Desv. típ.	6,649		
	Mínimo	21		
	Máximo	41		
	Europa del Este	Media	27,43	,271
Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	26,89	
		Límite superior	27,96	
Mediana		27,00		
Varianza		41,296		
Desv. típ.		6,426		
Mínimo		13		
Máximo		45		

Tabla nº 25: Edad media de las mujeres que se sometieron aun aborto según áreas geográficas de procedencia.



GRÁFICO DE CAJAS DE LA EDAD DE LAS MUJERES SEGÚN SU PROCEDENCIA

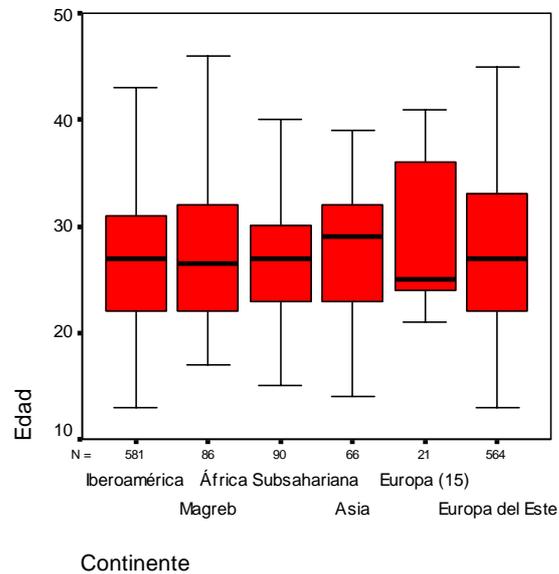


Figura nº 9: Edad media de las mujeres que se sometieron aun aborto según áreas geográficas de procedencia.

Al aplicarse el test estadístico ANOVA para conocer la diferencia entre la edad de las mujeres y su área geográfica de procedencia, no se aprecia la existencia de distinciones estadísticamente significativas por ser  $p = 0,597$ .

El test de Bonferroni no muestra diferencias intergrupos.

ANOVA. EDAD DE LAS MUJERES Y ÁREA GEOGRÁFICA DE ORIGEN					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	142,812	5	28,562	,735	,597

Tabla nº 26: TEST ANOVA de edad y área geográfica de las mujeres.



6.4.2 – Grupos de edad

Las mujeres que se sometieron, con mayor frecuencia, a un aborto tenían una edad comprendida entre los 25 y 29 años (25,3%). La década de los veinte años, con más del 50% de la muestra, se convierte en la época en la que las mujeres recurren más a este procedimiento.

GRUPO DE EDAD			
		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	< 14 años	8	,3
	15-19 años	305	10,6
	20-24 años	711	24,8
	25-29 años	726	25,3
	30-34 años	584	20,4
	35-39 años	386	13,5
	> 40 años	145	5,1
	Total	2865	100,0
Perdidos	Sistema	30	
Total		2895	

Tabla nº 27: Grupos de edad.

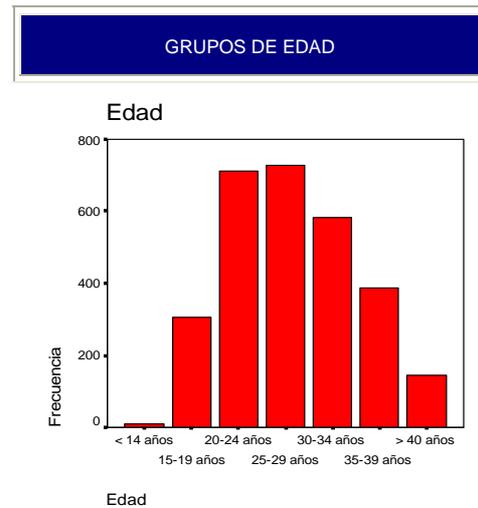


Figura nº 10: Grupos de edad.

Lo más significativo en el análisis comparativo entre la población inmigrante y la española es que las segundas se someten al aborto, con mayor frecuencia, entre los 20 y los 24 años (25,1%), mientras que las primeras lo hacen entre los 25 y los 29 (26,6%). Además, es mayor el porcentaje de mujeres en edades extremas, menores de 19 y mayores de 40 años en el grupo de las nacionales.



GRUPOS DE EDAD DE LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES					
		Española/Inmigrante		Total	
		Española	Inmigrante		
Edad	< 14 años	Recuento	4	4	8
		% de Española/Inmigrante	,3%	,3%	,3%
	15-19 años	Recuento	163	140	303
		% de Española/Inmigrante	11,3%	9,9%	10,6%
	20-24 años	Recuento	363	345	708
		% de Española/Inmigrante	25,1%	24,5%	24,8%
	25-29 años	Recuento	348	376	724
		% de Española/Inmigrante	24,0%	26,6%	25,3%
	30-34 años	Recuento	274	310	584
		% de Española/Inmigrante	18,9%	22,0%	20,4%
	35-39 años	Recuento	200	186	386
		% de Española/Inmigrante	13,8%	13,2%	13,5%
	> 40 años	Recuento	95	50	145
		% de Española/Inmigrante	6,6%	3,5%	5,1%
Total		Recuento	1447	1411	2858
		% de Española/Inmigrante	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla nº 28: Tabla de contingencia de rango de edad y nacionalidad.

Las diferencias son estadísticamente significativas al obtenerse en el estadístico chi - cuadrado una  $p = 0,003$ , con sólo dos casillas con una frecuencia esperada inferior a cinco.

CHI – CUADRADO. RANGO DE EDADES. DIFERENCIAS ENTRE ESPAÑOLAS E INMIGRANTES			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,528(a)	6	,003

Tabla nº 29: Chi – cuadrado.

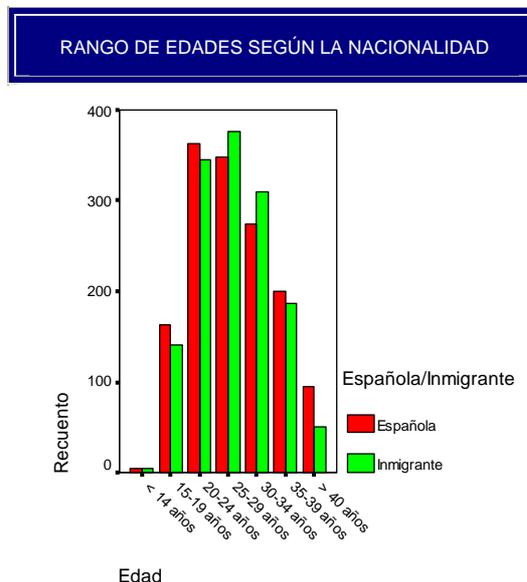


Figura nº 11: Rango de edad en relación con la nacionalidad.



Reseñar que, aunque la edad media de las mujeres que se someten a un aborto no difiera según nacionalidad, siendo de 27,94 para las españolas y 27,67 para las inmigrantes, sí que se evidencian diferencias, no debidas al azar, en los rangos de edad más frecuentes para cada población. Así, son entre los 25 y 29 años en las extranjeras y entre los 20 y 24 años en las nacionales, los grupos con mayor proporción de usuarias.

No existe distinción entre los rangos de edad de las mujeres inmigrantes, que recurren al aborto provocado para finalizar con su embarazo, dependiendo de su área geográfica de procedencia. Aunque, cabe reseñar que entre las mujeres menores de veinte años predominan las subsaharianas y entre las mayores de cuarenta las europeas occidentales.

RANGO DE EDAD SEGÚN ZONA DE PROCEDENCIA									
		Edad							Total
		< 14 años	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	> 40 años	
Iberoamérica	Recuento	2	54	160	164	124	60	17	581
	% de Continente	,3%	9,3%	27,5%	28,2%	21,3%	10,3%	2,9%	100,0%
Magreb	Recuento	0	11	18	27	15	13	2	86
	% de Continente	,0%	12,8%	20,9%	31,4%	17,4%	15,1%	2,3%	100,0%
África Subsahariana	Recuento	0	12	20	29	20	8	1	90
	% de Continente	,0%	13,3%	22,2%	32,2%	22,2%	8,9%	1,1%	100,0%
Asia	Recuento	1	3	17	17	20	8	0	66
	% de Continente	1,5%	4,5%	25,8%	25,8%	30,3%	12,1%	,0%	100,0%
Europa (15)	Recuento	0	0	7	4	4	5	1	21
	% de Continente	,0%	,0%	33,3%	19,0%	19,0%	23,8%	4,8%	100,0%
Europa del Este	Recuento	2	57	150	144	122	72	17	564
	% de Continente	,4%	10,1%	26,6%	25,5%	21,6%	12,8%	3,0%	100,0%
Total	Recuento	5	137	372	385	305	166	38	1408
	% de Continente	,4%	9,7%	26,4%	27,3%	21,7%	11,8%	2,7%	100,0%

Tabla nº 30: Tabla de contingencia entre rango de edad y área geográfica de procedencia.

Al aplicar el estadístico chi – cuadrado existe un 31% de casillas con una frecuencia inferior a cinco. Además, no muestra diferencias estadísticamente significativas.



CHI – CUADRADO. GRUPO DE EDADES Y PROCEDENCIA			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,224	30	,664

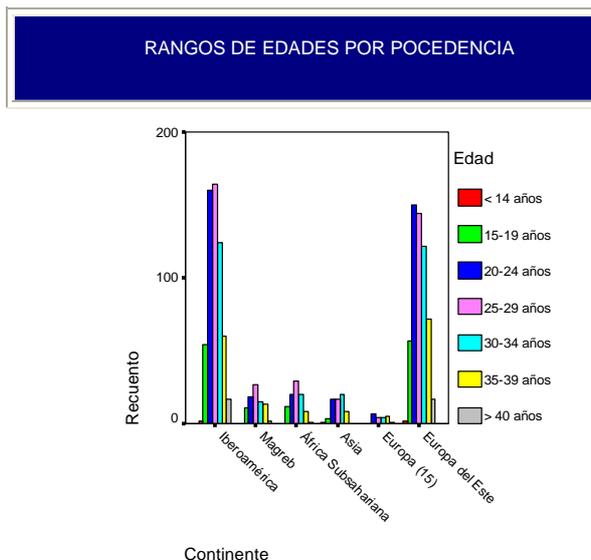


Tabla nº 31: Chi – cuadrado.

Figura nº 12: Rango de edad y área geográfica de procedencia.

## 6.5 – Tipo de convivencia

Más de la mitad de las mujeres que se someten a un aborto provocado conviven en pareja. Entre aquellas que no se encuentran en esta situación, un tercio tienen novio y en menos del 10% de los casos el embarazo fue consecuencia de una relación sexual con una pareja esporádica, con la anterior pareja o con un amigo.

TIPO DE CONVIVENCIA			
		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	en pareja	1516	52,8
	relación esporádica	234	8,2
	novio	933	32,5
	amigo	65	2,3
	anterior pareja	96	3,3
	ruptura relación	14	,5
	no pareja	12	,4
	Total	2870	100,0
Perdidos	Sistema	25	
Total		2895	

Tabla nº 32: Convivencia



Si comparamos el tipo de convivencia entre la población española y la inmigrante observamos que es más elevado el porcentaje de mujeres que viven en pareja en el grupo de las extranjeras (61,5% frente al 44,3%). Sin embargo, es mayor el número de embarazadas de una relación esporádica, novio, amigo o anterior pareja entre las primeras.

TIPO DE CONVIVENCIA ENTRE LA ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES					
		Española/Inmigrante		Total	
		Española	Inmigrante		
Convivencia	en pareja	Recuento	643	869	1512
		% de Española/Inmigrante	44,3%	61,5%	52,8%
	relación esporádica	Recuento	136	98	234
		% de Española/Inmigrante	9,4%	6,9%	8,2%
	novio	Recuento	555	376	931
		% de Española/Inmigrante	38,2%	26,6%	32,5%
	amigo	Recuento	46	19	65
		% de Española/Inmigrante	3,2%	1,3%	2,3%
	anterior pareja	Recuento	59	37	96
		% de Española/Inmigrante	4,1%	2,6%	3,4%
	ruptura relación	Recuento	8	6	14
		% de Española/Inmigrante	,6%	,4%	,5%
	no pareja	Recuento	4	8	12
		% de Española/Inmigrante	,3%	,6%	,4%
Total		Recuento	1451	1413	2864
		% de Española/Inmigrante	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla nº 33: Tabla de contingencia entre nacionalidad y tipo de convivencia.

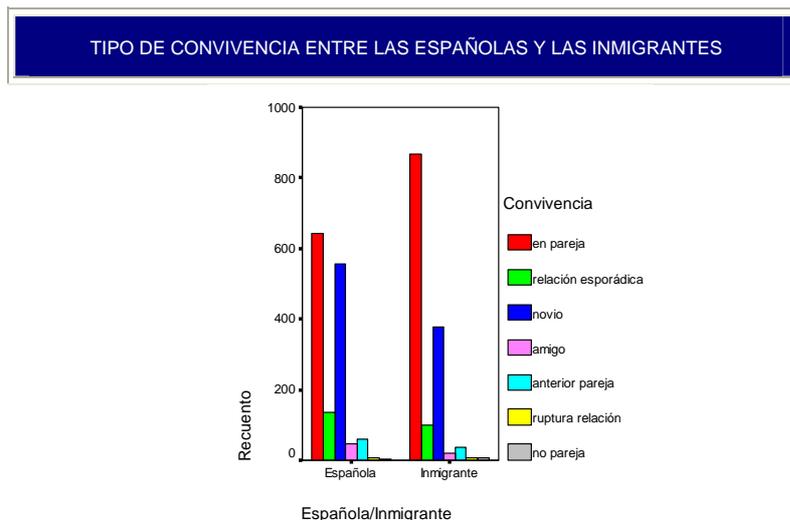


Figura nº 13: Relación entre nacionalidad y tipo de convivencia.



Esta diferencia se presenta, por tanto, estadísticamente significativa al aplicar la prueba de chi - cuadrado y ser la  $p < 0,001$ .

CHI – CUADRADO. TIPO DE CONVIVENCIA SEGÚN NACIONALIDAD			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	91,755	6	,000

Tabla nº 34: Prueba estadística chi - cuadrado

Al analizar el área geográfica de procedencia de las mujeres se observa que son las que provienen de Europa las que, con mayor frecuencia, conviven en pareja. Sin embargo, son las iberoamericanas (8,9%) y las originarias del África subsahariana (9%) las que con más asiduidad se quedan embarazadas tras una relación esporádica. De las usuarias que se someten a un aborto, las europeas occidentales son en las que en menor porcentaje, el embarazo es fruto de una relación no estable (amigo, relación esporádica, anterior pareja o ruptura de relación). Sin embargo, la situación se invierte en el caso de las subsaharianas.

TIPO DE CONVIVENCIA SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA DE PROCEDENCIA DE LAS INMIGRANTES.									
		Convivencia							Total
		en pareja	relación esporádica	novio	amigo	anterior pareja	ruptura relación	no pareja	
Iberoamérica	Recuento	321	52	178	6	19	4	2	582
	% de Continente	55,2%	8,9%	30,6%	1,0%	3,3%	,7%	,3%	100,0%
Magreb	Recuento	51	6	28	1	1	0	1	88
	% de Continente	58,0%	6,8%	31,8%	1,1%	1,1%	,0%	1,1%	100,0%
África Subsahariana	Recuento	45	8	28	2	4	1	1	89
	% de Continente	50,6%	9,0%	31,5%	2,2%	4,5%	1,1%	1,1%	100,0%
Asia	Recuento	42	2	19	1	2	0	1	67
	% de Continente	62,7%	3,0%	28,4%	1,5%	3,0%	,0%	1,5%	100,0%
Europa (15)	Recuento	14	0	6	0	0	0	0	20
	% de Continente	70,0%	,0%	30,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Europa del Este	Recuento	394	30	117	9	11	1	2	564
	% de Continente	69,9%	5,3%	20,7%	1,6%	2,0%	,2%	,4%	100,0%
Total	Recuento	867	98	376	19	37	6	7	1410
	% de Continente	61,5%	7,0%	26,7%	1,3%	2,6%	,4%	,5%	100,0%

Tabla nº 35: Tabla de contingencia entre el área geográfica de origen y tipo de convivencia.



El chi – cuadrado muestra diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de convivencia según área geográfica de procedencia de la mujer al ser  $p = 0,027$ . Pero se ha de tener en cuenta que existen 22 casillas con frecuencias inferiores a 5.

### 6. 6 – Nivel académico

En la muestra se detectan diferencias entre aquellas mujeres con estudios superiores (13,2%) y las que tan sólo alcanzaron niveles de secundaria (86,8%). Dentro del segundo grupo, mujeres con estudios primarios y de bachillerato o equivalente, no hay una gran distinción, siendo éste de 0,8%.

NIVEL ACADÉMICO			
		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Analfabeta	4	,1
	Sin estudios	73	2,6
	Estudios primarios	1206	42,4
	Estudios secundarios	1182	41,6
	Estudios universitarios	376	13,2
	Total	2841	100,0
Perdidos	Sistema	54	
Total		2895	

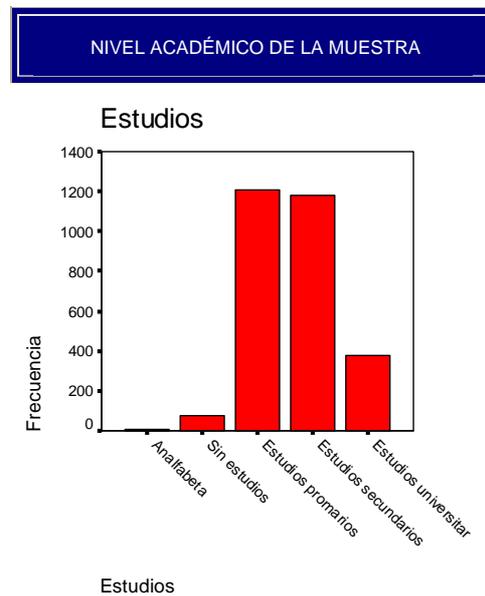


Tabla nº 36: Nivel académico de las mujeres que se someten a un aborto.

Figura nº 14: Nivel académico de la muestra.

Ahora bien, se detecta una tasa de escolarización menor en el seno de las no españolas que deciden abortar, que es tres veces superior. En cambio, el porcentaje se invierte en los estudios superiores, ya que dentro de las mujeres que se deciden por un aborto para poner fin a su embarazo, el número de españolas es tres veces mayor que entre las inmigrantes. Este último dato se presenta con una gran significación al ser chi – cuadrado  $p < 0,001$ .



NIVEL ACADÉMICO DE LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES					
		Española/Inmigrante		Total	
		Española	Inmigrante		
Estudios	Analfabeta	Recuento	0	4	4
		% de Española/Inmigrante	,0%	,3%	,1%
	Sin estudios	Recuento	21	51	72
		% de Española/Inmigrante	1,5%	3,7%	2,5%
	Estudios primarios	Recuento	433	771	1204
		% de Española/Inmigrante	30,0%	55,3%	42,5%
	Estudios secundarios	Recuento	699	480	1179
		% de Española/Inmigrante	48,5%	34,5%	41,6%
	Estudios universitarios	Recuento	289	87	376
		% de Española/Inmigrante	20,0%	6,2%	13,3%
Total		Recuento	1442	1393	2835
		% de Española/Inmigrante	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 37: Tabla de contingencia entre nivel de estudios y nacionalidad.

CHI – CUADRADO. NIVEL ACADÉMICO SEGÚN NACIONALIDAD			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	259,818	4	,000

Tabla 38: Chi – cuadrado.

NIVEL ACADÉMICO DE LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES

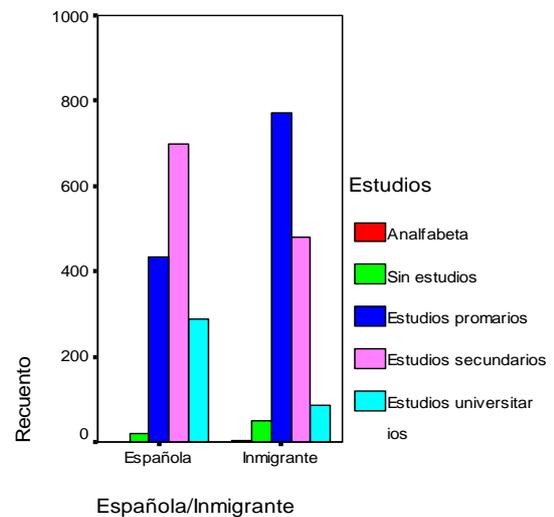


Figura 15: Nivel de estudios en relación con la nacionalidad.

Si descendemos en la escala de análisis, encontramos que, por áreas de procedencia, las mujeres que se someten a un aborto teniendo un nivel educativo menor son las



iberoamericanas (3,4%) y magrebíes (14,2%), significando estos porcentajes niveles de analfabetismo. Son estos dos colectivos los únicos que presentan población con niveles ínfimos de lecto – escritura.

En el seno de las iberoamericanas, magrebíes, subsaharianas y de las procedentes de la Europa oriental, el nivel educativo mayoritario es el de la escolarización primaria obligatoria.

En cambio, el 40% de las asiáticas han sido escolarizadas al menos hasta la secundaria. Aún con todo, son las occidentales las que cuentan con niveles educativos mayores. Así lo ponen de manifiesto el porcentaje del 33% de mujeres que, sometiéndose a un aborto, contaban con estudios universitarios.

Estadísticamente, las diferencias señaladas en los párrafos anteriores son significativas, ya que al aplicar el estadístico chi – cuadrado  $p < 0,001$ . Ahora bien, este dato no es del todo fiable al arrojar 12 casillas un 40% una frecuencia esperada inferior a 5.

NIVEL ACADÉMICO SEGÚN ÁREA DE PROCEDENCIA DE LAS INMIGRANTES								
		Estudios					Total	
		Analfabeta	Sin estudios	Estudios primarios	Estudios secundarios	Estudios universitarios		
Continente	Iberoamérica	Recuento	2	18	328	201	28	577
		% de Continente	,3%	3,1%	56,8%	34,8%	4,9%	100,0%
	Magreb	Recuento	2	10	49	18	6	85
		% de Continente	2,4%	11,8%	57,6%	21,2%	7,1%	100,0%
	África Subsahariana	Recuento	0	7	47	29	5	88
		% de Continente	,0%	8,0%	53,4%	33,0%	5,7%	100,0%
	Asia	Recuento	0	3	31	26	5	65
		% de Continente	,0%	4,6%	47,7%	40,0%	7,7%	100,0%
	Europa (15)	Recuento	0	2	7	7	5	21
		% de Continente	,0%	9,5%	33,3%	33,3%	23,8%	100,0%
	Europa del Este	Recuento	0	11	308	198	38	555
		% de Continente	,0%	2,0%	55,5%	35,7%	6,8%	100,0%
Total		Recuento	4	51	770	479	87	1391
		% de Continente	,3%	3,7%	55,4%	34,4%	6,3%	100,0%

Tabla nº 39: Correlación entre continentes y nivel educativo.



CHI – CUADRADO. NIVEL ACADÉMICO ÁREA DE PROCEDENCIA			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	62,270	20	,000

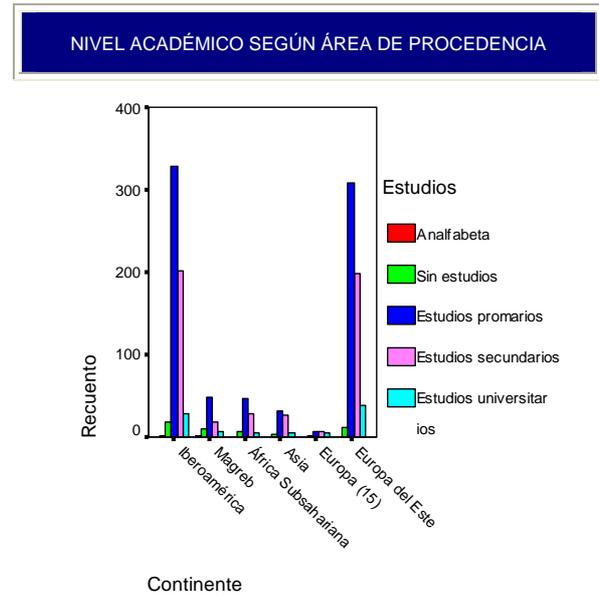


Tabla nº 40: Chi – cuadrado.

Figura nº 16: Nivel educativo según continentes.

## 6.7 – Situación laboral de la mujer

Este epígrafe lo hemos dividido en dos partes para tener una visión más esclarecedora de las circunstancias profesionales de las mujeres que decidieron acudir a las clínicas acreditadas de la Comunidad Autónoma de Aragón para someterse a un aborto. Así, en la primera parte describiremos su situación laboral y en la segunda analizaremos el tipo de trabajo que desarrollan. De esta forma, obtendremos una información más completa de la fuente de ingresos de las embarazadas que optan por este procedimiento.

### 6.7.1 – Situación laboral

Más de la mitad de las mujeres (64,7%) trabajan por cuenta ajena. En orden de frecuencia les siguen aquellas que están en paro o en busca de un empleo (16%).

Es importante destacar que menos del 3% son empresarias y que el 8% se dedican al trabajo doméstico.



SITUACIÓN LABORAL DE LA MUESTRA			
		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	patrón profesional que emplea personal	23	,8
	empresario que no emplea personal	48	1,7
	persona que trabaja a sueldo	1862	64,7
	pensionista	6	,2
	estudiante	208	7,2
	parada	460	16,0
	trabajo doméstico	230	8,0
	otras	21	,7
	trabaja + estudia	18	,6
	Total	2876	100,0
Perdidos	Sistema	19	
Total		2895	

Tabla nº 41: Situación laboral.

Entre las mujeres españolas e inmigrantes apenas existen diferencias respecto al porcentaje de aquellas que trabajan a sueldo, correspondiendo el 64,5% a las primeras y el 65% a las segundas.

Sin embargo, no se aprecia la misma sintonía si examinamos las demás situaciones laborales. Es el doble el porcentaje de inmigrantes que realizan labores domésticas que el de las españolas. Tan sólo son nueve (0,7%) las inmigrantes que tienen un negocio propio frente a las sesenta y dos españolas (3,3%).



SITUACIÓN LABORAL DFE LAS ESPAÑALAS Y LAS INMIGRANTES					
			Española/Inmigrante		Total
			Española	Inmigrante	
Trabajo mujer	patrón profesional que emplea personal	Recuento	22	1	23
		% de Española/Inmigrante	1,5%	,1%	,8%
	empresario que no emplea personal	Recuento	40	8	48
		% de Española/Inmigrante	2,8%	,6%	1,7%
	persona que trabaja a sueldo	Recuento	935	923	1858
		% de Española/Inmigrante	64,5%	65,0%	64,7%
	pensionista	Recuento	4	2	6
		% de Española/Inmigrante	,3%	,1%	,2%
	estudiante	Recuento	143	64	207
		% de Española/Inmigrante	9,9%	4,5%	7,2%
	parada	Recuento	208	251	459
		% de Española/Inmigrante	14,4%	17,7%	16,0%
	trabajo doméstico	Recuento	74	156	230
		% de Española/Inmigrante	5,1%	11,0%	8,0%
	otras	Recuento	9	12	21
		% de Española/Inmigrante	,6%	,8%	,7%
	trabaja + estudia	Recuento	14	4	18
		% de Española/Inmigrante	1,0%	,3%	,6%
Total		Recuento	1449	1421	2870
		% de Española/Inmigrante	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla nº 42: Tabla de contingencia según nacionalidad y situación laboral

Estas diferencias son significativas según muestra la  $p < 0,001$  de la prueba chi – cuadrado, aunque, teniendo en cuenta que el 11,1% de las casillas tienen una frecuencia esperada inferior a cinco.



SITUACIÓN LABORAL DE LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES

CHI- CUADRADO. SITUACIÓN LABORAL POR NACIONALIDAD			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	110,386	8	,000

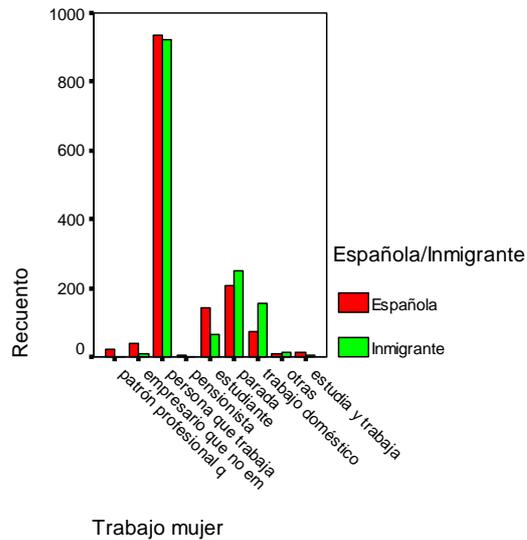


Tabla nº 43: Chi – cuadrado para situación laboral y nacionalidad

Figura nº 17: Situación laboral según nacionalidad

En cuanto al área de procedencia de las mujeres inmigrantes en relación a su situación laboral, los datos no difieren a los ya expuestos hasta el momento en este apartado. Son las personas asalariadas el porcentaje más numeroso en todos los grupos, Tan sólo es reseñable que las subsaharianas, las magrebíes y las europeas occidentales son las mujeres que, con mayor asiduidad, se dedican a los trabajos domésticos, 18,7%, 21,6% y 23,8% respectivamente. Además, es tan baja la incidencia de mujeres con negocio propio que existen gran cantidad de casillas con una frecuencia observada igual a cero, por lo que no es aconsejable realizar ningún tipo de test estadístico para comparar las poblaciones.

6. 7. 2 – Tipo de trabajo

De las usuarias asalariadas, son las que lo hacen en el servicio doméstico / limpieza las que constituyen el grupo más numeroso (21,9%), seguidas, en orden descendente, por



aquellas que trabajan en la hostelería (20,4%), las dependientas (13,3%) y las obreras<sup>27</sup> (11,5%). Cabe destacar que tan sólo un 0,9% de las mujeres que se someten a un aborto provocado se dedican a la prostitución.

TIPO DE TRABAJO DE LAS MUJERES			
		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Agricultura	37	2,2
	Servicio doméstico/Limpieza	372	21,9
	Hostelería	347	20,4
	Especialista	140	8,2
	Obrera	195	11,5
	Administrativa	108	6,4
	Club/Prostitución	16	,9
	Funcionaria/Militar	19	1,1
	Dependiente/Bancos	226	13,3
	Peluquera	51	3,0
	Auxiliar de enfermería	47	2,8
	Baja	10	,6
	Turismo	11	,6
	Otras	15	,9
	Cuidadora (abuelos/niños)	104	6,1
	Presa en la cárcel	2	,1
	Total	1700	100,0
Perdidos	Sistema	1195	
Total		2895	

Tabla nº 44: Descripción trabajo de la mujer

Si observamos los datos presentados en la tabla nº 45, veremos como el tipo de trabajo que desempeñan las mujeres a las que se les realiza un aborto provocado varía de manera importante según su condición de nacionales o extranjeras. Así, todas las usuarias que se dedican a la prostitución y que se encuentran en la cárcel, cumpliendo condena en el momento de la realización de la intervención, son inmigrantes.

Nos llama la atención que la mayoría de las no españolas (39,5%) trabajen en el servicio doméstico o en empresas de limpieza frente al 3,7% de las españolas. Lo mismo ocurre en la

<sup>27</sup> En el estudio que presentamos, denominamos "obreras" a las mujeres que desempeñan su trabajo en una empresa y cuyas labores no requieren una atención directa con el público ni precisan una titulación cualificada.



agricultura y el cuidado de niños o ancianos, donde es más de cuatro veces mayor el porcentaje de mujeres inmigrantes. En cambio, la incidencia se invierte si examinamos los trabajos más especializados o con trato directo con el público, que pueden tener mejores horarios, como dependienta en tiendas o en sucursales de bancos. Sin embargo, esta tendencia no se observa en la hostelería.

TIPO DE TRABAJO DE LAS ESPAÑOLAS Y LA INMIGRANTES					
		Española/Inmigrante		Total	
		Española	Inmigrante		
Trabajo mujer	Agricultura	Recuento	3	34	37
		% de Española/Inmigrante	,4%	3,9%	2,2%
	Servicio doméstico/Limpieza	Recuento	31	341	372
		% de Española/Inmigrante	3,7%	39,5%	21,9%
	Hostelería	Recuento	115	231	346
		% de Española/Inmigrante	13,8%	26,8%	20,4%
	Especialista	Recuento	125	15	140
		% de Española/Inmigrante	15,0%	1,7%	8,2%
	Obrera	Recuento	118	76	194
		% de Española/Inmigrante	14,1%	8,8%	11,4%
	Administrativa	Recuento	105	3	108
		% de Española/Inmigrante	12,6%	,3%	6,4%
	Club/Prostitución	Recuento	0	16	16
		% de Española/Inmigrante	,0%	1,9%	,9%
	Funcionaria/Militar	Recuento	16	3	19
		% de Española/Inmigrante	1,9%	,3%	1,1%
	Dependiente/Bancos	Recuento	189	37	226
		% de Española/Inmigrante	22,7%	4,3%	13,3%
	Peluquera	Recuento	42	9	51
		% de Española/Inmigrante	5,0%	1,0%	3,0%
	Auxiliar de enfermería	Recuento	42	5	47
		% de Española/Inmigrante	5,0%	,6%	2,8%
	Baja	Recuento	9	1	10
		% de Española/Inmigrante	1,1%	,1%	,6%
	Turismo	Recuento	11	0	11
		% de Española/Inmigrante	1,3%	,0%	,6%
	Otras	Recuento	10	5	15
		% de Española/Inmigrante	1,2%	,6%	,9%
	Cuidadora (abuelos/niños)	Recuento	18	85	103
		% de Española/Inmigrante	2,2%	9,8%	6,1%
	Preso en la cárcel	Recuento	0	2	2
		% de Española/Inmigrante	,0%	,2%	,1%
Total		Recuento	834	863	1697
		% de Española/Inmigrante	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla nº 45: Tipo de trabajo según nacionalidad



Las diferencias encontradas entre ambos grupos son muy significativas,  $p < 0,001$ .

Si pasamos a analizar las características de las mujeres de la muestra teniendo en cuenta su trabajo y el área geográfica de procedencia hay que reseñar que las originarias de Europa del Este (39,3%) y de Iberoamérica (44,1%) son las que, en mayor porcentaje, se dedican al servicio doméstico y limpieza. Sin embargo son las asiáticas (47,6%), subsaharianas (33,3%) y magrebíes (29,8%) las que desempeñan trabajos en la hostelería.

El grupo conformado por mujeres originarias de Europa occidental es en el que existe una mayor incidencia de profesiones liberales (27,3%), siendo éstas abogadas, economistas, trabajadoras sociales, médicas, maestras e ingenieras.

Son Iberoamérica, África subsahariana y Europa oriental las únicas áreas geográficas de las que provienen las embarazadas que se dedican a la prostitución.

Al igual que ocurría en el apartado anterior, la frecuencia observada en el 75,6% de las casillas es inferior a cinco, así que este test de chi – cuadrado, aunque arroje un resultado de significación de  $p < 0,001$ , no resulta valorable.

CHI – CUADRADO. TIPO DE TRABAJO SEGÚN NACIONALIDAD			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	757,03	15	,000

Tabla nº 46: Chi - cuadrado





SITUACIÓN LABORAL DE LAS PAREJAS O SUSTENTADORES/AS			
		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	patrón profesional que emplea personal	36	1,7
	empresario que no emplea personal	64	3,0
	persona que trabaja a sueldo	1873	89,2
	pensionista	39	1,9
	estudiante	16	,8
	parada	65	3,1
	otros	6	,3
	Total	2099	100,0
Perdidos	Sistema	796	
Total		2895	

Tabla nº 47: Tabla de frecuencias de la situación laboral de la pareja o sustentador

Conviene reseñar, al examinar la tabla nº 48, que tanto en el grupo de las mujeres españolas como en el de las inmigrantes sus parejas son, en gran porcentaje, asalariadas. Sin embargo, estas poblaciones difieren en el número de compañeros que son empresarios, correspondiendo el 7% a las españolas y el 2,7% a las inmigrantes.

SITUACIÓN LABORAL DE LAS PAREJAS O SUSTENTADORES/AS DEPENDIENDO DE LA NACIONALIDAD DE LAS MUJERES					
			Española/Inmigrante		Total
			Española	Inmigrante	
Trabajo pareja/sustentador	patrón profesional que emplea personal	Recuento	26	10	36
		% de Española/Inmigrante	2,6%	,9%	1,7%
	empresario que no emplea personal	Recuento	44	20	64
		% de Española/Inmigrante	4,4%	1,8%	3,1%
	persona que trabaja a sueldo	Recuento	874	995	1869
		% de Española/Inmigrante	87,1%	91,2%	89,2%
	pensionista	Recuento	22	17	39
		% de Española/Inmigrante	2,2%	1,6%	1,9%
	estudiante	Recuento	7	9	16
		% de Española/Inmigrante	,7%	,8%	,8%
	parada	Recuento	27	38	65
		% de Española/Inmigrante	2,7%	3,5%	3,1%
	otros	Recuento	4	2	6
		% de Española/Inmigrante	,4%	,2%	,3%
Total		Recuento	1004	1091	2095
		% de Española/Inmigrante	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla nº 48: Situación laboral de la pareja o sustentador



Las diferencias son estadísticamente significativas al ser  $p = 0,001$ .

La variable del área geográfica de origen de las mujeres no aporta nuevos datos a los ya expuestos con anterioridad. A ello se une que, como ocurriese en tablas precedentes, la baja frecuencia de casos en algunas casillas hace que, aunque la diferencia entre los grupos sea significativa, ésta no sea valorable.

CHI – CUADRADO.			
SITUACIÓN LABORAL DE LA PAREJA O SUSTENTADOR/RA SEGÚN NACIONALIDAD DE LA MUJER			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,792	6	,001

SITUACIÓN LABORAL DE LA PAREJA O SUSTENTADOR/RA SEGÚN NACIONALIDAD DE LA MUJER

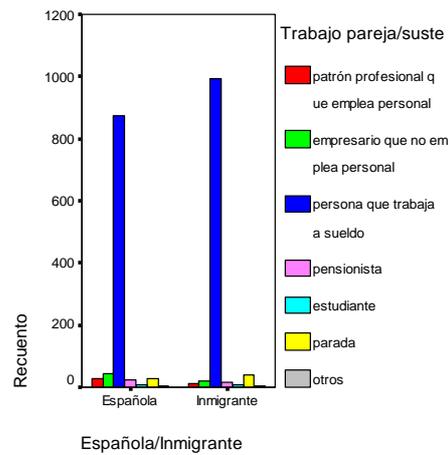


Tabla nº 49: Chi - cuadrado

Figura nº 19: Situación laboral de la pareja o sustentador dependiendo de la nacionalidad.

### 6. 9 – Número de hijos

En este apartado procederemos a realizar una serie de análisis correlativos. En primer lugar, examinaremos el número total de hijos de las mujeres que acuden a la Comunidad Autónoma de Aragón a practicarse un aborto para, posteriormente, pasar a pormenorizar si sus hijos son mayores o menores de edad y si viven o no con ellas en el momento de someterse a la interrupción provocada del embarazo.



### 6. 9. 1 – Hijos

El 50% de las usuarias no tienen hijos en el momento del aborto. De la otra mitad, el 23,7% tienen un hijo, el 19% dos, el 5,1% tres, el 1,4% cuatro, el 0,6% cinco y el 0,1% seis y diez hijos.

La media de hijos por cada mujer es de 0,87.

HIJOS POR MUJER		
N	Válidos	2884
	Perdidos	11
Media		,87
Mediana		,00
Moda		0
Desv. típ.		1,100
Varianza		1,210
Rango		10
Mínimo		0
Máximo		10

Tabla nº 50: Estadísticos de medida de los hijos

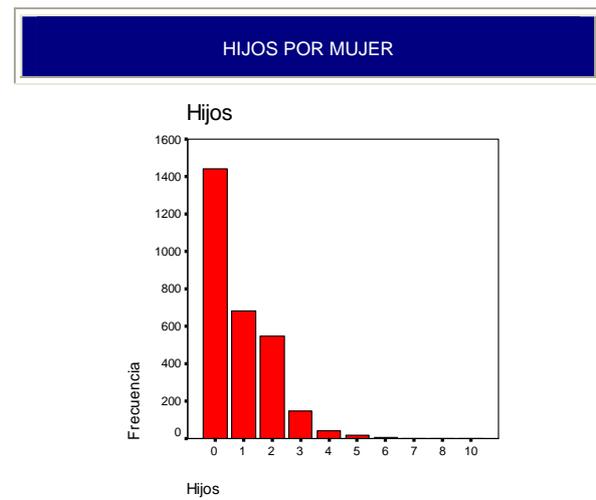


Figura nº 20: Número de hijos

Es destacable la diferencia existente entre el número de hijos de las mujeres españolas y el de las inmigrantes. Las segundas alcanzan una media de un hijo. En cambio, las españolas se quedan prácticamente en la mitad (0,66).

El porcentaje de españolas que no tienen hijos es de 61,9%. Sin embargo, es del 37,8% entre las inmigrantes.



NÚMERO DE HIJOS DE LAS INMIGRANTES Y LAS ESPAÑOLAS				
Española/Inmigrante		Estadístico	Error típ.	
Española	<b>Media</b>	<b>,68</b>	<b>,027</b>	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,63	
		Límite superior	,73	
	Mediana	,00		
	Varianza	1,059		
	Desv. típ.	1,029		
	Mínimo	0		
Máximo	10			
Inmigrante	<b>Media</b>	<b>1,07</b>	<b>,030</b>	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1,01	
		Límite superior	1,13	
	Mediana	1,00		
	Varianza	1,291		
	Desv. típ.	1,136		
	Mínimo	0		
Máximo	10			

Tabla nº 51: Media de hijos según nacionalidad.

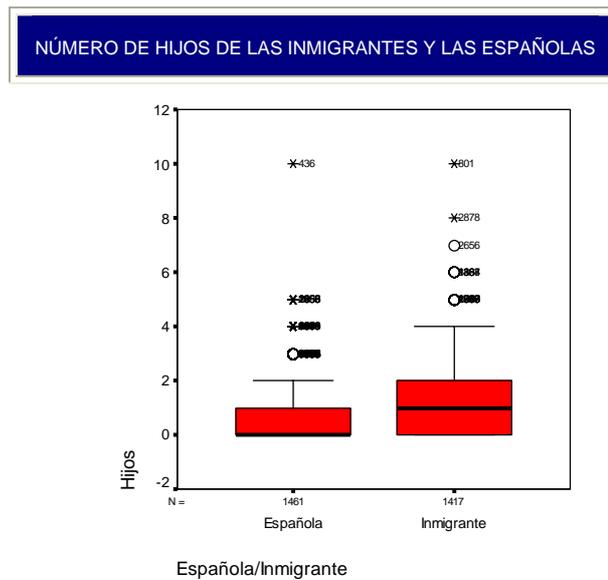


Figura nº 21: Hijos según nacionalidades.

La comparación de medias entre ambas poblaciones es estadísticamente significativo,  $p < 0,001$ . Hemos aplicado en este caso el estadístico t de Student.



T DE STUDENT. NÚMERO DE HIJOS SEGÚN NACIONALIDAD									
	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	,363	,547	9,730	2876	,000	,39	,040	,314	,472

Tabla nº 52: t de Student para comparar medias de hijos según nacionalidades.

La media de hijos más alta, según el área geográfica de procedencia, exceptuando España, la presenta el grupo de mujeres originarias de Europa Occidental, siendo ésta de 1,43. La más baja pertenece a las oriundas del Magreb. Ahora bien, son las europeas del este y las iberoamericanas, seguidas de las magrebíes, las que tienen un mayor número de hijos: diez, ocho y siete respectivamente. Sin embargo, son las europeas occidentales las que tienen un máximo de dos hijos por mujer, aunque la media sea la mayor.

La diferencia señalada no es estadísticamente significativa al ser  $p = 0,07$  aplicando el test de ANOVA. El test de Bonferroni no muestra diferencias intergrupos.

Por lo tanto, existen diferencias, no debidas al azar, en cuanto al número de hijos que tienen las mujeres que se someten a un aborto provocado, dependiendo de si éstas son españolas o inmigrantes. Pero, no se observan desigualdades entre las no españolas si comparamos su área de procedencia.

NÚMERO DE HIJOS SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA DE PROCEDENCIA DE LA MUJER			
Continente		Estadístico	Error típ.
Iberoamérica	<b>Media</b>	<b>1,16</b>	,049
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1,06
		Límite superior	1,25
	Mediana	1,00	
	Varianza	1,413	
	Desv. típ.	1,189	
	Mínimo	0	
	Máximo	8	



NÚMERO DE HIJOS SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA DE PROCEDENCIA DE LA MUJER				
Continente			Estadístico	Error típ.
Magreb	<b>Media</b>		<b>,92</b>	<b>,131</b>
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,66	
		Límite superior	1,18	
	Mediana		1,00	
	Varianza		1,499	
	Desv. típ.		1,224	
	Mínimo		0	
	Máximo		7	
África Subsahariana	<b>Media</b>		<b>,97</b>	<b>,116</b>
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,74	
		Límite superior	1,20	
	Mediana		1,00	
	Varianza		1,232	
	Desv. típ.		1,110	
	Mínimo		0	
	Máximo		4	
Asia	<b>Media</b>		<b>1,16</b>	<b>,142</b>
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,88	
		Límite superior	1,45	
	Mediana		1,00	
	Varianza		1,351	
	Desv. típ.		1,163	
	Mínimo		0	
	Máximo		6	
Europa (15)	<b>Media</b>		<b>1,43</b>	<b>,245</b>
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,92	
		Límite superior	1,94	
	Mediana		2,00	
	Varianza		1,257	
	Desv. típ.		1,121	
	Mínimo		0	
	Máximo		3	
Europa del Este	<b>Media</b>		<b>1,00</b>	<b>,045</b>
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,92	
		Límite superior	1,09	
	Mediana		1,00	
	Varianza		1,130	
	Desv. típ.		1,063	
	Mínimo		0	
	Máximo		10	

Tabla nº 53: Número de hijos dependiendo del área geográfica.



ANOVA.					
NÚMERO DE HIJOS SEGÚN ÁREA DE PROCEDENCIA DE LA MUJER					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	13,164	5	2,633	2,043	,070

Tabla nº 54: ANOVA.

GRÁFICO DE CAJAS.  
NÚMERO DE HIJOS SEGÚN ORIGEN DE LA MUJER

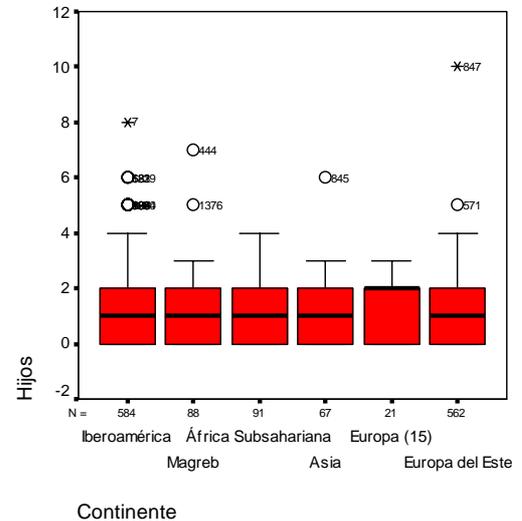


Figura nº 22: Media de hijos según área geográfica.

### 6. 9. 2 – Hijos menores

El 51,1% de las mujeres de la muestra no tienen hijos menores. La media es de 0,84. Entre las que sí tienen hijos, en el 98,19% de los casos éstos son menores de 18 años.

HIJOS MENORES POR MUJER		
N	Válidos	2893
	Perdidos	2
Media		,84
Mediana		,00
Moda		0
Desv. típ.		1,076
Varianza		1,158
Rango		10
Mínimo		0
Máximo		10

Tabla nº 55: Hijos menores.

HIJOS MENORES POR MUJER

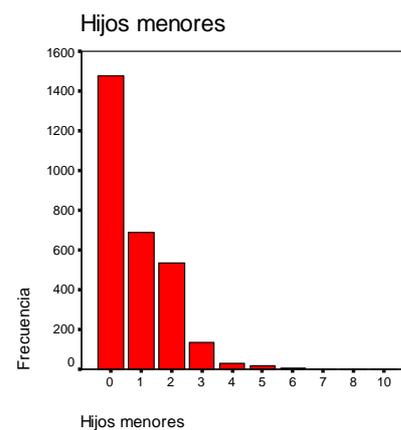


Figura nº 23: Número de hijos menores



Esta media es mayor en la población inmigrante. Esta diferencia es estadísticamente significativa como muestra la  $p < 0,001$  del estadístico t de Student.

HIJOS MENORES DE LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES				
Española/Inmigrante		Estadístico	Error típ.	
Española	<b>Media</b>	<b>,65</b>	<b>,026</b>	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,60	
		Límite superior	,70	
	Mediana	,00		
	Varianza	1,016		
	Desv. típ.	1,008		
Mínimo	0			
Inmigrante	<b>Media</b>	<b>1,03</b>	<b>,029</b>	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,98	
		Límite superior	1,09	
	Mediana	1,00		
	Varianza	1,232		
	Desv. típ.	1,110		
Máximo	10			

Tabla nº 56: Media de hijos menores de edad según nacionalidad.

GRÁFICO DE CAJAS DE LOS HIJOS MENORES SEGÚN NACIONALIDAD

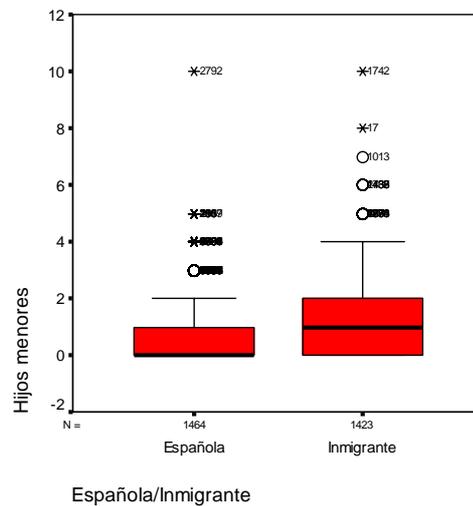


Figura nº 24: Hijos menores de edad según nacionalidad.



T DE STUDENT. HIJOS MENORES SEGÚN NACIONALIDAD									
	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	,142	,706	9,721	2885	,000	,38	,039	,306	,461

Tabla nº 57: t de Student del número de hijos menores de edad según nacionalidad.

Lo más interesante de este apartado consiste en conocer si los hijos menores de edad conviven o no con la madre. Se trata de una información que puede reflejar la situación personal y familiar de la mujer que se somete a un aborto provocado. Incluso, este hecho, puede influir en la motivación de la embarazada en el momento de valorar la posibilidad de abortar.

Es importante describir que entre las mujeres que tienen hijos son las mujeres inmigrantes las que presentan una menor convivencia con sus descendientes menores de edad.

HIJOS MENORES DE EDAD QUE NO CONVIVEN CON SUS MADRES SEGÚN NACIONALIDAD			
Española/Inmigrante		Estadístico	Error típ.
Española	Media	,02	,006
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,01
		Límite superior	,03
	Mediana	,00	
	Varianza	,049	
	Desv. típ.	,221	
	Mínimo	0	
	Máximo	4	
Inmigrante	Media	,30	,019
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,26
		Límite superior	,34
	Mediana	,00	
	Varianza	,538	
	Desv. típ.	,734	
	Mínimo	0	
	Máximo	5	

Tabla nº 58: Media de hijos menores de edad que no conviven con su madre según su nacionalidad.



Esta diferencia es estadísticamente significativa  $p < 0,001$ .

T DE STUDENT. HIJOS MENORES QUE NO CONVIVEN CON SUS MADRES. DIFERENCIA ENTRE ESPAÑOLAS E INMIGRANTES									
	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
No se han asumido varianzas iguales	854,6	,000	13,84	1670,9	,000	,28	,020	,24	,32

Tabla nº 59: t de Student de los menores que no conviven con sus madres según nacionalidad.

Las iberoamericanas son las madres que tienen una convivencia menor con sus hijos menores de edad. En orden decreciente les siguen en esta tendencia las europeas del este y las subsaharianas. En el extremo opuesto de dicha tendencia se encuentran las magrebíes.

HIJOS MENORES QUE NO CONVIVEN CON SUS MADRES SEGÚN EL ÁREA DE PROCEDENCIA DE ELLAS				
Continente			Estadístico	Error típ.
Iberoamérica	<b>Media</b>		,40	,036
	Intervalo de confianza para la media al 95%			
		Límite inferior	,33	
		Límite superior	,47	
	Mediana		,00	
	Varianza		,754	
	Desv. típ.		,868	
	Mínimo		0	
	Máximo		5	
Magreb	<b>Media</b>		,08	,037
	Intervalo de confianza para la media al 95%			
		Límite inferior	,01	
		Límite superior	,15	
	Mediana		,00	
	Varianza		,120	
	Desv. típ.		,346	
	Mínimo		0	
	Máximo		2	



HIJOS MENORES QUE NO CONVIVEN CON SUS MADRES SEGÚN EL ÁREA DE PROCEDENCIA DE ELLAS				
Continente		Estadístico	Error típ.	
África Subsahariana	<b>Media</b>		<b>,21</b>	<b>,060</b>
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,09	
		Límite superior	,33	
	Mediana		,00	
	Varianza		,323	
	Desv. típ.		,568	
	Mínimo		0	
	Máximo		2	
Asia	<b>Media</b>		<b>,16</b>	<b>,055</b>
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,06	
		Límite superior	,27	
	Mediana		,00	
	Varianza		,200	
	Desv. típ.		,447	
	Mínimo		0	
	Máximo		2	
Europa (15)	<b>Media</b>		<b>,10</b>	<b>,066</b>
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	-,04	
		Límite superior	,23	
	Mediana		,00	
	Varianza		,090	
	Desv. típ.		,301	
	Mínimo		0	
	Máximo		1	
Europa del Este	<b>Media</b>		<b>,28</b>	<b>,028</b>
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,22	
		Límite superior	,33	
	Mediana		,00	
	Varianza		,455	
	Desv. típ.		,675	
	Mínimo		0	
	Máximo		5	

Tabla nº 60: Media de hijos menores de edad que no conviven con sus madres dependiendo del área geográfica.

Los datos presentados en las tablas siguientes (nº 61 y 62) ponen de manifiesto que la relación entre la convivencia de los hijos menores de edad con sus madres en relación con el área geográfica de origen supone una diferencia estadísticamente significativa. Al aplicar el test de Bonferroni se observa que los grupos que presentan diferencias entre ellos ( $p < 0,05$ ) son las iberoamericanas y las magrebíes. Sin embargo, entre el resto de zonas de procedencia no existen desigualdades reseñables.



ANOVA.					
HIJOS MENORES QUE NO CONVIVEN CON SUS MADRES. DIFERENCIAS SEGÚN SU PROCEDENCIA					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	13,097	5	2,619	4,920	,000

Tabla nº 61: ANOVA.

TEST DE BONFERRONI. HIJOS MENORES QUE NO CONVIVEN CON SUS MADRES. DIFERENCIAS SEGÚN SU PROCEDENCIA						
(I) Continente	(J) Continente	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Iberoamérica	Magreb	,32	,083	,002	,07	,56
	África Subsahariana	,19	,082	,320	-,05	,43
	Asia	,23	,094	,195	-,04	,51
	Europa (15)	,30	,162	,925	-,17	,78
Magreb	Europa del Este	,12	,043	,072	-,01	,25
	Iberoamérica	-,32	,083	,002	-,56	-,07
	África Subsahariana	-,13	,109	1,000	-,45	,19
	Asia	-,08	,118	1,000	-,43	,26
África Subsahariana	Europa (15)	-,02	,177	1,000	-,54	,51
	Europa del Este	-,20	,084	,276	-,44	,05
	Iberoamérica	-,19	,082	,320	-,43	,05
	Magreb	,13	,109	1,000	-,19	,45
Asia	Asia	,04	,117	1,000	-,30	,39
	Europa (15)	,11	,177	1,000	-,41	,63
	Europa del Este	-,07	,082	1,000	-,31	,17
	Iberoamérica	-,23	,094	,195	-,51	,04
Europa (15)	Magreb	,08	,118	1,000	-,26	,43
	África Subsahariana	-,04	,117	1,000	-,39	,30
	Europa (15)	,07	,182	1,000	-,47	,61
	Europa del Este	-,11	,094	1,000	-,39	,16
Europa del Este	Iberoamérica	-,30	,162	,925	-,78	,17
	Magreb	,02	,177	1,000	-,51	,54
	África Subsahariana	-,11	,177	1,000	-,63	,41
	Asia	-,07	,182	1,000	-,61	,47
Europa del Este	Europa del Este	-,18	,162	1,000	-,66	,30
	Iberoamérica	-,12	,043	,072	-,25	,01
	Magreb	,20	,084	,276	-,05	,44
	África Subsahariana	,07	,082	1,000	-,17	,31
Europa del Este	Asia	,11	,094	1,000	-,16	,39
	Europa (15)	,18	,162	1,000	-,30	,66

Tabla nº 62: Test post hoc de Bonferroni.



## 6. 10 – Abortos anteriores

El 65,6% de las mujeres es la primera vez que se someten a un aborto provocado, siendo la media de 0,58 abortos por usuaria.

ABORTOS ANTERIORES POR MUJER		
N	Válidos	2890
	Perdidos	5
Media		,58
Mediana		,00
Moda		0
Desv. típ.		1,144
Varianza		1,308
Rango		15
Mínimo		0
Máximo		15

Tabla nº 63: Abortos anteriores.

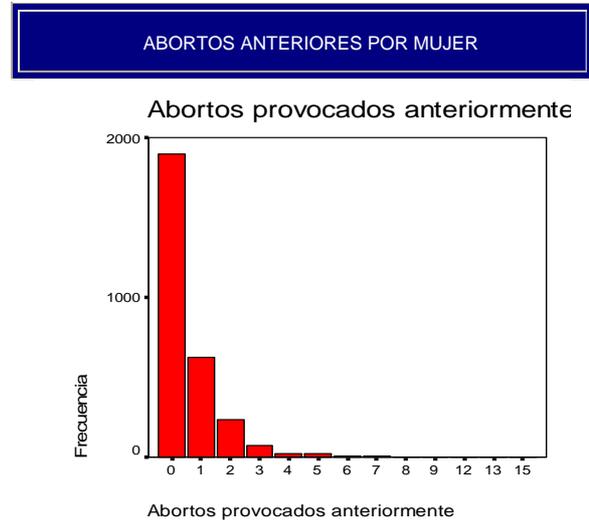


Figura nº 25: Abortos anteriores.

Es de reseñar que más de la mitad de las inmigrantes (54,4%) se han sometido anteriormente a un aborto provocado. El porcentaje de las españolas que se someten a este procedimiento por primera vez es de 76,4%. Además, el número de interrupciones anteriores es mayor entre las no españolas. Esta diferencia en la recurrencia hace que la media difiera entre ambos grupos, siendo más del doble para las no españolas.



ABORTOS ANTERIORES DE LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES				
Española/Inmigrante		Estadístico	Error típ.	
Española	<b>Media</b>	<b>,33</b>	<b>,019</b>	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,29	
		Límite superior	,37	
	Mediana	,00		
	Varianza	,529		
	Desv. típ.	,727		
	Mínimo	0		
Máximo	8			
Inmigrante	<b>Media</b>	<b>,84</b>	<b>,037</b>	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,77	
		Límite superior	,92	
	Mediana	,00		
	Varianza	1,979		
	Desv. típ.	1,407		
	Mínimo	0		
Máximo	15			

Tabla nº 64: Media de abortos anteriores según nacionalidad.

**GRÁFICO DE CAJAS.**  
ABORTOS ANTERIORES DE LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES

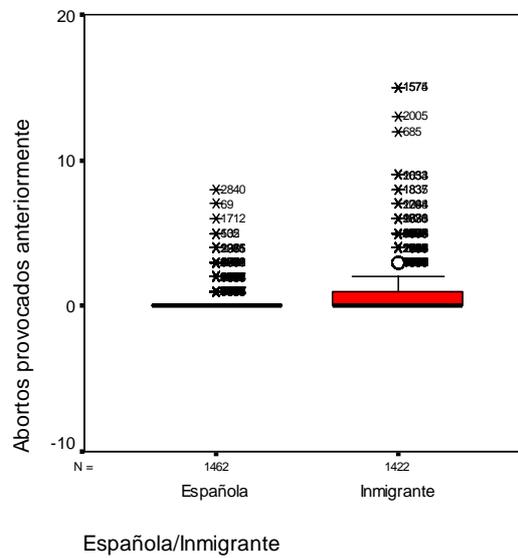


Figura nº 26: Media abortos anteriores.



La diferencia es muy significativa como muestra la  $p < 0,001$  al aplicar la prueba t de Student.

T DE STUDENT. ABORTOS PREVIOS DE LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES									
	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
No se han asumido varianzas iguales	177,04	,000	12,3	2116,85	,000	,51	,042	,433	,597

Tabla nº 65: t de Student. Abortos anteriores según nacionalidad.

Al analizar los datos que se presenta en la Tabla nº 66 observamos que la recurrencia difiere según país y área de procedencia de las inmigrantes.

Así, son las asiáticas y las europeas del este las que mayor media de abortos anteriores presentan, 1,49 y 1,01 respectivamente. Las que menos son las magrebíes con 0,54 y las originarias de Europa occidental con 0,29. En todos los grupos más del 40% de las mujeres no habían recurrido a este procedimiento con anterioridad, siendo este porcentaje mayor entre las europeas occidentales, 71,4%, y menor entre las oriundas de Europa oriental, 46,2%. Son estas últimas las que mayor número de abortos presentan en sus antecedentes obstétricos.



ABORTOS ANTERIORES DEPENDIENDO DEL ÁREA GEOGRÁFICA DE LAS INMIGRANTES			
Continente		Estadístico	Error típ.
Iberoamérica	<b>Media</b>	,72	,047
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,63
		Límite superior	,81
	Mediana	,00	
	Varianza	1,223	
	Desv. típ.	1,106	
	Mínimo	0	
	Máximo	9	
Magreb	<b>Media</b>	,54	,113
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,32
		Límite superior	,77
	Mediana	,00	
	Varianza	1,026	
	Desv. típ.	1,013	
	Mínimo	0	
	Máximo	5	
África Subsahariana	<b>Media</b>	,77	,109
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,55
		Límite superior	,98
	Mediana	,00	
	Varianza	,970	
	Desv. típ.	,985	
	Mínimo	0	
	Máximo	4	
Asia	<b>Media</b>	1,49	,277
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,94
		Límite superior	2,05
	Mediana	1,00	
	Varianza	5,004	
	Desv. típ.	2,237	
	Mínimo	0	
	Máximo	13	
Europa (15)	<b>Media</b>	,29	,101
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,08
		Límite superior	,50
	Mediana	,00	
	Varianza	,214	
	Desv. típ.	,463	
	Mínimo	0	
	Máximo	1	
Europa del Este	<b>Media</b>	1,01	,073
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,86
		Límite superior	1,15
	Mediana	,50	
	Varianza	2,800	
	Desv. típ.	1,673	
	Mínimo	0	
	Máximo	15	

Tabla nº 66: Media abortos anteriores según área geográfica de procedencia.



Las diferencias encontradas muestran una  $p < 0,001$  al aplicar el test ANOVA.

ANOVA.					
ABORTOS ANTERIORES . DIFERENCIAS SEGÚN PROCEDENCIA					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	64,103	5	12,821	6,434	,000

Tabla nº 67: ANOVA

GRÁFICO DE CAJAS.  
ABORTOS ANTERIORES SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA DE PROCEDENCIA

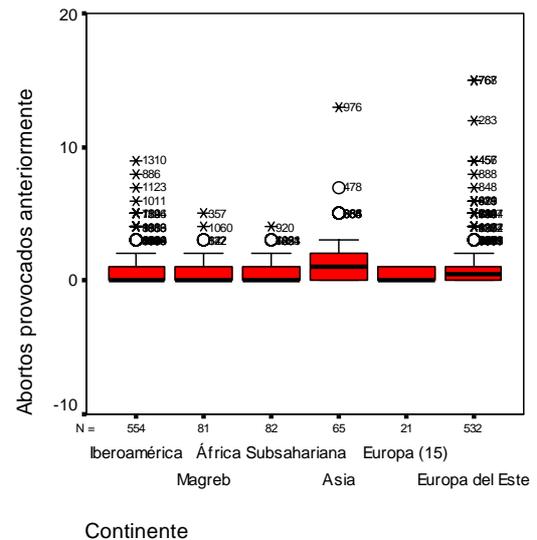


Figura nº 27: Recurrencia según área geográfica

Al ampliar el estudio con el test post hoc de Bonferroni, encontramos que son las asiáticas las que presentan un mayor número de abortos provocados previos que el resto de áreas geográficas de origen. Su diferencia es estadísticamente significativa con todos los grupos excepto con el de las europeas orientales. Otros grupos con diferencias reseñables es el conformado por las iberoamericanas y las oriundas de Europa del Este, las últimas tienen 0,29 más abortos anteriores que las primeras.



TEST DE BONFERRONI. ABORTOS ANTERIORES.				
DIFERENCIA ENTRE ZONAS DE PROCEDENCIA DE LAS INMIGRANTES				
(I) Continente	(J) Continente	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Iberoamérica	Magreb	,18	,168	1,000
	África Subsahariana	-,05	,167	1,000
	Asia	-,77	,185	,000
	Europa (15)	,43	,314	1,000
	Europa del Este	-,29	,086	,012
Magreb	Iberoamérica	-,18	,168	1,000
	África Subsahariana	-,23	,221	1,000
	Asia	-,95	,235	,001
	Europa (15)	,26	,346	1,000
	Europa del Este	-,46	,168	,092
África Subsahariana	Iberoamérica	,05	,167	1,000
	Magreb	,23	,221	1,000
	Asia	-,72	,234	,031
	Europa (15)	,48	,345	1,000
	Europa del Este	-,24	,167	1,000
Asia	Iberoamérica	,77	,185	,000
	Magreb	,95	,235	,001
	África Subsahariana	,72	,234	,031
	Europa (15)	1,21	,354	,010
	Europa del Este	,49	,185	,132
Europa (15)	Iberoamérica	-,43	,314	1,000
	Magreb	-,26	,346	1,000
	África Subsahariana	-,48	,345	1,000
	Asia	-1,21	,354	,010
	Europa del Este	-,72	,314	,331
Europa del Este	Iberoamérica	,29	,086	,012
	Magreb	,46	,168	,092
	África Subsahariana	,24	,167	1,000
	Asia	-,49	,185	,132
	Europa (15)	,72	,314	,331

Tabla nº 68: Test de Bonferroni. Abortos anteriores según área de procedencia.

Nos parecía interesante, en este apartado, ahondar más en el análisis para conocer si dentro de cada continente existía algún país de procedencia donde la recurrencia de abortos fuera más frecuente.

Sólo hemos obtenido los datos en este apartado de los países con un número de mujeres en la muestra mayor a 15 para que la información conseguida fuera significativa.



En Europa claramente son los países ex – comunistas los que presentan una media mayor de abortos provocados. Es Rusia con el 1,39 el país con mayor recurrencia. Está seguido, en orden decreciente, por Rumanía con 1,20, Bulgaria con 0,9 y España con 0,33.

En Asia es China con una media de abortos anteriores de 1,50 el país con una media mayor.

América presenta una gran variedad de datos que podrían deberse a sus características culturales. Así, los países con mayor influencia católica o leyes más restrictivas tienen una media de recurrencia menor, como ocurre con La República Dominicana (0,11), Bolivia (0,42), Colombia (0,53), Perú (0,54), Ecuador (0,56) y Brasil (0,6). Por el contrario, Cuba con una media por usuaria de 1,27 abortos es el país en el que se observa una mayor recurrencia.

NÚMERO DE ABORTOS ANTERIORES SEGÚN PAÍS DE ORIGEN DE LAS MUJERES			
País		Estadístico	Error típ.
Bulgaria	<b>Media</b>	<b>,94</b>	<b>,141</b>
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,66
		Límite superior	1,22
	Mediana	1,00	
	Varianza	1,266	
	Desv. típ.	1,125	
	Mínimo	0	
	Máximo	5	
Rumanía	<b>Media</b>	<b>1,18</b>	<b>,084</b>
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1,02
		Límite superior	1,35
	Mediana	1,00	
	Varianza	3,415	
	Desv. típ.	1,848	
	Mínimo	0	
	Máximo	15	
Rusia	<b>Media</b>	<b>1,37</b>	<b>,288</b>
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,76
		Límite superior	1,97
	Mediana	1,00	
	Varianza	1,579	
	Desv. típ.	1,257	
	Mínimo	0	
	Máximo	5	



NÚMERO DE ABORTOS ANTERIORES SEGÚN PAÍS DE ORIGEN DE LAS MUJERES			
País		Estadístico	Error típ.
Marruecos	<b>Media</b>	<b>,55</b>	<b>,123</b>
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,31
		Límite superior	,80
	Mediana	,00	
	Varianza	1,250	
	Desv. típ.	1,118	
	Mínimo	0	
	Máximo	6	
Guinea	<b>Media</b>	<b>,86</b>	<b>,175</b>
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,51
		Límite superior	1,21
	Mediana	,00	
	Varianza	1,313	
	Desv. típ.	1,146	
	Mínimo	0	
	Máximo	4	
Nigeria	<b>Media</b>	<b>1,25</b>	<b>,367</b>
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,49
		Límite superior	2,01
	Mediana	1,00	
	Varianza	3,239	
	Desv. típ.	1,800	
	Mínimo	0	
	Máximo	9	
Cuba	<b>Media</b>	<b>1,27</b>	<b>,370</b>
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,51
		Límite superior	2,03
	Mediana	1,00	
	Varianza	3,565	
	Desv. típ.	1,888	
	Mínimo	0	
	Máximo	8	
República Dominicana	<b>Media</b>	<b>,11</b>	<b>,072</b>
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	-,05
		Límite superior	,26
	Mediana	,00	
	Varianza	,099	
	Desv. típ.	,315	
	Mínimo	0	
	Máximo	1	
Bolivia	<b>Media</b>	<b>,41</b>	<b>,070</b>
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,27
		Límite superior	,55
	Mediana	,00	
	Varianza	,394	
	Desv. típ.	,628	
	Mínimo	0	



El aborto provocado en la Comunidad Autónoma de Aragón:  
estudio descriptivo de la población española e inmigrante

NÚMERO DE ABORTOS ANTERIORES SEGÚN PAÍS DE ORIGEN DE LAS MUJERES			
País		Estadístico	Error típ.
	Máximo	2	
Brasil	Media	,56	,100
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,36
		Límite superior	,76
	Mediana	,00	
	Varianza	,547	
	Desv. típ.	,739	
	Mínimo	0	
	Máximo	3	
Colombia	Media	,51	,099
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,31
		Límite superior	,70
	Mediana	,00	
	Varianza	,740	
	Desv. típ.	,860	
	Mínimo	0	
	Máximo	4	
Ecuador	Media	,55	,054
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,44
		Límite superior	,65
	Mediana	,00	
	Varianza	,729	
	Desv. típ.	,854	
	Mínimo	0	
	Máximo	5	
Perú	Media	,52	,135
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,24
		Límite superior	,80
	Mediana	,00	
	Varianza	,490	
	Desv. típ.	,700	
	Mínimo	0	
	Máximo	2	
China	Media	1,45	,346
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,74
		Límite superior	2,16
	Mediana	1,00	
	Varianza	3,470	
	Desv. típ.	1,863	
	Mínimo	0	
	Máximo	5	

Tabla nº 69: Media abortos anteriores según país de procedencia.



Más de la mitad de los abortos provocados con anterioridad se realizaron en España (51,75%), el 46,85% fueron practicados en los países de origen de cada mujer y sólo el 1,4% se sometieron a una interrupción del embarazo en otro país diferente al nuestro y al de origen.

Excepto las originarias de Europa del Este, que en más del 50% de los casos los abortos anteriores se los han realizado fuera de España, en el resto de las usuarias la recurrencia ha aumentado una vez se han instalado en nuestro país.

PAÍS DONDE SE REALIZARON LOS ABORTOS ANTERIORES SEGÚN ORIGEN DE LAS MUJERES				
	España	País de origen	Otro país	Total
Rumanía	102 35,05%	188 64,6%	1 0,35%	291 100%
Bulgaria	17 48,57%	18 51,43%	0 0%	35 100%
Rusia	8 50%	8 50%	0 0%	16 100%
China	14 70%	5 25%	1 5%	20 100%
Marruecos	23 82,14%	5 17,86%	0 0%	28 100%
Guinea	18 78,26%	5 21,74%	0 0%	23 100%
Nigeria	11 50%	8 40%	1 10%	20 100%
Cuba	9 56,25%	7 43,75%	0 0%	16 100%
Rep. Dominicana	1 50%	1 50%	0 0%	2 100%
Bolivia	16 57,14%	12 42,86%	0 0%	28 100%
Brasil	12 48%	12 48%	1 4%	25 100%
Colombia	18 62%	11 38%	0 0%	29 100%
Ecuador	81 81%	17 17%	2 2%	100 100%
Perú	8 66,6%	4 33,4%	0 0%	12 100%
Total	338 52,5%	301 46,6%	6 0,9%	645 100%

Tabla nº 70: Tabla de contingente del número de abortos anteriores según país de procedencia y de su realización.



## 6. 11 – Empleo de anticoncepción

En esta sección analizaremos el uso o no de anticoncepción en el momento del aborto y durante el año previo. En caso afirmativo se examinará la causa de su fallo y de su cese.

### 6. 11. 1 – Anticoncepción en el momento del embarazo.

Es destacable que casi la mitad de las parejas que posteriormente se sometieron a un aborto provocado no hubieran usado ningún método anticonceptivo para evitar un embarazo no deseado.

Entre las parejas que sí emplean anticonceptivos, el más frecuente es el preservativo, seguido con mucha diferencia de los anticonceptivos hormonales orales, los métodos naturales, el parche y el anillo vaginal.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO EN EL MOMENTO DEL EMBARAZO			
		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Ninguna	1277	44,3
	AHO	279	9,7
	Parches	37	1,3
	Anillo vaginal	28	1,0
	DIU	18	,6
	Preservativo	1094	37,9
	Método natural	65	2,3
	Inyectables	9	,3
	Espermicidas	9	,3
	Vasectomía	4	,1
	Embarazo deseado	65	2,3
	Total	2885	100,0
Perdidos	Sistema	10	
Total		2895	

Tabla nº 71: Métodos anticonceptivos.

Si tenemos en cuenta el uso o no de algún tipo de anticoncepción, se observa que son el doble las inmigrantes que no los utilizan.

Entre las parejas españolas e inmigrantes que utilizan contraceptivos, el empleado con mayor frecuencia es el preservativo, aunque en una proporción de tres a uno. Los



anticonceptivos hormonales orales (AHO), el dispositivo intrauterino (DIU), la vasectomía y los métodos naturales son usados por ambos grupos en similares porcentajes. Los inyectables y los espermicidas sólo aparecen reflejados en la población no española. El parche predomina entre las inmigrantes más que en las españolas y lo contrario ocurre con el anillo vaginal.

ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS EN EL MOMENTO DEL EMBARAZO POR LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES					
		Española/Inmigrante		Total	
		Española	Inmigrante		
Anticoncepción en el momento del aborto	Ninguna	Recuento	406	869	1275
		% de Española/Inmigrante	27,8%	61,2%	44,3%
	AHO	Recuento	135	143	278
		% de Española/Inmigrante	9,3%	10,1%	9,7%
	Parches	Recuento	12	25	37
		% de Española/Inmigrante	,8%	1,8%	1,3%
	Anillo vaginal	Recuento	16	12	28
		% de Española/Inmigrante	1,1%	,8%	1,0%
	DIU	Recuento	10	8	18
		% de Española/Inmigrante	,7%	,6%	,6%
	Preservativo	Recuento	785	306	1091
		% de Española/Inmigrante	53,8%	21,5%	37,9%
	Método natural	Recuento	35	30	65
		% de Española/Inmigrante	2,4%	2,1%	2,3%
	Inyectables	Recuento	0	9	9
		% de Española/Inmigrante	,0%	,6%	,3%
	Espermicidas	Recuento	0	9	9
		% de Española/Inmigrante	,0%	,6%	,3%
	Vasectomía	Recuento	1	3	4
		% de Española/Inmigrante	,1%	,2%	,1%
	Embarazo deseado	Recuento	59	6	65
		% de Española/Inmigrante	4,0%	,4%	2,3%
Total		Recuento	1459	1420	2879
		% de Española/Inmigrante	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla nº 72: Método anticonceptivo utilizado según nacionalidad.

Las diferencias señaladas en los párrafos anteriores son significativas al ser la  $p < 0,001$ , cuando se aplica el estadístico de chi – cuadrado.



CHI – CUADRADO. ANTICONCEPCIÓN ACTUAL. DIFERENCIAS ENTRE ESPAÑOLAS E INMIGRANTES			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	446,181	10	,000

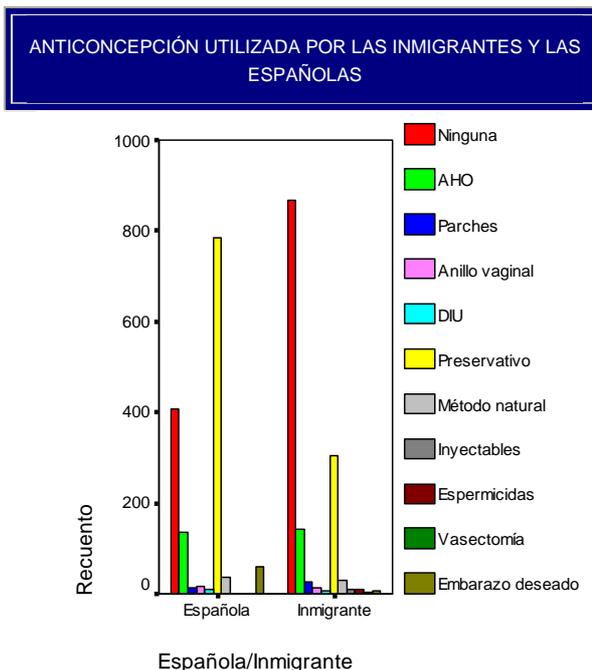


Tabla nº 73: Chi cuadrado.

Figura nº 28: Método anticonceptivo según nacionalidad.

Al analizar la utilización de contraceptivos según área geográfica de origen de la mujer, no se aprecian discrepancias respecto a los datos ya señalados. Sin embargo, es interesante comprobar el porcentaje de parejas que no usan ningún método anticonceptivo. Así, son las asiáticas, con un porcentaje del 71,6%, las que menos medios de control de la natalidad emplean, siendo China el país de la zona donde la proporción es mayor (82,8%). Le suceden las europeas del este (66,8%), siendo Bulgaria (79,7%), Rusia (73,7%) y Rumanía (68,1%) los países más representativos del área. El Magreb es la siguiente zona geográfica de menor planificación, con un 66,3%; en particular, el 60,5% de las mujeres marroquíes que se someten a un aborto provocado no habían empleado ningún tipo de anticoncepción. A continuación está el África subsahariana con un 65,9%. Son las europeas (57,1%) y las iberoamericanas (53,2%) las que menos relaciones sexuales tienen sin emplear algún método que evite un embarazo no deseado. Entre las americanas existen importantes diferencias según sea el país de procedencia. De hecho, las cubanas no usan protección en sus relaciones sólo en un 38,5%, frente al 73,7% de las dominicanas. El único grupo donde el empleo de algún



método anticonceptivo supera al no uso de ninguno es Cuba. Las cubanas que deciden abortar y han empleado preservativo son un 46,2%.

En todas las áreas geográficas predomina el empleo del preservativo (20%), siempre y cuando se haya optado por el uso de algún método anticonceptivo. Este dato no es válido en el caso de las magrebíes, ya que es la anticoncepción hormonal oral la forma de planificación mayoritaria (15%).

Los motivos del fallo para los diferentes anticonceptivos son:

- Preservativo: Uso ocasional (43,3%), desconocido (24,4%), la rotura (16,7), mal uso (13,3%), se quedó en la vagina (2,2%) y otros (1%).
- AHO: Olvido (56,8%), mal uso (16,2%), interacciones medicamentosas (12,5%), desconocido (10%) y náuseas y vómitos (4,4%).
- Parche: Mal uso (47,2%), se despegó (16,7%), olvido (13,9%), desconocido (13,9%) e interacción medicamentosa (8,3%).
- Anillo vaginal: Mal uso (44,4%), desconocido (33,3%), pérdida (11,1%) y olvido, rotura e interacción medicamentosa (3,7% para cada uno de ellos).

Las diferencias entre españolas e inmigrantes, en cuanto al fallo del método anticonceptivo empleado, no son reseñables. Por lo tanto, aunque el preservativo es el método más frecuente entre las parejas para evitar un embarazo, sólo se utiliza en la mitad de las ocasiones. Así que, más de un 60% de las relaciones sexuales se realizarían sin protección.

#### 6. 11. 2 – Anticoncepción durante el año previo al embarazo.

En este apartado describiremos los métodos anticonceptivos utilizados durante el año previo a que la mujer se sometiese a un aborto.

El dato de que la mayoría de las parejas tenían relaciones sexuales sin protección es reiterativo. En caso de emplear algún tipo de anticoncepción fue el preservativo, seguido de los anticonceptivos hormonales orales, el más utilizado.



ANTICONCEPCIÓN UTILIZADA DURANTE EL AÑO PREVIO AL ABORTO			
		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Ninguno	1133	39,7
	AHO	517	18,1
	Parches	46	1,6
	Anillo vaginal	46	1,6
	Implantes	1	,0
	DIU	53	1,9
	Preservativo	993	34,8
	Método natural	39	1,4
	Inyectables	19	,7
	Espermicidas	8	,3
	Vasectomía	2	,1
	Total	2857	100,0
Perdidos	Sistema	38	
Total		2895	

Tabla nº 74: Anticoncepción durante el año previo al aborto.

El porcentaje de inmigrantes que no emplearon ningún método anticonceptivo durante el año previo a la intervención fue el doble que el de españolas. Sin embargo, es inversa la proporción en cuanto al uso de preservativo.

Si analizamos los otros métodos, podemos observar como es mayor el número de no españolas que utilizan inyectables y métodos naturales para controlar la natalidad.

Estas diferencias son significativas, ya que la  $p$  es menor a 0,001, aunque hay que tener en cuenta que el 27,3% de las casillas tienen una frecuencia menor a cinco.



ANTICONCEPCIÓN UTILIZADA POR LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIRANTES EN EL AÑO PREVIO AL ABORTO				
		Española/Inmigrante		Total
		Española	Inmigrante	
Ninguno	Recuento	363	767	1130
	% de Española/Inmigrante	25,2%	54,3%	39,6%
AHO	Recuento	268	248	516
	% de Española/Inmigrante	18,6%	17,6%	18,1%
Parches	Recuento	19	27	46
	% de Española/Inmigrante	1,3%	1,9%	1,6%
Anillo vaginal	Recuento	31	15	46
	% de Española/Inmigrante	2,2%	1,1%	1,6%
Implantes	Recuento	0	1	1
	% de Española/Inmigrante	,0%	,1%	,0%
DIU	Recuento	26	27	53
	% de Española/Inmigrante	1,8%	1,9%	1,9%
Preservativo	Recuento	719	272	991
	% de Española/Inmigrante	50,0%	19,3%	34,8%
Método natural	Recuento	10	29	39
	% de Española/Inmigrante	,7%	2,1%	1,4%
Inyectables	Recuento	2	17	19
	% de Española/Inmigrante	,1%	1,2%	,7%
Espermicidas	Recuento	0	8	8
	% de Española/Inmigrante	,0%	,6%	,3%
Vasectomía	Recuento	1	1	2
	% de Española/Inmigrante	,1%	,1%	,1%
Total	Recuento	1439	1412	2851
	% de Española/Inmigrante	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla nº 75: Anticonceptivos usados durante el año previo al aborto según nacionalidad.

CHI – CUADRADO. ANTICONCEPCIÓN PREVIA. DIFERENCIAS ENTRE ESPAÑOLAS E INMIGRANTES			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	383,7	10	,000

Tabla nº 76: Chi - cuadrado



ANTICONCEPCIÓN DURANTE EL AÑO PREVIO SEGÚN LA  
NACIONALIDAD DE LAS MUJERES.

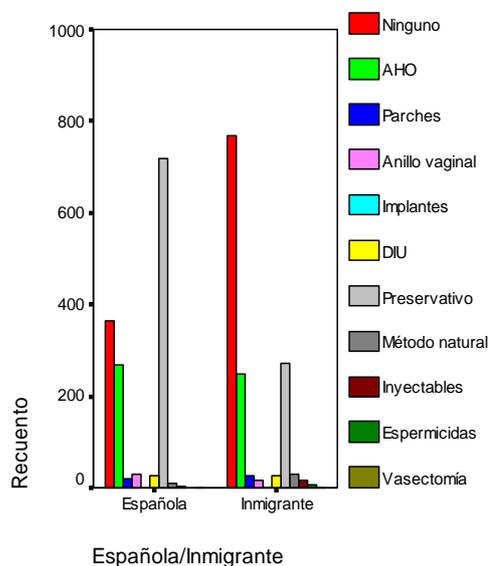


Figura nº 29: Anticoncepción año previo según nacionalidad.

Al examinar los datos por área geográfica observamos que, exceptuando Iberoamérica, en el resto de las zonas de procedencia más del 50% de las parejas tienen relaciones sexuales sin utilizar ningún método anticonceptivo. Si se usó algún método durante el año previo al embarazo no deseado destaca con mayor frecuencia el preservativo por las iberoamericanas, subsaharianas y europeas del este. Sin embargo, las magrebíes y europeas occidentales emplearon en mayor proporción los anticonceptivos hormonales orales. Las asiáticas usaron ambos medios por igual.

Al analizar este dato por países, es destacable que dentro de un área geográfica existan diferencias importantes entre los Estados-Nación que la configuran. Tal y como se demuestra con las mujeres procedentes de Iberoamérica, las bolivianas y dominicanas mantienen relaciones sexuales sin protección en un 59,3% y 63,2% respectivamente, frente a las cubanas (46,2%), brasileñas (45,5%), colombianas (37,3%) y ecuatorianas (38%) que en más de la



mitad de los casos emplean algún tipo de método de planificación familiar. En aquellas parejas que emplean anticoncepción, el método más empleado es el preservativo en las cubanas (34,6%) y ecuatorianas (23,6%), los anticonceptivos hormonales orales entre las bolivianas (16%) y colombianas (29,3%), y las parejas brasileñas (18,2%) y dominicanas (15,8%) utilizan por igual ambos. Son las cubanas, con un 5,8%, las mujeres iberoamericanas que más usan el dispositivo intrauterino (D.I.U.), mientras que ninguna colombiana se lo había insertado durante el año previo al aborto. El anillo vaginal no fue utilizado por ninguna mujer cubana, dominicana ni brasileña. El parche sólo no se usó en Cuba. Tanto el anillo como el parche tienen escasa aceptación entre las iberoamericanas, menos del 5% de las mujeres. Los implantes y los inyectables, sin embargo, sólo son utilizados por ellas.

En los países de Europa del Este, la tónica general es que se mantengan relaciones sexuales sin protección en más del 60% de los casos. Son el preservativo y los anticonceptivos hormonales orales los métodos más usados. El primero predomina en las rumanas (16,6) y el segundo en las búlgaras (10,9%). Las parejas rusas (10,5%) utilizan ambos en la misma proporción.

El 79,3% de las chinas no usan ningún método anticonceptivo. En las parejas que lo hacen, son los AHO y el preservativo en un 10,3% los más frecuentes.

En África, los tres países estudiados tienen porcentajes similares en lo que se refiere al no uso de anticonceptivos (Marruecos un 58% de las parejas, Guinea un 64,3% y Nigeria un 62,5%). Los anticonceptivos hormonales orales son el método más utilizado entre las originarias de Marruecos (23,5%). En orden descendente, le siguen las guineanas (19%), no habiendo ninguna nigeriana que los utilice. El preservativo es el método más usado entre las nigerianas (37,5%), las marroquíes lo emplean en un 12,3% y las guineanas en un 11,9%. El 2,4% de las guineanas se habían colocado el anillo vaginal durante el año previo al aborto. En cambio, las marroquíes se decantaron por el parche en un 2,5%.



Los motivos en el cese del empleo de los anticonceptivos durante el año previo a la realización del aborto son:

- Anticonceptivos hormonales orales (AHO), por efectos secundarios (40,3%), descanso (37,6%), ruptura de pareja (12,8%), mal control del ciclo (2,2%), económico (1,8%) y otros (2,7%).
- Parche, debido a la ruptura de la relación de pareja (41,4%), al descanso (35,4%), a los efectos secundarios (17,6%) y a razones económicas (5,9%).
- Anillo vaginal, por descanso (57,2%), efectos secundarios (33,3%), mal control del ciclo (4,8%) y otros (4,8%).

Los porcentajes de los motivos del cese en el uso de determinados anticonceptivos no presentan ninguna variación según la procedencia de la mujer.

Nos parece interesante comparar el tipo de planificación en el momento de producirse el embarazo no deseado y durante el año previo, ya que si se hubiesen resuelto las causas que condujeron al cese de la anticoncepción que se venía utilizando se hubiera evitado algún embarazo no deseado.

Se aprecia un descenso en el uso de anticonceptivos hormonales orales, parches y anillo vaginal, lo que conlleva un aumento en la utilización del preservativo y un mayor número de parejas que mantienen relaciones sexuales sin ningún tipo de método contraceptivo.



ANTICONCEPCIÓN EN EL MOMENTO DEL EMBARAZO SEGÚN PROCEDENCIA DE LAS MUJERES							
	Iberoamérica	Magreb	África Subsahariana	Asia	Europa (15)	Europa del Este	España
Ninguno	311 53,2%	57 66,3%	60 65,9%	48 71,6%	12 57,1%	379 66,8%	406 27,8%
AHO	69 11,8%	13 15,1%	6 6,6%	6 9%	1 4,8%	48 8,5%	135 9,3%
Parches	14 2,4%	2 2,3%	1 1,1%	2 3,0%	3 14,3%	3 0,5%	12 0,8%
Anillo	7 1,2%	0 0%	0 0%	1 1,5%	0 0%	4 0,7%	16 1,1%
Preservativo	156 26,7%	11 12,8%	21 23,1%	10 14,9%	4 19%	104 18,3%	785 53,8%

Tabla nº 77: Método anticonceptivo en el momento del embarazo no deseado por área geográfica.

ANTICONCEPCIÓN DURANTE EL AÑO PRECIO AL ABORTO SEGÚN PROCEDENCIA DE LAS MUJERES							
	Iberoamérica	Magreb	África Subsahariana	Asia	Europa (15)	Europa del Este	España
Ninguno	254 43,5%	55 64%	52 58,4%	41 63,1%	11 52,4%	353 62,5%	263 25,2%
AHO	120 20,5%	18 20,9%	11 12,4%	10 15,4%	4 19%	84 14,9%	268 18,6%
Parches	14 2,4%	1 1,2%	1 1,1%	1 1,5%	3 14,3%	7 1,2%	19 1,3%
Anillo	11 1,9%	0 0%	1 1,1%	2 3,1%	0 0%	1 0,2%	31 2,2%
Preservativo	137 23,5%	10 11,6%	21 23,6%	10 15,4%	3 14,3%	91 16,1%	719 50%

Tabla nº 78: Método anticonceptivo durante el año previo al aborto según área geográfica.

## 6. 12 – Visitas ginecológicas

Más de la mitad de las mujeres que se someten a un aborto provocado no han realizado ninguna visita ginecológica previa al procedimiento. Sorprende, por tanto, que la razón más esgrimida para acudir a la consulta del ginecólogo fue la búsqueda de información sobre los distintos tipos de métodos anticonceptivos.



VISITAS GINECOLÓGICAS REALIZADAS POR LAS MUJERES			
		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Ninguna	1814	65,6
	Anticoncepción	435	15,7
	Información sobre el aborto	271	9,8
	Otras	3	,1
	Control del embarazo	3	,1
	Revisiones	238	8,6
	Total	2764	100,0
Perdidos	Sistema	131	
Total		2895	

Tabla nº 79: Visitas ginecológicas

Es mayor el porcentaje de mujeres extranjeras que no acudieron al ginecólogo antes de someterse a un aborto que el de españolas.

Llama la atención que entre aquellas mujeres que realizaron una visita ginecológica fueran las inmigrantes las que acudieron para obtener información sobre los métodos anticonceptivos con más frecuencia. Si el motivo fue una revisión ginecológica la proporción de españolas es tres veces mayor al de las extranjeras.

VISITAS GINECOLÓGICAS REALIZADAS POR LAS MUJERES ESPAÑOLAS E INMIGRANTES				
		Española/Inmigrante		Total
		Española	Inmigrante	
Ninguna	Recuento	863	946	1809
	% de Española/Inmigrante	61,8%	69,5%	65,6%
Anticoncepción	Recuento	213	222	435
	% de Española/Inmigrante	15,2%	16,3%	15,8%
Información sobre el aborto	Recuento	141	130	271
	% de Española/Inmigrante	10,1%	9,6%	9,8%
otras	Recuento	3	0	3
	% de Española/Inmigrante	,2%	,0%	,1%
Control del embarazo	Recuento	3	0	3
	% de Española/Inmigrante	,2%	,0%	,1%
Revisiones	Recuento	174	63	237
	% de Española/Inmigrante	12,5%	4,6%	8,6%
Total	Recuento	1397	1361	2758
	% de Española/Inmigrante	100,0%	100,0%	100,0%

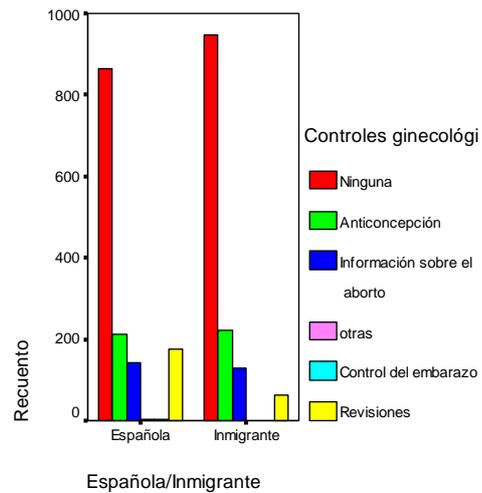
Tabla nº 80: Visitas ginecológicas según nacionalidad.



Las diferencias son estadísticamente significativas cuando se aplica el chi – cuadrado y ser  $p < 0,001$ , aunque la frecuencia observada en el 33,3% de las casillas sea menor a 5 y por lo tanto menos valorable el estadístico.

VISITAS GNECOLÓGICAS REALIZADAS POR LAS ESPAÑOLAS E INMIGRANTES

CHI – CUADRADO. VISITAS GNECOLÓGICAS. DIFERENCIAS ENTRE ESPAÑOLAS E INMIGRANTES			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	61,969	5	,000



Tablas nº 81: Chi - cuadrado

Figura nº 30: Visitas ginecológicas por nacionalidad.

Por área geográfica, también predominan en todos los grupos, excepto en Europa occidental, las mujeres que no habían acudido al ginecólogo previamente a someterse a un aborto provocado, siendo las asiáticas las que menos habían ido a la consulta y las europeas occidentales las que más.

El asesoramiento sobre anticoncepción es el motivo más frecuentemente expuesto para realizar una visita ginecológica en todas las usuarias independientemente de su origen.



VISITAS GINECOLÓGICAS REALIZADAS POR LAS MUJERES SEGÚN SU ÁREA GEOGRÁFICA DE PROCEDENCIA							
		Controles ginecológicos				Total	
			Ninguna	Anticoncepción	Información sobre el aborto	Revisiones	
Continente	Iberoamérica	Recuento	350	113	66	32	561
		% de Continente	62,4%	20,1%	11,8%	5,7%	100,0%
	Magreb	Recuento	54	19	10	3	86
		% de Continente	62,8%	22,1%	11,6%	3,5%	100,0%
	África Subsahariana	Recuento	65	10	6	4	85
		% de Continente	76,5%	11,8%	7,1%	4,7%	100,0%
	Asia	Recuento	53	7	3	4	67
		% de Continente	79,1%	10,4%	4,5%	6,0%	100,0%
	Europa (15)	Recuento	5	6	6	1	18
		% de Continente	27,8%	33,3%	33,3%	5,6%	100,0%
	Europa del Este	Recuento	418	66	38	19	541
		% de Continente	77,3%	12,2%	7,0%	3,5%	100,0%
Total		Recuento	945	221	129	63	1358
		% de Continente	69,6%	16,3%	9,5%	4,6%	100,0%

Tabla nº 82: Visitas ginecológicas según área geográfica.

Las diferencias entre los grupos son significativas. La p de chi – cuadrado es menor a 0,001. Hay que tener en cuenta que el 25% de las casillas tienen una frecuencia observada menor a cinco.

CHI – CUADRADO. VISITAS GINECOLÓGICAS. DIFERENCIAS SEGÚN ORIGEN DE LAS MUJERES			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,842	15	,000

Tabla nº 83: Chi - cuadrado



### 6.13 – Uso de intercepción postcoital (IPC).

De las mujeres que se sometieron a un aborto provocado y tuvieron relaciones sexuales sin protección o les falló el método utilizado sólo un 2,7% hicieron uso de la pastilla del día después. Aunque la ingirieron, su toma no pudo evitar, en esos casos, el embarazo no deseado.

Las inmigrantes usan casi cuatro veces menos este método que las españolas.

USO DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA					
			Española/Inmigrante		Total
			Española	Inmigrante	
Intercepción postcoital	Sí	Recuento	47	16	63
		% de Española/Inmigrante	4,4%	1,3%	2,7%
	No	Recuento	1032	1245	2277
		% de Española/Inmigrante	95,6%	98,7%	97,3%
Total		Recuento	1079	1261	2340
		% de Española/Inmigrante	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla nº 84: Uso de intercepción postcoital por nacionalidad.

Esta diferencia es estadísticamente significativa,  $p < 0,001$  en el estadístico chi – cuadrado.

USO DE LA IPC POR LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES

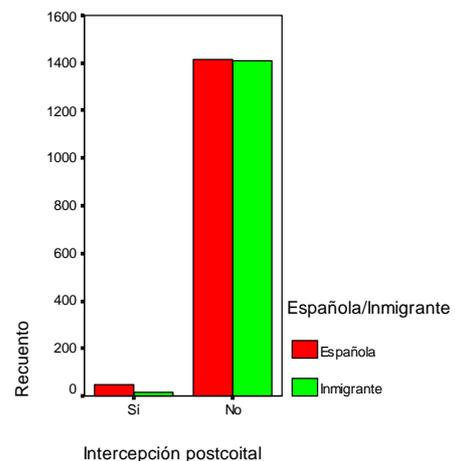


Figura nº 31: Uso IPC según nacionalidad.

CHI – CUADRADO. UTILIZACIÓN DE LA IPC.  
DIFERENCIAS ENTRE LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,151(b)	1	,000

Tabla nº 85: Chi – cuadrado.



Las iberoamericanas, las magrebíes, las asiáticas y las europeas del este son las únicas inmigrantes que usan la intercepción postcoital. Las primeras son las que en mayor porcentaje la utilizan (1,9%).

UTILIZACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA DE PROCEDENCIA					
			Intercepción postcoital		Total
			Sí	No	
Continente	Iberoamérica	Recuento	11	575	586
		% de Continente	1,9%	98,1%	100,0%
	Magreb	Recuento	1	87	88
		% de Continente	1,1%	98,9%	100,0%
	África Subsahariana	Recuento	0	91	91
		% de Continente	,0%	100,0 %	100,0%
	Asia	Recuento	1	66	67
		% de Continente	1,5%	98,5%	100,0%
	Europa (15)	Recuento	0	21	21
		% de Continente	,0%	100,0 %	100,0%
	Europa del Este	Recuento	3	564	567
		% de Continente	,5%	99,5%	100,0%
Total		Recuento	16	1404	1420
		% de Continente	1,1%	98,9%	100,0%

Tabla nº 86: Uso de la intercepción postcoital según área geográfica.

El estadístico chi – cuadrado muestra una p no significativa.

CHI – CUADRADO. UTILIZACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA SEGÚN EL ÁREA GEOGRÁFICA DE PROCEDENCIA			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,727	8	,164

Tabla nº 87: Chi - cuadrado

Entre las mujeres que sí hicieron uso de la intercepción postcoital, el 44,4% la tomaron durante la primera fase del ciclo, el 40,7% durante el período ovulatorio y el 14,8% en la segunda fase. No hubo diferencias si se analiza si son o no españolas. En cuanto a los países de procedencia, sólo las mujeres oriundas de Rumanía (dos mujeres), Marruecos (una),



Nigeria (una), Argentina (dos), Bolivia (dos), Colombia (una) Ecuador (dos) y Perú (una) la utilizaron.

Desde la relación sexual sin protección hasta la toma de la pastilla del día después pasaron menos de 6 horas en el 29,1% y entre 24 y 48 horas en el 30,9% de los casos. Llama la atención que el 9,1% de las usuarias de este método lo hicieran transcurridas las 72 horas dentro de las cuales, teóricamente, es más efectivo.

HORAS TRASCURRIDAS DESDE LA RELACIÓN DE RIESGO Y LA IPC			
		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	< 6 horas	16	29,1
	6-12 horas	5	9,1
	12-24 horas	6	10,9
	24-48 horas	17	30,9
	48-72 horas	6	10,9
	> 72 horas	5	9,1
	Total	55	100,0
Perdidos	Sistema	2291	
Total		2346	

Tabla nº 88: Tiempo transcurrido desde la relación sexual y la IPC.

En el caso de las inmigrantes es importante reseñar que es mayor el porcentaje entre este grupo que entre las españolas que usan la intercepción postcoital antes de pasadas doce horas desde la relación sexual. Además, es más de diez veces mayor la proporción de extranjeras que lo utilizan transcurridos los tres días en los que está indicada. Son las mujeres procedentes de Marruecos, Nigeria y Argentina las que se encuentran en este grupo. Todas las demás inmigrantes la toman antes de cumplirse las 48 horas.



HORAS TRASCURRIDAS DESDE LA RELACIÓN DE RIESGO Y IPC SEGÚN NACIONALIDAD DE LA MUJER									
		Horas desde la relación sexual hasta la toma de la IPC							Total
			< 6 horas	6-12 horas	12-24 horas	24-48 horas	48-72 horas	> 72 horas	
Española/ Inmigrante	Española	Recuento	11	2	6	15	6	1	41
		% de Española/ Inmigrante	26,8%	4,9%	14,6%	36,6%	14,6%	2,4%	100,0%
	Inmigrante	Recuento	5	3	0	2	0	4	14
		% de Española/ Inmigrante	35,7%	21,4%	,0%	14,3%	,0%	28,6%	100,0%
Total		Recuento	16	5	6	17	6	5	55
		% de Española/ Inmigrante	29,1%	9,1%	10,9%	30,9%	10,9%	9,1%	100,0%

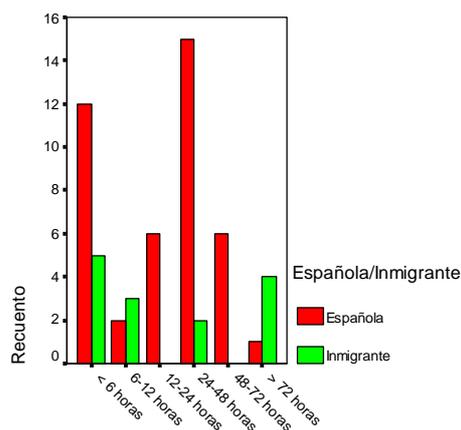
Tabla nº 89: Horas transcurridas desde la relación sexual hasta la IPC según nacionalidad.

Las diferencias entre españolas e inmigrantes son estadísticamente significativas como lo muestra que chi – cuadrado tenga una  $p = 0,004$ . El 83,3% de las casillas tienen una frecuencia inferior a cinco.

CHI – CUADRADO. HORAS DESDE COITO HASTA LA TOMA DE LA IPC. DIFERENCIAS ENTRE ESPAÑOLAS E INMIGRANTES			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,044	5	,004

Tabla nº 90: Chi – cuadrado.

HORAS TRASCURRIDAS DESDE COITO HASTA LA TOMA DE LA IPC DE LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES



Horas desde la relación sexual hasta la toma de la IPC

Figura nº 32: Tiempo desde la relación sexual y la toma de IPC según nacionalidad.



El 97,7% del total de mujeres no habían utilizado la intercepción postcoital con anterioridad. El 2,2% lo habían usado una vez y el 0,1% en dos ocasiones previas. Ninguna inmigrante había recurrido más de una vez.

### 6. 14 – Edad gestacional (E.G).

La edad gestacional media a la que se lleva a cabo el aborto es de 9 semanas, siendo la mínima cuatro y la máxima veintidós. Durante las ocho semanas de gestación se realiza el porcentaje mayor de abortos provocados (21,8%).

Por debajo de las ocho semanas se practican el 57,5% de los abortos, entre las nueve y las doce el 31%, entre las trece y las dieciséis el 6,9%, entre las diecisiete y las veinte el 3,5% y por encima de las veintiuna semanas sólo el 1,1%.

Destacar que son los abortos provocados por malformaciones fetales los que con mayor frecuencia son de alto riesgo. El 57,89% de ellos se realizan por encima de las dieciocho semanas, y los restantes entre las once y las dieciocho. Sin embargo, las interrupciones del embarazo llevadas a cabo por enfermedad materna tanto psicológica como física se realizan en el 90,95% y en el 78,57% respectivamente por debajo de las doce semanas.

EDAD GESTACIONAL		
N	Válidos	2875
	Perdidos	20
Media		9,03
Mediana		8,00
Moda		8
Desv. típ.		3,183
Varianza		10,134
Rango		18
Mínimo		4
Máximo		22

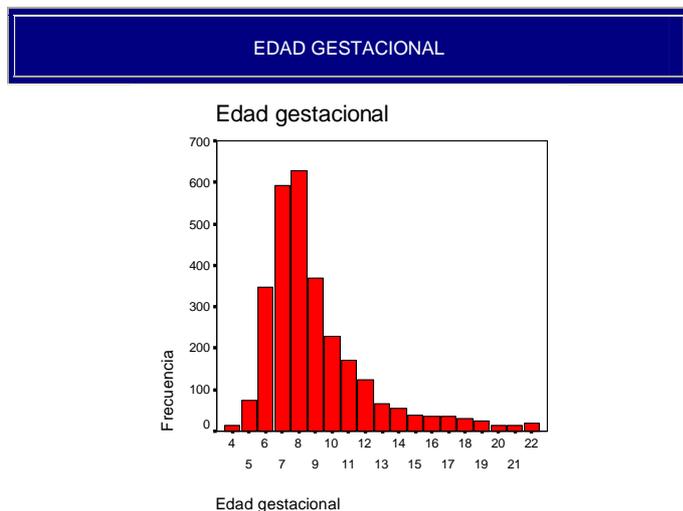


Tabla nº 91: Edad gestacional.

Figura nº 33: Edad gestacional.



No existen diferencias entre las inmigrantes y las españolas si comparamos la edad gestacional a la que las mujeres de ambos grupos abortan.

EDAD GESTACIONAL A LA QUE SE REALIZAN EL ABORTO LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES				
Española/Inmigrante		Estadístico	Error típ.	
Española	Media	9,06	,091	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	8,88	
		Límite superior	9,24	
	Mediana	8,00		
	Varianza	12,099		
	Desv. típ.	3,478		
	Mínimo	4		
Máximo	22			
Inmigrante	Media	9,00	,076	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	8,85	
		Límite superior	9,15	
	Mediana	8,00		
	Varianza	8,134		
	Desv. típ.	2,852		
	Mínimo	4		
Máximo	22			

Tabla nº 92: Edad gestacional del aborto según nacionalidad.

GRÁFICA DE CAJAS.  
EDAD GESTACIONAL DEL ABORTO EN LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES

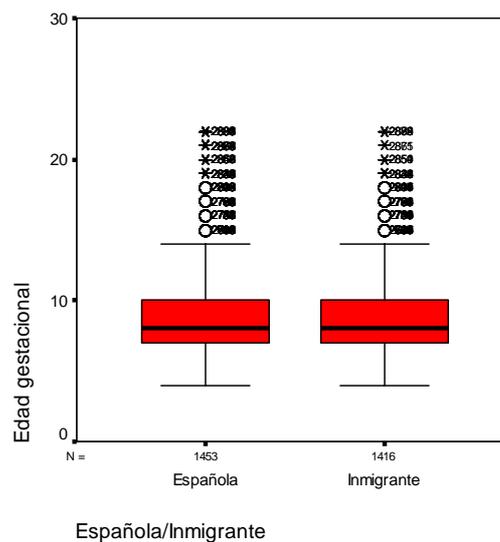


Figura nº 34: Edad gestacional según nacionalidad.



El estadístico t de STUDENT muestra una  $p = 0,577$ . Es decir, las diferencias pueden ser debidas al azar.

T DE STUDENTEDAD GESTACIONAL A LA QUE SE REALIZA EL ABORTO. DIFERENCIAS ENTRE LA ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES									
	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
No se han asumido varianzas iguales	28,43	0,00	,56	2785,9	,577	,07	,119	-,166	,299

Tabla nº 93: t de STUDENT de la edad gestacional según nacionalidad.

La media de la edad gestacional no es estadísticamente significativa si se tiene en cuenta su área de procedencia. El rango va desde las 7,71 semanas de las europeas occidentales a las 9,41 semanas de las subsaharianas.

EDAD GESTACIONAL A LA QUE SE REALIZAN LAS MUJERES DEPENDIENDO DE SU ORIGEN			
Continente		Estadístico	Error típ.
Iberoamérica	<b>Media</b>	<b>8,89</b>	,118
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	8,66
		Límite superior	9,12
	Mediana	8,00	
	Varianza	8,158	
	Desv. típ.	2,856	
	Mínimo	4	
	Máximo	22	
Magreb	<b>Media</b>	<b>8,87</b>	,356
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	8,16
		Límite superior	9,58
	Mediana	8,00	
	Varianza	10,781	
	Desv. típ.	3,283	
	Mínimo	5	
	Máximo	22	
África Subsahariana	<b>Media</b>	<b>9,41</b>	,349
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	8,71
		Límite superior	10,10
	Mediana	8,00	
	Varianza	11,066	



El aborto provocado en la Comunidad Autónoma de Aragón:  
estudio descriptivo de la población española e inmigrante

	Desv. típ.		3,327	
	Mínimo		5	
	Máximo		20	
Asia	<b>Media</b>		<b>8,61</b>	<b>,281</b>
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	8,05	
		Límite superior	9,17	
	Mediana		8,00	
	Varianza		5,196	
	Desv. típ.		2,280	
	Mínimo		6	
	Máximo		16	
Europa (15)	<b>Media</b>		<b>7,71</b>	<b>,590</b>
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	6,48	
		Límite superior	8,95	
	Mediana		7,00	
	Varianza		7,314	
	Desv. típ.		2,704	
	Mínimo		5	
	Máximo		17	
Europa del Este	<b>Media</b>		<b>9,13</b>	<b>,115</b>
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	8,91	
		Límite superior	9,36	
	Mediana		8,00	
	Varianza		7,450	
	Desv. típ.		2,729	
	Mínimo		4	
	Máximo		22	

Tabla nº 94: Edad gestacional del aborto según área geográfica de procedencia de la mujer.

El estadístico ANOVA muestra una  $p = 0,084$ , por lo que no se puede afirmar que las diferencias se deban exclusivamente al azar. El test post – hoc de Bonferroni no evidencia desigualdades intergrupos.

ANOVA. EDAD GESTACIONAL .					
DIFERENCIAS SEGÚN ORIGEN DE LAS MUJERES					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	78,405	5	15,681	1,944	<b>,084</b>

Tabla nº 95: ANOVA. Edad gestacional del aborto. Diferencias según procedencia de las mujeres.



GRÁFICO DE CAJAS.  
EDAD GESTACIONAL A LA QUE SE PRACTICA EL ABORTO SEGÚN ÁREA  
PROCEDENCIA DE LAS MUJERES

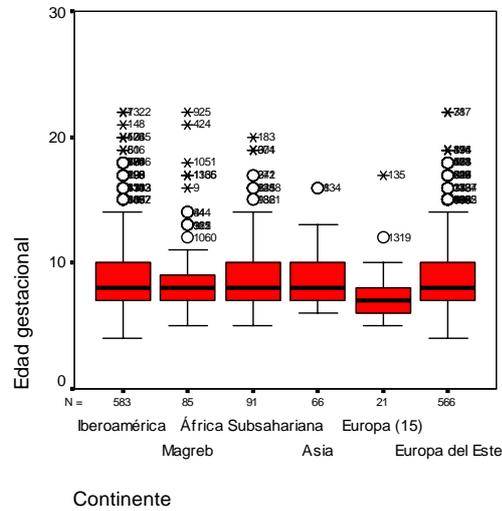


Figura nº 35: Edad gestacional según área geográfica.

### 6. 15 – Motivo del aborto provocado

En este apartado analizaremos los tres supuestos para la realización del aborto sin penalización y observaremos qué motivos condujeron a su práctica.

El 97,4% de las mujeres se adscriben al supuesto de riesgo materno para practicarse un aborto. De ellas el 1% por riesgo físico y el resto por razones psicológicas. Tan sólo el 2,6% de los embarazos se interrumpen por malformación fetal grave. No existe ningún caso de violación en la muestra obtenida.

Los datos evidencian que prácticamente sólo se someten a un aborto por riesgo físico materno grave y malformación fetal las españolas. Prácticamente todas las inmigrantes alegan problemas psicológicos para finalizar el embarazo.



SUPUESTO LEGAL BAJO EL QUE ABORTAN LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES					
			Española/Inmigrante		Total
			Española	Inmigrante	
Motivo legal para el aborto	Riesgo materno psicológico	Recuento	1378	1406	2784
		% de Española/Inmigrante	94,1%	98,7%	96,4%
	Malformación fetal	Recuento	68	8	76
		% de Española/Inmigrante	4,6%	,6%	2,6%
	Riesgo materno físico	Recuento	18	10	28
		% de Española/Inmigrante	1,2%	,7%	1,0%
Total		Recuento	1464	1424	2888
		% de Española/Inmigrante	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla nº 96: Supuestos legales para el aborto según nacionalidad.

Las diferencias entre las españolas e inmigrantes, en cuanto a los supuestos legales a los que se adscriben para realizarse un aborto provocado, son estadísticamente significativos al ser la  $p < 0,001$  como muestra la tabla nº 97.

CHI – CUADRADO. SUPUESTOS LEGALES. DIFERENCIAS ENTRE LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	49,391	2	,000

SUPUESTOS LEGALES UTILIZADOS PARA REALIZAR UN ABORTO LEGAL POR LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES

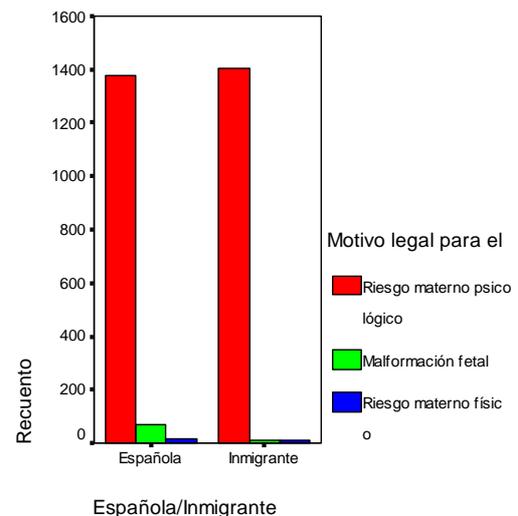


Tabla nº 97: Chi – cuadrado.

Figura nº 36: Supuestos legales según nacionalidad.



Los supuestos legales aducidos para la práctica de un aborto provocado no varían según el área de procedencia de la mujer. El riesgo psicológico materno es alegado en más del 97% de los casos.

Las magrebíes y las europeas occidentales sólo se someten a un aborto por riesgo psicológico materno.

Las diferencias no son significativas, siendo la  $p = 0,9$ .

SUPUESTOS LEGALES PARA ABORTAR SEGÚN ORIGEN DE LAS MUJERES						
			Motivo legal para el aborto			Total
			Riesgo materno psicológico	Malformación fetal	Riesgo materno físico	
Continente	Iberoamérica	Recuento	578	3	5	586
		% de Continente	98,6%	,5%	,9%	100,0%
	Magreb	Recuento	88	0	0	88
		% de Continente	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	África Subsahariana	Recuento	90	0	1	91
		% de Continente	98,9%	,0%	1,1%	100,0%
	Asia	Recuento	65	1	1	67
		% de Continente	97,0%	1,5%	1,5%	100,0%
	Europa (15)	Recuento	21	0	0	21
		% de Continente	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Europa del Este	Recuento	562	2	3	567
		% de Continente	99,1%	,4%	,5%	100,0%
	Total	Recuento	1404	6	10	1420
		% de Continente	98,9%	,4%	,7%	100,0%

Tabla nº 98: Supuestos legales para la realización del aborto por área geográfica de procedencia.



### 6. 15. 1 – Riesgo materno

Dentro de este supuesto se incluye el riesgo físico y psíquico de la madre<sup>28</sup>.

Es el VIH la enfermedad que con mayor frecuencia es aludida como riesgo físico de la madre y el futuro hijo. Por orden decreciente las siguientes motivaciones para recurrir a un aborto provocado como consecuencia de riesgo materno por enfermedad son: otras, en las que se incluyen pielonefritis, pruebas diagnósticas para detectar el cáncer de mama, trasplante renal y lupus, patología tumoral, enfermedad cardiaca, neuronal y psiquiátrica.

ENFERMEDADES ALEGADAS PARA ABORTAR			
		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	VIH +	8	38,1
	Enfermedad cardiaca	2	9,5
	Patología tumoral	3	14,3
	Otras	4	19,0
	Enfermedad psiquiátrica	2	9,5
	Enfermedad neurológica	2	9,5
	Total	21	100,0
Perdidos	Sistema	1	
Total		22	

Tabla nº 99: Motivos alegados para abortar si se adscriben al supuesto legal de riesgo físico materno.

Sólo un tercio de las mujeres que alegaron el supuesto de riesgos físicos para someterse a un aborto provocado eran inmigrantes. Las enfermedades aducidas serán reseñadas en el siguiente cuadro, nº 100.

<sup>28</sup> Tal y como define la O. M. S. la salud abarca el bienestar físico y psíquico de la persona.



ENFERMEDADES ALEGADAS PARA ABORTAR POR LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES				
		Española/Inmigrante		Total
		Española	Inmigrante	
VIH +	Recuento	6	2 (subsaharianas)	8
	% de Española/Inmigrante	37,5%	40,0%	38,1%
Enfermedad cardíaca	Recuento	1	1 (magrebí)	2
	% de Española/Inmigrante	6,3%	20,0%	9,5%
Patología tumoral	Recuento	2	1 (iberoamericana)	3
	% de Española/Inmigrante	12,5%	20,0%	14,3%
Otras	Recuento	3	1 (iberoamericana)	4
	% de Española/Inmigrante	18,8%	20,0%	19,0%
Enfermedad psiquiátrica	Recuento	2	0	2
	% de Española/Inmigrante	12,5%	,0%	9,5%
Enfermedad neurológica	Recuento	2	0	2
	% de Española/Inmigrante	12,5%	,0%	9,5%
Total	Recuento	16	5	21
	% de Española/Inmigrante	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla nº 100: Supuesto de riesgo físico materno según nacionalidad.

Los datos mostrados con anterioridad no suponen diferencias significativas desde el punto de vista estadístico ( $p = 0,826$ ).

El otro motivo, para acceder a la práctica de un aborto provocado por el supuesto legal de riesgo materno, es el psicológico.

Como causas psicológicas se alegan con más frecuencia los problemas económicos (44%), bien como única causa (27,6%) o acompañada de otras, que ya tiene dos o más hijos (5%), que son muy jóvenes (4,2%) y que presentan problemas con la pareja (7,2%). En orden decreciente le sigue el hecho de no ser un buen momento personal para tener un hijo (18,5%), ser muy joven para asumir un embarazo además de querer seguir su formación académica (12,1%), no desear más hijos (8,1%) y mantener una relación poco estable o que se ha roto durante el embarazo (7,8%).

Destacar que todavía existen mujeres que se someten a un aborto porque si en su empresa se enteraran del embarazo las despedirían (3%), por violencia de género (0,4%) y porque la gestación había sido fruto de una relación fuera de la pareja<sup>29</sup> (0,6%).

<sup>29</sup> En todos los casos vivían en pareja o se encontraban casados.



En un pequeño porcentaje (0,1%) el embarazo fue deseado en un principio y por lo tanto no se usó ningún método anticonceptivo, pero las circunstancias cambiaron hasta el momento del aborto.

Otras causas que vienen especificadas en la tabla nº 101.

Existe un 36% de los casos en los que no ha sido posible obtener la motivación que ha llevado a las mujeres a someterse a un aborto provocado. Esto se debe a que en ocasiones fue difícil, si no imposible, acceder a esa información. Se trata de un momento duro, amargo y trascendental en la vida de las mujeres, y como tal, fue complicado seguir indagando en determinadas circunstancias.

MOTIVOS PSICOLÓGICOS ALEGADOS PARA ABORTAR			
	Frecuencia	Porcentaje válido	
Válidos	Motivos económicos	476	27,6
	Muy joven. Desea seguir formación	208	12,1
	Motivos laborales. Perdería trabajo	51	3,0
	Relación poco estable. Ruptura de pareja. Poco tiempo con pareja	134	7,8
	No desea más hijos (ya > 2 hijos)	139	8,1
	No lo desea. No buen momento.	319	18,5
	Se ve mayor	40	2,3
	Enfermedad mental (depresión)	28	1,6
	Motivos económicos + ya 2 o más hijos	86	5,0
	Motivos económicos + muy joven	72	4,2
	Drogas	7	,4
	Miedo a malformaciones	18	1,0
	Relación fuera de la pareja	11	,6
	Motivos económico + problemas con la pareja	124	7,2
	En un principio embarazo deseado	2	,1
	Malos tratos	7	,4
	Total	1722	100,0
Perdidos	Sistema	987	
Total		2709	

Tabla nº 101: Motivos psicológicos para realizar un aborto provocado.



Las divergencias entre las españolas y las inmigrantes son notables en el caso de las motivaciones económicas. Las inmigrantes aluden a este problema en un 63,1% frente a las españolas que lo hacen en un 22,6%.

Entre las españolas, el no haberse quedado embarazada en un momento personal adecuado es la razón mencionada con mayor frecuencia. Le siguen, tras la razón económica considerada en conjunto, el hecho de ser muy joven y querer continuar con su formación, no desear más hijos y los problemas con la pareja.

Sólo las españolas deseaban un embarazo que finalmente abortaron.

Entre las inmigrantes los problemas económicos son los principales causantes de que sus embarazos no sigan adelante. Su objetivo al inmigrar es poder conseguir dinero para ellas y para la familia que se queda en su país de origen.

La edad de las mujeres de ambos grupos es similar, pero, sin embargo, es menor la proporción entre las inmigrantes que alegan el ser jóvenes, mayores o tener miedo a las malformaciones fetales para someterse a un aborto.

El número de usuarias que abortaron como consecuencia de estar sometidas a la violencia doméstica es igual entre las españolas y las inmigrantes. No ocurre lo mismo en el caso de que el embarazo haya sido causa de una relación extramatrimonial, en cuya circunstancia es doble el porcentaje entre las españolas que entre las inmigrantes.

MOTIVOS PSICOLÓGICOS POR LOS QUE ABORTAN LAS INMIGRANTES Y LAS ESPAÑOLAS					
			Nacionalidad		Total
			española	extranjera	
motivos aborto	Motivos económicos	Recuento	96	380	476
		% de nacionalidad	11,8%	41,8%	27,6%
	Muy joven. No está preparada. Desea seguir formación	Recuento	143	65	208
		% de nacionalidad	17,6%	7,1%	12,1%
	Motivos laborales. Perdería trabajo	Recuento	18	33	51
		% de nacionalidad	2,2%	3,6%	3,0%
	Relación poco estable. Ruptura de pareja. Poco tiempo con pareja	Recuento	84	50	134
		% de nacionalidad	10,3%	5,5%	7,8%
	No desea más hijos (2 o más hijos)	Recuento	87	52	139
		% de nacionalidad	10,7%	5,7%	8,1%



MOTIVOS PSICOLÓGICOS POR LOS QUE ABORTAN LAS INMIGRANTES Y LAS ESPAÑOLAS					
		Nacionalidad		Total	
		española	extranjera		
	No lo desea. No buen momento.	Recuento	212	107	319
		% de nacionalidad	26,1%	11,8%	18,5%
	Se ve mayor	Recuento	31	9	40
		% de nacionalidad	3,8%	1,0%	2,3%
	Enfermedad mental (depresión)	Recuento	22	6	28
		% de nacionalidad	2,7%	,7%	1,6%
	Motivos económicos + ya 2 o más hijos	Recuento	19	67	86
		% de nacionalidad	2,3%	7,4%	5,0%
	motivos económicos + muy joven	Recuento	40	32	72
		% de nacionalidad	4,9%	3,5%	4,2%
	Drogas	Recuento	5	2	7
		% de nacionalidad	,6%	,2%	,4%
	Miedo a malformaciones	Recuento	13	5	18
		% de nacionalidad	1,6%	,5%	1,0%
	Relación fuera de la pareja	Recuento	7	4	11
		% de nacionalidad	,9%	,4%	,6%
	Motivos económicos + problemas con la pareja	Recuento	29	95	124
		% de nacionalidad	3,6%	10,4%	7,2%
	En un principio embarazo deseado	Recuento	2	0	2
		% de nacionalidad	,2%	,0%	,1%
	Malos tratos	Recuento	4	3	7
		% de nacionalidad	,5%	,3%	,4%
Total		Recuento	812	910	1722
		% de nacionalidad	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla nº 102: Motivaciones psicológicas según procedencia.

Al comparar las razones esgrimidas por las mujeres según su procedencia para practicarse un aborto provocado se observa que éstas son estadísticamente significativas. Al aplicar el estadístico de chi – cuadrado la p es menor a 0,001.

CHI – CUADRADO. MOTIVOS PSICOLÓGICOS. DIFERENCIAS ENTRE ESPAÑOLAS E INMIGRANTES			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	342,494	15	,000

Tabla nº 103: Chi – cuadrado motivaciones psicológicas y procedencia.



Si analizamos las motivaciones de las inmigrantes por separado, observamos que no hay ninguna europea occidental que alegue problemas económicos para someterse a un aborto provocado. Son las iberoamericanas y las europeas del este las que con mayor frecuencia deciden abortar por problemas de pareja.

No hay ninguna asiática ni subsahariana que aluda a una edad avanzada para ser madre como motivo de la decisión de interrumpir el embarazo.

Son las europeas del este y las iberoamericanas los únicos grupos que se someten a la interrupción del embarazo por malos tratos y relaciones extramatrimoniales que generan dudas de paternidad.

Las demás divergencias se pueden analizar en la siguiente tabla.

MOTIVOS PSICOLÓGICOS ALEGADOS PARA ABORTAR SEGÚN PROCEDENCIA DE LA MUJER									
		Continente							Total
			Iberoamérica	Magreb	África Subsahariana	Asia	Europa (15)	Europa del Este	
Motivo	Motivos económicos	Recuento	135	20	22	15	0	155	347
		% de Continente	34,4%	37,0%	33,8%	33,3%	,0%	42,3%	37,0%
	Muy joven. No está preparada. Desea seguir estudiando	Recuento	26	5	5	1	1	21	59
		% de Continente	6,6%	9,3%	7,7%	2,2%	6,7%	5,7%	6,3%
	Motivos laborales. Perdería trabajo	Recuento	13	0	2	1	2	17	35
		% de Continente	3,3%	,0%	3,1%	2,2%	13,3%	4,6%	3,7%
	Motivos personales. Problemas de pareja.	Recuento	27	3	2	0	0	10	42
		% de Continente	6,9%	5,6%	3,1%	,0%	,0%	2,7%	4,5%
	No desea más hijos (ya tiene 2 o más)	Recuento	24	3	4	7	1	16	55
		% de Continente	6,1%	5,6%	6,2%	15,6%	6,7%	4,4%	5,9%
	No lo desea. No es el momento	Recuento	62	10	13	8	2	52	147
		% de Continente	15,8%	18,5%	20,0%	17,8%	13,3%	14,2%	15,7%
	Se siente mayor	Recuento	4	1	0	0	1	2	8
		% de Continente	1,0%	1,9%	,0%	,0%	6,7%	,5%	,9%



El aborto provocado en la Comunidad Autónoma de Aragón:  
estudio descriptivo de la población española e inmigrante

MOTIVOS PSICOLÓGICOS ALEGADOS PARA ABORTAR SEGÚN PROCEDENCIA DE LA MUJER									
		Continente						Total	
			Iberoamérica	Magreb	África Subsahariana	Asia	Europa (15)	Europa del Este	
	Enfermedad materna mental	Recuento	2	0	0	0	0	1	3
		% de Continente	,5%	,0%	,0%	,0%	,0%	,3%	,3%
	Motivos económico + hijos	Recuento	43	5	5	5	2	36	96
		% de Continente	10,9%	9,3%	7,7%	11,1%	13,3%	9,8%	10,2%
	Motivos económicos + joven	Recuento	6	1	2	2	0	10	21
		% de Continente	1,5%	1,9%	3,1%	4,4%	,0%	2,7%	2,2%
	Adicta a drogas	Recuento	1	0	0	1	0	0	2
		% de Continente	,3%	,0%	,0%	2,2%	,0%	,0%	,2%
	Miedo a malformaciones	Recuento	3	0	3	0	1	2	9
		% de Continente	,8%	,0%	4,6%	,0%	6,7%	,5%	1,0%
	Relación extramatrimonial. Dudas paternidad	Recuento	1	0	0	0	0	1	2
		% de Continente	,3%	,0%	,0%	,0%	,0%	,3%	,2%
	Motivo económico + problemas de pareja	Recuento	45	6	7	5	5	41	109
		% de Continente	11,5%	11,1%	10,8%	11,1%	33,3%	11,2%	11,6%
	Malos tratos	Recuento	1	0	0	0	0	2	3
		% de Continente	,3%	,0%	,0%	,0%	,0%	,5%	,3%
	<b>Total</b>	<b>Recuento</b>	<b>393</b>	<b>54</b>	<b>65</b>	<b>45</b>	<b>15</b>	<b>366</b>	<b>938</b>
		<b>% de Continente</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Tabla nº 104: Motivaciones psicológicas para la realización del aborto según área de procedencia.

Aunque se observan diferencias, éstas pueden ser debidas al azar ( $p = 0,92$ ).

CHI – CUADRADO. MOTIVOS PSICOLÓGICOS PARA ABORTAR. DIFERENCIAS ENTRE LAS ÁREAS GEOGRÁFICAS DE PROCDENCIA DE LAS MUJERES			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	86,200	70	,092

Tabla nº 105: Chi – cuadrado.

6. 15. 2 – Malformación fetal

La causa que con mayor asiduidad es esgrimida para someterse a un aborto por malformación fetal es la trisomía 21 o Síndrome de Down (39%). Las siguientes alegaciones, por orden descendente, son las deformaciones del sistema nervioso central (11,7%), el oligoamnios grave precoz postamniocentesis o sin causa aparente (9,1%), las alteraciones genéticas (6,5%), las trisomía 18 o Síndrome de Edwards (5,2%), las cardiopatías congénitas, las cromosomopatías de los cromosomas sexuales (3,9%) y la trisomía 13 o Síndrome de Patau (1,3%).

Existe un conjunto de causas denominadas “otras” (19,5%) que incluyen tumoraciones, alteraciones óseas e hidrops fetal.

De los setenta y siete abortos realizados bajo este supuesto, sólo siete embarazos eran de mujeres inmigrantes. Tres tenían una trisomía 21 o Síndrome de Down, un oligoamnios precoz grave, otra una malformación neurológica central y dos estaban encuadradas en el grupo de otras. En estos casos el porcentaje era mayor al de las españolas.

MALFORMACIONES FETALES QUE JUSTIFICAN EL ABORTO ENTRE LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES					
		Nacionalidad		Total	
		española	extranjera		
motivo	T 21	Recuento	27	3	30
		% de nacionalidad	38,6%	42,9%	39,0%
	T 13	Recuento	1	0	1
		% de nacionalidad	1,4%	,0%	1,3%
	T 18	Recuento	4	0	4
		% de nacionalidad	5,7%	,0%	5,2%
	alteraciones genéticas	Recuento	5	0	5
		% de nacionalidad	7,1%	,0%	6,5%
	malformación cardíaca	Recuento	3	0	3
		% de nacionalidad	4,3%	,0%	3,9%
	malformación SNC	Recuento	8	1	9
		% de nacionalidad	11,4%	14,3%	11,7%
	oligoamnios	Recuento	6	1	7
		% de nacionalidad	8,6%	14,3%	9,1%
	otras	Recuento	13	2	15
		% de nacionalidad	18,6%	28,6%	19,5%
	Alteraciones cromosomas sexuales	Recuento	3	0	3
		% de nacionalidad	4,3%	,0%	3,9%
Total		Recuento	70	7	77
		% de nacionalidad	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla nº 106: Malformación fetal según procedencia.



La p de chi – cuadrado es igual a 0,973. Se ha de tener en cuenta que el 80% de las casillas tienen frecuencias inferiores a cinco.

CHI – CUADRADO. MALFORMACIONES FETALES. DIFERENCIAS ENTRE LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,230(a)	8	,973

MALFORMACIONES FETALES QUE JUSTIFICAN EL ABORTO ENTRE LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES

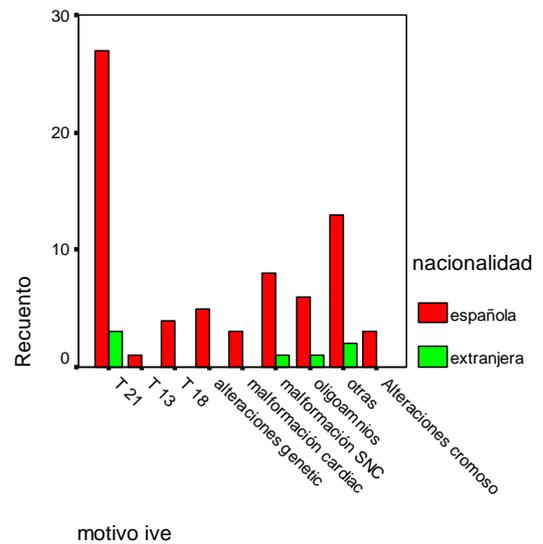


Tabla nº 107: Chi – cuadrado.

Figura nº 37: Malformación fetal por procedencias.

## 6. 16 – Método empleado en la realización del aborto

El legrado mediante aspiración endouterina es el método más utilizado. Se puede realizar bajo anestesia local (46,1%) y con anestesia general (47,5%). La RU 486 se utiliza en el 4,5% de los casos. En el 1,9% de los abortos es necesario realizar una inducción y asistir posteriormente el parto.

En la siguiente tabla se puede observar cómo los métodos utilizados para realizar un aborto varían dependiendo de la edad gestacional. Así, todas las inducciones y partos se llevaron a cabo por encima de las diecisiete semanas y la mifepristona sólo se empleó en gestaciones de menos de 10 semanas.



Aclarar que siempre que nos referimos a legrado por debajo del primer trimestre del embarazo estamos hablando de dilatación y aspiración, mientras que, se trata de dilatación y evacuación si nos referimos a los realizados en el segundo trimestre.

MÉTODO UTILIZADO PARA ABORTAR SEGÚN SEMANAS DE GESTACIÓN							
		Método utilizado para realizar el aborto					Total
			RU 486	Legrado con anestesia local	Legrado con anestesia general	Inducción y parto	
EG nueva	< 12 semanas	Recuento	130	1321	1093	0	2544
		% de EG nueva	5,1%	51,9%	43,0%	,0%	100,0%
	12 - 17 semanas	Recuento	0	3	227	1	231
		% de EG nueva	,0%	1,3%	98,3%	,4%	100,0%
	18- 22 semanas	Recuento	0	1	46	53	100
		% de EG nueva	,0%	1,0%	46,0%	53,0%	100,0%
Total		Recuento	130	1325	1366	54	2875
		% de EG nueva	4,5%	46,1%	47,5%	1,9%	100,0%

Tabla nº 108: Métodos empleado en la realización de un aborto según edad gestacional.

Al tener en cuenta las edades gestacionales a las que las mujeres se someten a un aborto se observa que el 54,7% de los legrados realizados por debajo de las doce semanas se hacen bajo anestesia local. Son las inmigrantes las que optan con mayor frecuencia que las españolas por este procedimiento. El uso de la mifepristona es tres veces mayor en las españolas, al igual que es menor la proporción de inmigrantes que deben someterse a una inducción y consiguiente parto.

MÉTODO UTILIZADO PARA REALIZAR EL ABORTO DE LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES					
		Española/Inmigrante		Total	
		Española	Inmigrante		
Método utilizado para realizar el aborto	RU 486	Recuento	97	33	130
		% de Española/Inmigrante	6,6%	2,3%	4,5%
	Legrado con anestesia local	Recuento	558	776	1334
		% de Española/Inmigrante	38,1%	54,5%	46,2%
	Legrado con anestesia general	Recuento	771	599	1370
		% de Española/Inmigrante	52,7%	42,1%	47,4%
	Inducción y parto	Recuento	38	16	54
		% de Española/Inmigrante	2,6%	1,1%	1,9%
Total		Recuento	1464	1424	2888
		% de Española/Inmigrante	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla nº 109: Método empleado para realizar el aborto según procedencia.



Las diferencias entre ambos grupos son significativas ( $p < 0,001$ ).

CHI – CUADRADO. MÉTODO UTILIZADO EN EL ABORTO. DIFERENCIAS ENTRE ESPAÑOLAS E INMIGRANTES			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	97,155	3	,000

Tabla nº 110: Chi – cuadrado.

MÉTODO UTILIZADOS PARA EL ABORTO POR LAS  
ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES

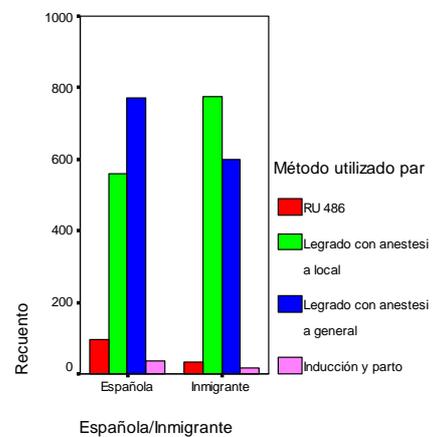


Figura nº 38: Método empleado según procedencia.

Al analizar los casos por área geográfica de procedencia no existen grandes diferencias. Es el legrado con anestesia local el método más utilizado entre las no españolas, independientemente de su lugar de origen. Sólo es reseñable el hecho de que ninguna inmigrante procedente de Europa occidental y ninguna asiática se hayan tenido que someter a una inducción del parto para finalizar su embarazo y que son las primeras las que con más frecuencia utilizan la mifepristona.



MÉTODO UTILIZADOS PARA EL ABORTO SEGÚN ORIGEN DE LAS MUJERES						
		Método utilizado para realizar el aborto				Total
		RU 486	Legrado con anestesia local	Legrado con anestesia general	Inducción y parto	
Iberoamérica	Recuento	14	317	248	7	586
	% de Continente	2,4%	54,1%	42,3%	1,2%	100,0%
Magreb	Recuento	2	43	40	3	88
	% de Continente	2,3%	48,9%	45,5%	3,4%	100,0%
África Subsahariana	Recuento	2	45	41	3	91
	% de Continente	2,2%	49,5%	45,1%	3,3%	100,0%
Asia	Recuento	2	35	30	0	67
	% de Continente	3,0%	52,2%	44,8%	,0%	100,0%
Europa (15)	Recuento	1	16	4	0	21
	% de Continente	4,8%	76,2%	19,0%	,0%	100,0%
Europa del Este	Recuento	12	320	232	3	567
	% de Continente	2,1%	56,4%	40,9%	,5%	100,0%
Total	Recuento	33	776	595	16	1420
	% de Continente	2,3%	54,6%	41,9%	1,1%	100,0%

Tabla nº 111: Método empleado para el aborto según área de procedencia.

Las divergencias encontradas no son estadísticamente significativas. El chi – cuadrado muestra una  $p = 0,259$ , además de que el 33,3% de las casillas arrojan una frecuencia menor a cinco.

CHI – CUADRADO. MÉTODO UTILIZADO. DIFERENCIAS SEGÚN PROCEDENCIA DE LAS MUJERES			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,065	15	,259

MÉTODO UTILIZADO SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA DE PROCEDENCIA DE LAS MUJERES

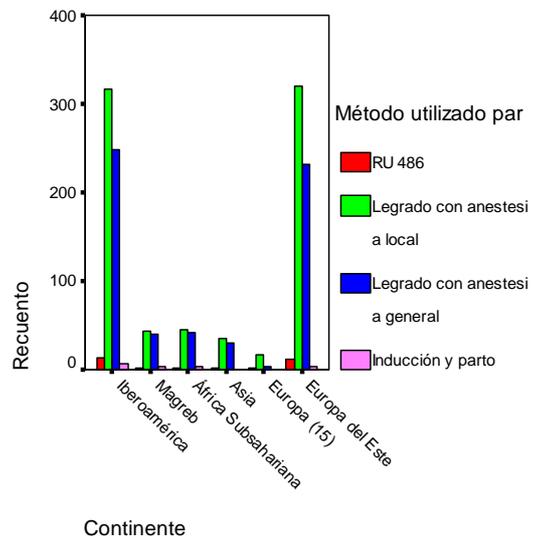


Tabla nº 112: Chi – cuadrado.

Figura nº 37: Método utilizado según procedencia.



## 6. 17 – Lugar donde se practica el aborto

Prácticamente el total de los abortos practicados en la Comunidad Autónoma de Aragón se realizan en clínicas autorizadas privadas. Tan sólo un 0,6% se llevaron a cabo en el único hospital público que los asume, el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. En este centro sólo pudieron abortar las mujeres que, perteneciendo a su área de asistencia, aludieron malformación fetal o enfermedad física materna grave. Es de señalar que las mujeres que pertenecían a otra área de salud cuyo hospital de referencia no admitiera la realización de abortos por objeción de conciencia de sus facultativos fueron derivadas a las clínicas privadas.

El supuesto de riesgo psicológico materno no fue sustentado por el sistema público de salud excepto si contabilizamos a diecinueve mujeres que provenían de Huesca (0,7%) y a dos procedentes de Soria (0,1%). Aunque el aborto no se realizara en sus hospitales de referencia era pagado por el sistema de salud oscense y soriano.

Tan sólo dos inmigrantes fueron atendidas en un centro público.

CENTRO DONDE SE HAN REALIZADO EL ABORTO LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES				
		Española/Inmigrante		Total
		Española	Inmigrante	
Centro privado	Recuento	1449	1422	2871
	% de Española/Inmigrante	99,0%	99,9%	99,4%
Centro público	Recuento	15	2	17
	% de Española/Inmigrante	1,0%	,1%	,6%
Total	Recuento	1464	1424	2888
	% de Española/Inmigrante	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla nº 113: Lugar de realización del aborto según procedencia.

Las diferencias son estadísticamente significativas al ser  $p < 0,001$ .



CENTRO DONDE SE REALIZA EL ABORTO SEGÚN NACIONALIDAD

CHI – CUADRADO. CENTRO DONDE SE REALIZA EL ABORTO. DIFERENCIAS ENTRE LAS ESPAÑOLAS Y LAS INMIGRANTES			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,643	1	,002

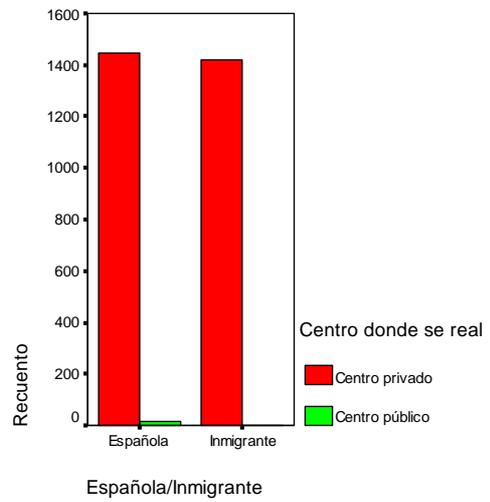


Tabla nº 114: Chi – cuadrado.

Figura nº 38: Lugar realización del aborto según procedencia.

Desconocemos las nacionalidades de las mujeres extranjeras a las que les fue realizado el aborto en el centro público. Uno fue realizado por VIH materno y otro por una trisomía 18.



## VII. DISCUSIÓN





## 7. – DISCUSIÓN

Después de unas consideraciones iniciales, el presente capítulo se estructura en una serie de temas que se resumen en la discusión, interpretación y comentario de los resultados más relevantes. Pretendemos, así, ofrecer un análisis de los datos obtenidos, ya presentados en los epígrafes precedentes y relacionarlos con los estudios hallados en diversas referencias bibliográficas para desentrañar los elementos más significativos sobre el aborto provocado en la Comunidad Autónoma de Aragón.

### 7.1 – Consideraciones iniciales

El número de abortos provocados sigue aumentando cada año en España y, en concreto, en la Comunidad Autónoma de Aragón. En 2005, la tasa a nivel nacional fue de 9,60 ‰ mujeres en una franja de edad que oscilaba entre los 15 y 44 años<sup>61</sup>, lo que supuso un punto superior al de 2002.

TASA DE ABORTOS ENTRE MUJERES DE 15 – 44 AÑOS										
Año	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Aragón	6,6	6,6	7,0	7,3	7,8	8,9	9,9	10,7	10,1	10,9
España	5,7	5,5	6,0	6,5	7,1	7,7	8,5	8,8	8,9	9,6

Tabla nº 115: Tasa de abortos por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años (MSC, 2006)

Además, Aragón es la quinta Comunidad Autónoma en número de abortos (10,9‰). Es precedida por Madrid (12,8‰), Baleares (12,67‰), Murcia (11,7‰) y Cataluña (11,5‰), que superan la tasa media de abortos española de 2005 (9,6‰)<sup>61</sup>. En nuestra Comunidad



Autónoma se realizaron 3.574 abortos provocados durante ese año. De ellos, 954 pertenecían a mujeres no aragonesas y 2.742 a aragonesas, de las que 122, a pesar de residir en nuestro territorio, se sometieron al aborto en otra Comunidad Autónoma.

Hemos calculado que la cifra de interrupciones del embarazo en 2006 ascendió a 3.700<sup>62</sup>.

Se estima que en Aragón el 18,1% de los embarazos son abortados frente a la media española, que supone el 15,4%<sup>63</sup>.

Al plantearnos el trabajo que se presenta nos encontramos que, a pesar de que el aborto provocado es un tema de gran impacto en la sociedad actual, como muestran los datos expuestos con anterioridad, existían pocos estudios que lo afrontaran de una manera global y holística.

Sorprendía que, a pesar de que todos los años el Instituto Nacional de Estadística publicaba el número de interrupciones del embarazo junto con alguna característica demográfica de las mujeres que se sometían a él en diferentes Comunidades Autónomas, no hubiera mucha información acerca de la procedencia de las usuarias, de los métodos anticonceptivos utilizados por las parejas, el motivo del fallo de éstos o cuáles eran la razones que llevaban a la mujer a optar por este procedimiento.

#### 7.1.1 – Tamaño muestral<sup>30</sup>

El tamaño muestral para un error alfa del 5% y una potencia del 98% fue de 2.384 mujeres. Este número fue superado en la recogida de datos, alcanzando las 2.895 usuarias en los tres centros acreditados para la realización de abortos en Aragón. Creímos que de esta forma los datos obtenidos se podrían extrapolar con mayor seguridad a la población general.

Además, aunque la cifra era suficiente para obtener información sobre las características demográficas y epidemiológicas de las usuarias, al igual que para comparar las variables diseñadas dependiendo de si eran o no españolas, ésta era insuficiente si se pretendía analizar cada ítem por país de procedencia.

---

<sup>30</sup> Cfr.: Apartado de Metodología.



Aclarar que el diseño del estudio tuvo en cuenta sólo si las mujeres eran españolas o inmigrantes y no sus países de origen. Sobre este último dato carecíamos de la información necesaria, al igual que no contábamos con el número de mujeres de cada nacionalidad que se sometían a un aborto para calcular el tamaño de la muestra de acuerdo a él. A pesar de ello, la solución para poder aplicar estadísticos, que compararan los datos entre los diferentes grupos una vez obtenida la información, fue agrupar a las mujeres no por países sino por áreas geográficas que tuvieran similitudes culturales. No por ello se dejaron de mostrar las cifras correspondientes a los países cuando la variable estudiada arrojaba diferencias significativas en relación a la nacionalidad de las usuarias. Aún con todo, en ciertas ocasiones se procedió del modo relatado aunque el número de mujeres procedentes de algunos países no fuera suficiente para realizar comparaciones entre grupos.

Los Boletines publicados por el Ministerio de Sanidad ofrecen datos agrupados por Comunidades Autónomas concernientes a las mujeres de cada una de ellas que han decidido someterse a un aborto provocado, independientemente del lugar en el que se hubiese practicado.

Sin embargo, en este estudio analizamos todos los abortos provocados realizados en la Comunidad Autónoma de Aragón sin eliminar de la base de datos a aquellas usuarias que no residiesen en ella y sin tener en cuenta a las aragonesas que acudiesen a otras regiones.

#### 7.1.2 - Sesgos

Es una realidad incuestionable que el modo de obtener la información depende de las cualidades de los entrevistadores. A pesar de utilizar la misma hoja de recogida de datos, la metodología en el proceso del interrogatorio difiere de las estrategias personales del que efectúa las preguntas. A todas estas circunstancias subjetivas de los sujetos de la investigación hay que sumar las vivencias y sentimientos que las mujeres (objetos de estudio) viven en el momento de enfrentarse a la entrevista. Por tanto, se ha de entender que cada una responde y reacciona a las cuestiones de manera muy dispar. Es por ello que, en ocasiones, no sea posible obtener todos los datos, bien porque exista resistencia por parte de la mujer a responder a



determinadas preguntas o bien porque no se crea adecuado seguir ahondando en algunos temas.

Asimismo, hay que tener en cuenta que se pierde información al transcribir las entrevistas por existir respuestas abiertas que debían ser codificadas para llevar a cabo el procesamiento estadístico de los datos, aunque siempre que se pudo se intentó acotar al máximo los términos utilizados en cada caso para la información dada por las usuarias.

A pesar de todas las trabas y dificultades expuestas con anterioridad (Cfr.: epígrafe de Metodología) creemos que se han alcanzado los objetivos planteados al principio del estudio, ya que estamos en condiciones de mostrar, tras el análisis de los datos recogidos, la realidad del aborto provocado en Aragón y los elementos más significativos en el marco de la realidad nacional.

## 7.2 – Origen de las usuarias

En nuestro estudio, casi el 49,3% de las usuarias son inmigrantes. Este dato no difiere de los encontrados en la bibliografía más actual, como se expondrá en líneas sucesivas. Sin embargo, no ocurre lo mismo si hacemos referencia a trabajos realizados en la década de los noventa y primeros años del presente siglo.

Los datos aportados por la CLÍNICA DATOR muestran cómo el origen de las mujeres que se someten a un aborto ha variado en los últimos años debido a los procesos migratorios acaecidos en nuestro país. Así, en 1997 tan sólo el 19,67%<sup>64</sup> de las usuarias eran extranjeras, mientras que en el 2004 la cifra había alcanzado el 45,32%<sup>65</sup>.

BARROSO<sup>66</sup> y la COMUNIDAD DE MADRID<sup>67</sup> son los únicos autores encontrados que recogen cifras de abortos en población no española que oscilan entre los porcentajes 50%, 52,7% y 53,3%. Posiblemente, este hecho se deba a las características y al número de inmigrantes de las zonas donde está realizada la recogida de datos y las circunstancias en las que se elaboró el trabajo de campo. VIRTUDES da una cifra en 2005 de 48,8% de abortos en inmigrantes<sup>58</sup>.



El MINISTERIO DE SANIDAD, en un estudio realizado en 15 clínicas privadas de 10 provincias, estimó que entre un 40 y 50% de los abortos provocados en 2005 se realizaban en mujeres inmigrantes<sup>68</sup>.

Por lo tanto, aunque la tasa de abortos provocados siga incrementándose cada año, quizás haya que buscar la explicación en el cambio de la composición de la sociedad española, ya que la tasa total de interrupciones en el grupo de las españolas se ha mantenido a lo largo de la última década alrededor del 6%, mientras las tasas totales de las inmigrantes han alcanzado el 30%<sup>69</sup>. Este dato supone que una de cada treinta mujeres extranjeras que vive en España ha abortado alguna vez.

### 7. 2. 1 – Características de las mujeres inmigrantes.

Al igual que hicimos en el apartado de resultados, analizaremos las características de las mujeres inmigrantes que deciden someterse a un aborto provocado según su país de origen y su área geográfica de procedencia para, después, valorar la influencia que pueda tener el tiempo de estancia en nuestro país y el dominio que tienen de la lengua española sobre su decisión de interrumpir el embarazo.

#### 7. 2. 1. 1 – País y área geográfica de origen

Los datos obtenidos en nuestro estudio ponen de manifiesto que no existe una correlación directa entre el mayor número de miembros de un colectivo o país con el grupo al que pertenecen las mujeres que se someten a un aborto en nuestra Comunidad Autónoma.

Así, las rumanas, grupo que con mayor frecuencia aborta entre la población no española (34,1%), representan tan sólo el 12% de todos los inmigrantes residentes en Aragón. En orden descendente, se hallan las ecuatorianas, con un 17,7% y las marroquíes, con un 5,8% de los abortos. Además, la comunidad ecuatoriana y marroquí sí son más numerosas en Aragón, arrojando respectivamente porcentajes de 15,9% y de 12,1%. El 2,8% corresponde a bolivianas, siendo las cuartas en frecuencia en cuanto al número de abortos y una minoría en el seno de la comunidad inmigrante. El quinto grupo lo constituyen las mujeres colombianas con un 5,3% y una representación en los empadronamientos de 9,4%. Chinas (6,9%),



Búlgaras (4,5%), brasileñas (3,9%), guineanas (3%), y cubanas (1,8%) son las que les suceden en orden de frecuencia y como ocurre con otros grupos, no se corresponde este dato con el número de inmigrantes procedentes de esos países<sup>3</sup>.

Cabe destacar que el porcentaje de mujeres procedentes de países de Europa occidental que se someten a un aborto es mínimo.

En el trabajo presentado por VIRTUDES<sup>58</sup>, realizado en las provincias de Andalucía, Baleares, Valencia, Tenerife y Madrid, los porcentajes varían respecto a los obtenidos en nuestro estudio. Así, de los abortos realizados a extranjeras el grupo más numeroso eran las ecuatorianas (28%), seguidas por las rumanas (17%), las bolivianas (8%), las peruanas (6,5%), las colombianas (6%), las nigerianas (1,7%) y las ucranianas (3%).

PROCEDENCIA DE LAS MUJERES SEGÚN AUTORES											
	Ecuador	Bolivia	Perú	Colombia	Nigeria	Marruecos	Ucrania	Rumanía	Rusia	Bulgaria	China
VIRTUDES (2005)	28%	8%	6,5%	6%	1,7%	-	3%	17%	-	-	-
MINISTERIO SANIDAD (2006)	21%	13,6%	-	5,7%	-	11,4%	-	17,7%	4,5%	-	-
ORNAT (2007) <sup>31</sup>	17,7%	5,7%	1,9%	5,3%	1,7%	5,8%	1%	34,1%	1,3%	4,5%	6,9%

Tabla nº 116: País de procedencia de las mujeres que abortan según autores.

Los datos presentados por MINISTERIO DE SANIDAD<sup>68</sup> recogidos en 15 clínicas privadas de las provincias de Almería, Cádiz, Granada, Málaga, Sevilla, Ciudad Real, León, Valladolid, Barcelona, Pontevedra, Asturias y Madrid son similares a los de VIRTUDES. Las ecuatorianas representan un 21% del total de abortos entre las inmigrantes, las peruanas un 17,7%, las bolivianas un 13,6%, las marroquíes un 11,4%, las colombianas un 5,7% y las rusas un 4,5%.

Las diferencias quizás se deban a las características de los inmigrantes que habitan en cada región. Además, ninguno de los estudios antes señalados se habían fijado en ninguna de las provincias aragonesas.

Si sabemos lo que ocurre en los países de origen de las inmigrantes podremos entender mejor el porqué de los porcentajes de abortos provocados tan elevados entre esta población.

<sup>31</sup> Para mayor información sobre el país de origen de las mujeres que se sometieron a un aborto provocado en la Comunidad Autónoma de Aragón en 2006 cfr.: tabla nº 7.



Las mujeres llegan a territorio nacional con su bagaje cultural, lo que incluye su forma de entender la sexualidad y los métodos anticonceptivos. Es difícil variar ciertos aspectos culturales y los concernientes al sistema reproductivo y sexualidad son algunos de ellos. Es decir, las inmigrantes trasladan la situación aprendida en su país de origen al país donde residen al formar parte de su ser aprehendido y aprendido desde la infancia en su proceso de socialización primaria<sup>32</sup>.

Tal como muestra PINTER<sup>70</sup>, los países de Europa del Este tienen las mayores tasas de abortos de todo el continente (Rumanía 78‰ en mujeres entre 15 – 44 años), mientras que los países como Holanda, donde el aborto está totalmente legalizado a demanda durante las primeras doce semanas, presenta las menores (6,5‰).

En Colombia, el aborto sólo está permitido en caso de grave enfermedad materna y la tasa de abortos<sup>33</sup> fue del 32‰ mujeres en 1991<sup>71</sup>. Se trata de una cultura que, por una parte, sobrevalora la maternidad y estimula la sexualidad pero que, por otra, condena y estigmatiza el embarazo ocurrido fuera de lo que es considerado “aceptable socialmente”. Es, por lo tanto, una cultura que fuerza indirectamente el aborto.

Las cubanas, según el FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS<sup>72</sup>, usan el aborto para evitar el primer embarazo y para espaciar los partos entre los veinte y los treinta años. La tasa de interrupciones en este país es del 38,3‰, lo que indica que el 43,9% de los embarazos finalizan en aborto.

En algunas jóvenes sudamericanas cabría asociar los embarazos no deseados a su proceso de integración en España. Este proceso podría suponer acumular los riesgos de la sociedad y cultura de origen a los de la española sin haber desarrollado todavía habilidades para la gestión responsable y positiva de los riesgos<sup>69</sup>.

Si examinamos los resultados por área geográfica de procedencia observamos que son las iberoamericanas las que con el 41,2% abortan más frecuentemente, representando esta cifra el

---

<sup>32</sup> Aquella que se aprende en el ámbito familiar y, por ello, está más arraigada. La socialización secundaria es aquella que se aprende en el ámbito de la educación formal.

<sup>33</sup> Se trata en su mayoría de abortos ilegales realizados en situaciones sanitarias poco recomendables.



46,8% de todos los inmigrantes en Aragón<sup>3</sup>. Las europeas del Este, que son el 24,0% de la población extranjera aragonesa son el segundo colectivo inmigrante en someterse a una interrupción provocada del embarazo<sup>3</sup>.

Son representativas, por su porcentaje, las africanas, enmarcando dentro de este continente a las subsaharianas con un 6,4% y las magrebíes con un 6,2%. Es llamativo que las primeras tienen una presencia mayor a su peso poblacional, 7,24% y 10,17% respectivamente. Lo mismo ocurre con las asiáticas, que siendo tan sólo un 2,44% de las extranjeras<sup>3</sup>, personifican el 4,7% de los abortos realizados a las mujeres no españolas en nuestra comunidad.

Todo lo contrario pasa con las europeas occidentales, que siendo las cuartas en porcentaje de todas las inmigrantes aragonesas (8,48%)<sup>3</sup>, son las últimas en frecuencia en cuanto al número de abortos provocados a los que se someten las extranjeras en la misma comunidad (1,5%).

Los datos encontrados en la bibliografía referente al área geográfica de origen de las mujeres muestran los cambios acontecidos en la sociedad española en la última década. En estos dos últimos lustros ha aumentado la inmigración procedente de iberoamérica y de Europa del Este. Así lo demuestran los datos ofrecidos por la CLÍNICA DATOR. En 1997<sup>64</sup>, daba unos porcentajes entre las inmigrantes que abortaban repartidas entre Latinoamérica (49,3%), África subsahariana (14,2%), Magreb (11,7%), Asia (8,3%), Europa del Este (2,4%), Europa occidental (7,0%) y otros (0,7%), mientras que en 2004<sup>65</sup> las latinoamericanas y las europeas habían aumentado su proporción (66,5% y 24,6% respectivamente). Sin embargo, las africanas habían descendido en número (7,8%).

Las diferencias encontradas entre nuestro estudio y los realizados por la CLÍNICA DATOR pueden deberse a los dos años que los separan. En este tiempo se ha incrementado la presencia de europeas del este en edad reproductiva en nuestra comunidad. La consecuencia ha sido la disminución de las iberoamericanas. Ellas quizás hayan adaptado con mayor frecuencia ciertas medidas de control de la natalidad una vez se han integrado en nuestra sociedad, mientras que las europeas orientales seguirían utilizando el aborto como un método anticonceptivo más.



#### 7. 2. 1. 2 – Tiempo de estancia en España

Prácticamente el total de las inmigrantes eligieron España como primer destino para emigrar.

El mayor porcentaje pertenece a inmigrantes que viven en nuestro país desde hace más de cuatro años (29,4%). El 25,8% lleva tan solo dos años en España y el 18,8% un año o menos. Son las europeas del este las que menos tiempo de estancia tienen en nuestro país. Más del 50% lo hacen por menos de dos años.

Estos datos no difieren de los publicados en prensa, ya que el 20% de las extranjeras que se someten a un aborto residen en España desde hace menos de dos años y el 50% llevan entre uno y cinco años<sup>68</sup>.

Estas cifras muestran que la mayoría de las mujeres inmigrantes que abortan llevan un tiempo suficiente en España como para conocer y asimilar el funcionamiento del sistema de salud existente en España. Así que, el mayor porcentaje de interrupciones del embarazo en las extranjeras no es atribuible al desconocimiento de la red sanitaria española.

#### 7. 2. 1. 3 – Dominio de la lengua española

No hemos encontrado en la literatura ningún trabajo que señale específicamente el dominio de la lengua española entre la población inmigrante y lo relacione con el aborto.

Es de destacar que son las asiáticas y magrebíes las que con mayor frecuencia tienen dificultades con el idioma. De hecho, aproximadamente el 15% de ellas no comprenden ni hablan el español, aunque el período de residencia en España en la mitad de los casos es superior a dos años. Sin embargo, las europeas del este, que son las que menos años llevan viviendo en nuestro país, al menos, el 90% hablan y comprenden nuestro idioma.

Casi el total de las subsaharianas comprenden el castellano, un tercio de ellas lo comprenden y lo hablan y la mitad lo comprenden, lo hablan y lo escriben.



El 20% de las mujeres provienen de países de habla hispana, por lo que, en principio, no presentan grandes dificultades con el idioma.

Por lo expuesto con anterioridad sería recomendable, en ocasiones, reforzar la información dada al colectivo inmigrante sobre métodos anticonceptivos y sexualidad. La mediación intercultural y la utilización de folletos explicativos en sus respectivos idiomas haría más accesible la comunicación y la transmisión de la información. No todas las mujeres, dependiendo de área geográfica de origen, conocen, hablan y entienden de la misma manera las relaciones sexuales, la sexualidad y los medios de planificación familiar. El interculturalismo consiste en un acercamiento al otro para entenderlo y conocerlo, para facilitar la convivencia en el respeto y la cordialidad.

### **7.3 – País de procedencia de la pareja**

Como muestran los resultados expuestos en capítulos precedentes, prácticamente todas las españolas que se someten a un aborto tienen parejas de la misma nacionalidad (98%). En cambio, las inmigrantes tienen parejas españolas en un 14%, siendo las europeas occidentales y las iberoamericanas las que con mayor frecuencia no tienen parejas extranjeras. Las asiáticas siempre se relacionan con hombres inmigrantes también.

Estos datos reflejan el tipo de integración de las inmigrantes en la sociedad que les acoge y el motivo de la inmigración. Muchas de las europeas occidentales deciden vivir en España porque su pareja es española, o si no es así, su cultura y educación es similar a la nuestra lo que, a pesar del idioma, les hace más fácil relacionarse con los españoles. Sin embargo, el caso de las asiáticas y magrebíes es diferente, ya que sus costumbres son tan diferentes que la vida cotidiana la desarrollan entre los “suyos”, siendo su integración más difícil. Quizás se observe en las siguientes generaciones.

La mayoría de las iberoamericanas comparten con nosotros lengua materna, por lo que la comunicación es mucho más fácil. Son mujeres que viven la sexualidad de manera distinta, más desinhibida. Esta última característica es compartida también por las europeas del este. En estos dos colectivos, en ocasiones, el tener una pareja española mejora la calidad de vida y la estabilidad personal y económica.



El caso de las subsaharianas es diferente. Suelen relacionarse por el idioma y las costumbres con gente de su misma área geográfica de procedencia. Pero sus relaciones de pareja son algo diferentes, en muchas de sus culturas la poligamia y la subyugación al hombre todavía es algo aceptado, por lo que no es extraño que tengan relaciones estables y duraderas con hombres españoles casados que no se responsabilizan posteriormente del embarazo.

#### **7.4 – Lugar de residencia**

Aragón cuenta con tres centros acreditados para la realización de abortos provocados. Uno es público y dos son privados. Dos de ellos tienen capacidad para realizar interrupciones del embarazo por encima de las doce semanas, el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y la Clínica Actur.

En las Comunidades Autónomas que limitan con Aragón la situación varía. Así, en Navarra no existe ningún centro donde se puedan realizar abortos, en La Rioja hay uno público, en Castilla León cuentan con tres privados, ubicados en León, Salamanca y Valladolid. En Cataluña hay treinta centros acreditados entre públicos y privados, veinticuatro en Barcelona, cinco en Girona y uno en Lleida, público. En el País Vasco se reparten entre Álava con un hospital del sistema público de salud, cuatro centros en Guipúzcoa (dos públicos y dos privados) y cinco en Vizcaya (dos públicos y tres privados)<sup>61</sup>.

Hay que señalar que existen pocos centros públicos en España donde se realicen abortos provocados bajo algún otro supuesto legal que no sea la malformación grave fetal o una enfermedad materna importante.

Por lo tanto, como pone de manifiesto GONZÁLEZ ALONSO<sup>73</sup>, parece que la residencia de las mujeres es un factor determinante en la accesibilidad a la realización de un aborto provocado.

De hecho, en nuestro estudio se observa como tras las mujeres que viven en Zaragoza, capital o provincia, las que con mayor frecuencia acuden a Aragón a realizarse un aborto son las riojanas y las navarras, sin ser despreciable el número de sorianas. Esta realidad obedece a que Zaragoza es la ciudad más cercana para realizarse un aborto para las mujeres que viven en



estas comunidades, ya que en su lugar de residencia no existe posibilidad de acceder a este servicio.

Sin embargo, no deja de llamar la atención que haya mujeres de comunidades tan alejadas que acudan a Aragón a realizarse un aborto provocado. Quizás se deba al miedo al qué dirán, o que todavía piensen que cuanto más lejos de su sitio habitual de residencia se realicen la interrupción más confidencialidad y anonimato se mantiene y garantiza.

Debemos aclarar que al hecho de que en determinadas Comunidades Autónomas no existan centros acreditados no va unida la disminución de la tasa de abortos<sup>34</sup>. La proporción de interrupciones es prácticamente igual en Navarra que en el País Vasco, 5,2‰ y 5,4‰ respectivamente. En La Rioja, donde sólo hay un centro público, la tasa es de 8,2‰. Todas se hallan por debajo de la media nacional<sup>61</sup>, lo que estaría vinculado más con la educación y el tipo de consultas de planificación familiar que desarrollen los sistemas de salud de estas comunidades que con la accesibilidad a los centros donde se practiquen abortos.

Nosotros no tenemos más que dos casos de mujeres que acudieron a España para llevar a cabo lo que se ha dado en denominar “turismo del aborto”. Ambas eran extranjeras, una boliviana y otra nigeriana, que vivían en Portugal y en Francia respectivamente. Aprovecharon las vacaciones para visitar a unos familiares en Aragón y así someterse a la interrupción del embarazo.

Los datos obtenidos en el estudio que se presenta en cuanto al lugar de residencia de las inmigrantes sólo ponen de manifiesto la distribución de esta población en nuestro territorio. Más de la mitad de ellas viven en Zaragoza capital y el resto se reparten por la geografía española dependiendo de su área de procedencia. Así, las iberoamericanas, las magrebíes y las subsaharianas viven en La Rioja como segundo lugar tras la capital aragonesa, quizás sea por ello que la tasa de abortos en esta comunidad se haya incrementado casi un punto en un año. Las europeas del este han hecho de Zaragoza provincia y sobre todo de Calatayud su segundo lugar de residencia. Esto demostraría que los colectivos inmigrantes se agrupan y viven en

---

<sup>34</sup> La tasa de abortos se calcula teniendo en cuenta las mujeres que viven en una determinada Comunidad Autónoma, sin valorar dónde se realizan el procedimiento.



zonas donde ya se asienta una población de su mismo origen y cultura, que hace más fácil la adaptación y la comunicación y la práctica de sus costumbres.

### **7.5 - Edad**

Existen estudios que señalan que cada año desciende la edad de las mujeres que se someten a un aborto provocado<sup>74</sup>. Así desde 1991 hasta 2001 la edad del primer aborto se adelantó de 29 a 27 años mientras la edad del primer hijo se retrasó de 27 a 29 años<sup>75</sup>.

En el año 2002, según la CLÍNICA DATOR<sup>76</sup> el 40% de las mujeres que abortaban tenían entre 18 y 25 años. En el año 2004,<sup>65</sup> la misma clínica daba cifras del 44,3% para el mismo rango de edad. Las menores de 18 años suponían un 2,3% del total de las mujeres que abortaban, entre 26 y 35 años estaban el 42,3% y sólo un 11,1% tenían más de 35 años. La media de edad rondaba los 27,1 años.

En la Comunidad de Madrid,<sup>77</sup> los abortos entre las españolas adultas, mayores de 25 años, han descendido un 6% en el año 2004. En ese año y en esa misma comunidad, el 10,4% de las mujeres que abortaron tenían entre 15 y 19 años, el 26,1% entre 20 y 24 años, el 25,6% entre 25 y 29 años y el 19,8% entre 30 y 34 años.

El grupo de edad más numeroso a nivel nacional y aragonés, en 2004, tenía entre 20 y 24 años<sup>78</sup>. Era menor la proporción de mujeres menores de 24 años en Aragón que en España, sin embargo, la relación era inversa entre las mayores de 25 años. En el 2005, se observa una disminución en el número de aragonesas menores de 15 años y entre 25 y 44 años que se sometieron a un aborto, pero existió un incremento en los rangos de edad de 15 a 24 y de más de 44 años. Esto significa que cada vez se aborta a edades más extremas en Aragón. La tendencia a nivel nacional, por el contrario, es la opuesta, objetivándose un aumento de los abortos entre los 25 y 35 años.



RANGO DE EDADES DE LAS MUJERES QUE ABORTARON EN ESPAÑA Y ARAGÓN. AÑOS 2004 Y 2005				
AÑO	2004		2005	
Edad	España	Aragón	España	Aragón
< 15 años	0,43%	0,43%	0,46%	0,25%
15 – 19 años	13,74%	10,62%	13,59%	11,99%
20 – 24 años	26,43%	25,92%	25,98%	26,60%
25 – 29 años	23,90%	24,74%	24,39%	23,83%
30 – 34 años	17,90%	18,60%	17,95%	18,48%
35 – 39 años	12,44%	13,53%	12,40%	13,30%
40 – 44 años	4,80%	5,66%	4,82%	4,96%
> 44 años	0,37%	0,47%	0,42%	0,58%

Tabla nº 117: Edad de las mujeres que abortan en España y Aragón en los años 2004 y 2005. (Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín estadístico de interrupciones voluntarias del embarazo)

En nuestro estudio la edad media de las mujeres que abortan en Aragón es de 27,8 años, un año superior al dato dado por la Clínica Dator en 2004. El rango de edad más frecuente en nuestra muestra es el comprendido entre las 25 y 30 años, siendo tan sólo superior en medio punto al de los 20 – 24 años. Así, más de la mitad de las mujeres que abortan están en la década de los veinte. El porcentaje de menores de 20 años es de 11% y las mayores de 35 años son el 18,6%, de las que el 5% tienen más de 40 años. Ésto muestra que, con los años, se ha incrementado el número de usuarias en las edades límite. Hay ocho mujeres (0,3%) menores de 14 años y 145 por encima de 40 años, lo que aumenta la edad media.

Estos datos tienen una lectura positiva en cuanto a lo que puede significar de acceso a los servicios, pero al mismo tiempo una negativa en cuanto a la cantidad de embarazos no deseados en los rangos de edad más extremos. El 74% de los embarazos entre las mujeres de 15 a 19 años acaban en aborto, la cifra disminuye al 64% en el grupo de edad entre 20 y 24 años<sup>79</sup>.



Nos parece interesante señalar que el 15% de los chicos españoles ya habían mantenido relaciones sexuales a los 15 años (14,8% de las chicas y el 18% de los chicos)<sup>80</sup>. Este dato nos alienta a proponer programas de educación sexual a edades más tempranas y adaptados a sus destinatarios. No deberíamos olvidar a las mujeres perimenopáusicas. Tienen una vida sexual activa y pueden quedarse embarazadas. Se trata de una población que necesita programas de anticoncepción específicos para sus características.

La edad media de las inmigrantes que se sometieron a un aborto en nuestra comunidad no difiere de la de las españolas. Ahora bien, hay que señalar que las usuarias de menor edad en el primer grupo tenían 13 años y procedían de Iberoamérica, Europa del Este y Asia, frente a los 14 de las del segundo grupo. Sin embargo, tanto la española como la extranjera (magrebí) de mayor edad tenían 46 años.

Lo que también observamos es que las españolas que abortan lo hacen a edades más tempranas que las inmigrantes, pero el grupo de más de 40 años es mayor entre las nacionales. Hay que señalar que aunque la edad media no difiera entre los dos grupos, sí que son diferentes los rangos de edad a los que más frecuentemente abortan en ambas poblaciones. Las extranjeras se someten a un aborto algo más tarde debido a la edad a la que emigran. Las diferencias, si tenemos en cuenta las áreas geográficas de procedencia no son significativas, aunque cabe destacar que son las magrebíes las que presentan un porcentaje de mayores de 40 años más elevado.

Por lo tanto, se pone de manifiesto que las edades a las que las mujeres abortan no difieren en dependencia de ser o no españolas. Aunque, en nuestro estudio, la edad media y los rangos de edades que con mayor frecuencia presentan las usuarias muestran pequeñas diferencias con los datos obtenidos en la bibliografía.



## 7.6 – Tipo de convivencia

Dada la nomenclatura empleada en este apartado será difícil comparar datos entre los estudios. La mayoría de los trabajos no tienen en cuenta el tipo de convivencia pero sí su estado civil (casada, soltera, divorciada, separada y viuda). Sin embargo, nos pareció, desde un principio, mucho más interesante conocer cuál era la relación mantenida con su pareja, independientemente de las características legales de la unión. Así, las mujeres podían estar separadas, viudas o solteras y vivir con su pareja, tener un novio, una pareja esporádica o haber mantenido relaciones con un amigo.

De esta forma, nos acercábamos más a la realidad social existente en nuestra comunidad y facilitaba la recogida de datos entre las mujeres inmigrantes, ya que la mayoría de ellas por tradición, cultura o situación personal no tienen el mismo esquema legal en este tema.

Según el CENTRO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS<sup>75</sup>, en 2002, el grupo de mujeres que viven solas aún representa, en valores absolutos, el 54,4% de todas las interrupciones. Sin embargo, es mayor el factor de multiplicación en la cifra de abortos provocados entre las mujeres que mantienen una unión de hecho (2,8‰), que entre aquellas que no comparten hogar con sus parejas (1,7‰) o que están casadas (1,2‰).

La CLÍNICA DATOR<sup>65</sup>, en 2004, señalaba que el 84 % de las mujeres que abortan y aceptan someterse al estudio tenían una relación estable. El 62,78% son solteras, el 25,32% están casadas, el 8,35% separadas, el 3,29% se han divorciado y el 0,25% son viudas.

En 2005, el MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO<sup>69</sup>, muestra que las tasas mayores de abortos provocados, a nivel nacional, tienen lugar en el grupo cuya situación civil es de separadas o divorciadas. Sin embargo, se asiste a un descenso en las tasas de interrupciones entre estas últimas desde 1991 y a un ascenso entre las solteras.

En Aragón, los datos aportados por el MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO<sup>61,78</sup> correspondientes a los años 2004 y 2005, muestran un aumento del porcentaje de mujeres casadas, separadas y divorciadas entre las usuarias y un descenso en las solteras. Esta tendencia es contraria a la observada en el resto del país.



ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ARAGONESAS QUE ABORTARON EN LOS AÑOS 2004 Y 2005		
Estado civil	2004	2005
Soltera	59,95%	55,78%
Casada	31,49%	34,26%
Divorciada/Separada	7,83%	9,10%

Tabla nº 118: Estado civil de las mujeres que se someten a un aborto en Aragón en los años 2004 y 2005. (Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín estadístico de interrupciones voluntarias del embarazo)

En nuestro estudio, el 85% de las mujeres que abortan mantienen una relación estable, el 50% viven con sus parejas y el resto tiene novio. Le siguen en orden de frecuencia las usuarias cuyo embarazo ha sido fruto de una relación esporádica (8,2%).

Evidenciamos que las españolas que se someten a un aborto viven menos en pareja que las inmigrantes y que son las primeras las que con mayor frecuencia mantienen relaciones esporádicas, bien sea con un amigo, el novio o la anterior pareja.

Los datos comentados en el párrafo anterior coinciden con la bibliografía estudiada, en la que se observa un cambio en las extranjeras, que con el transcurrir de los años se parecen cada vez más a las españolas. Así, en 1997<sup>64</sup>, más de de la mitad (58,3%) de las inmigrantes que abortaban estaban solteras, el 41,6% estaban casadas o convivían en pareja y el 8,24% eran separadas o divorciadas. Sin embargo, en el año 2002<sup>76</sup>, la cifra de solteras había aumentado hasta la cifra de 70,2% y las casadas y separadas habían descendido al 28,1% y 1,7% respectivamente. En cambio, casi el total de las españolas estaban solteras (93%).

Al analizar el tipo de convivencia de las mujeres inmigrantes que se someten a un aborto, se observa que son las europeas las que con mayor frecuencia viven en pareja, mientras que las iberoamericanas y subsaharianas son las que quedan embarazadas de su anterior pareja o de una relación esporádica. Estas características coinciden con el tipo de relaciones que estas culturas establecen con el sexo contrario.



### 7.7 – Nivel académico

La tasa de abortos más alta en 2001<sup>69</sup> correspondió a las usuarias que habían cursado el segundo ciclo de estudios. Se observa, en el mismo año, una tendencia al alza entre las mujeres con niveles educativos más bajos y un descenso en las que poseen estudios superiores. Estos datos se mantienen en 2004, pues el 19,75% de las mujeres que se sometían a un aborto tenía estudios universitarios, el 74,68% había llegado al segundo ciclo y tan sólo un 5,32% de las usuarias habían cursado estudios básicos. No hubo ningún caso de analfabetismo<sup>65</sup>.

Nosotros encontramos datos similares. El porcentaje de mujeres universitarias fue del 13,2%, lo que supone una cifra menor que la objetivada hace dos años. Cabe señalar que no hay prácticamente diferencias entre las usuarias con estudios primarios y secundarios (42,4% y 41,6% respectivamente) lo que ratificaría la tendencia descendente de la tasa de abortos entre el colectivo con estudios superiores y el aumento entre los niveles educativos inferiores.

Ahora bien, ninguno de los estudios que se citan con anterioridad incluyen a nuestra Comunidad Autónoma.

En Aragón se ha observado, en los dos últimos años, una tendencia al alza de los abortos provocados entre las mujeres con estudios primarios y sin estudios. Mientras que las usuarias con títulos universitarios se mantienen prácticamente en el mismo porcentaje. Sin embargo, existe una disminución de las mujeres analfabetas y con estudios secundarios que se someten a un aborto<sup>61,78</sup>.



ESTUDIOS DE LAS ARAGONESAS QUE ABORTARON EN LOS AÑOS 2004 Y 2005		
Nivel de instrucción	2004	2005
Analfabeta	0,08%	0,04%
Sin estudios	0,32%	1,71%
Estudios primarios	3,38%	10,45%
Estudios secundarios	82,29%	73,03%
Estudios universitarios	13,8%	14,00%

Tabla nº 119: Nivel de instrucción entre las mujeres que abortaron en Aragón en los años 2004 y 2005.  
(Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín estadístico de interrupciones voluntarias del embarazo)

Esto no difiere de lo encontrado en el resto del Estado español. Así, se confirma el aumento de las usuarias con niveles académicos inferiores que abortan. Quizás este hecho se deba al aumento de la tasa de inmigrantes que se someten a una interrupción del embarazo. Es bien sabido que las extranjeras que acuden a nuestro país presentan menor nivel educativo que las españolas.

No hay que olvidar, además, que cada vez se va haciendo más evidente el cambio en la situación social de las mujeres. El matrimonio y la maternidad se van retrasando entre aquellas en las que su educación y su profesión son prioritarias. Hasta que no consiguen una estabilidad económica y han alcanzado unas metas laborales determinadas no se plantean el tener hijos.

Reseñable es que en nuestro trabajo sí que existen mujeres analfabetas y sin estudios. Se observa, al proseguir el análisis de los datos, que todas las usuarias que se encuentran en el primer grupo son inmigrantes que proceden de Iberoamérica y del Magreb. La proporción de las que no tienen estudios es tres a uno a favor de las extranjeras y su origen es mayoritariamente magrebí, europeo occidental y subsahariano. Las universitarias predominan también entre las usuarias procedentes de la Europa de los quince, aunque, habría que tener en



cuenta que el número de mujeres que pertenecen a este grupo es pequeño ( $n = 21$ ), con lo que las cifras pueden inducir a engaño.

La información reflejada con anterioridad pone de manifiesto que el aborto es mayor entre mujeres con niveles educativos medios – inferiores, sobre todo a expensas de las inmigrantes. La educación recibida por éstas explica cuál es la situación a la que la mujer está sometida en sus culturas de origen. Las mujeres son amas de casa, su trabajo consiste en ser madres y cuidar de sus hijos y parejas, con lo que el ir a la escuela es un lujo no al alcance de todas.

Las magrebíes, las subsaharianas y las asiáticas son las extranjeras que más dificultades tienen con el castellano, lo que podría explicarse por el escaso bagaje educativo con el que llegan a España y por tener un menor contacto con la población autóctona.

Las iberoamericanas compensan sus carencias educativas con el conocimiento y dominio del español, al ser, en la mayoría de los casos, su lengua materna.

Lo que se refleja es que la disminución de la tasa de abortos entre las mujeres con mayor nivel académico se debe al aumento del número de extranjeras, con un menor grado de formación, que se someten a un aborto.

## **7. 8 – Situación laboral y tipo de trabajo de la mujer**

Al igual que hicimos en el apartado de resultados, dividiremos este epígrafe en dos partes. En la primera analizaremos la situación laboral de las mujeres que se someten a un aborto y en la segunda el tipo de trabajo que desarrollan. De esta forma, ahondaremos en las circunstancias personales que pueden influir en la toma de decisiones en determinadas circunstancias como ésta.

### 7. 8. 1 – Situación laboral

Este epígrafe muestra la procedencia de los ingresos económicos de las mujeres. Las opciones no son extensas, ya que pueden ser asalariadas o bien autónomas que contraten o no personal.



Según la CLÍNICA DATOR<sup>65</sup>, en 2004, más de la mitad de las mujeres que acudían a su clínica a practicarse un aborto pertenecían al primer grupo (71,1%), el 15,2% estaban en el paro, el 7,8% eran estudiantes, el 3,3% realizaban trabajos domésticos y tan solo un 1% eran empresarias.

Coincide con los datos presentados por la Clínica Dator, la información de la que dispone el MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO<sup>61,78</sup> en los años 2004 y 2005. Así, el mayor porcentaje de mujeres que se someten a un aborto provocado son asalariadas. En menor proporción se encuentran las paradas, las estudiantes y aquellas que se dedican al trabajo doméstico, siendo mínima la cantidad de empresarias.

SITUACIÓN LABORAL DE LAS MUJERES QUE ABORTARON EN ESPAÑA. AÑOS 2004 Y 2005		
Situación Laboral	2004	2005
Profesional que emplea	0,65%	0,57%
Profesional que no emplea	1,83%	1,59%
Asalariada	56,43%	58,60%
Pensionista	0,37%	0,34%
Estudiante	11,88%	11,67%
Parada	14,61%	13,70%
Trabajo doméstico	12,16%	11,70%

Tabla nº 120: Situación laboral de las mujeres que abortaron en España en 2004 y 2005.  
(Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín estadístico de interrupciones voluntarias del embarazo)

En Aragón la situación narrada no difiere de lo constatado en el resto de la geografía nacional. Son las mujeres asalariadas las predominantes, superando su porcentaje al contemplado en el total del Estado español. Aunque las diferencias son mínimas, se advierte un número menor de usuarias pensionistas, estudiantes, profesionales que emplean personal y las que se dedican al trabajo doméstico en Aragón. Mientras, que es mayor la proporción de empresarias sin cargas salariales<sup>61,78</sup>.



Al mismo tiempo se objetiva un incremento, en estos dos últimos años, de empresarias con trabajadores a su cargo, de estudiantes y de trabajadoras domésticas y un descenso en el colectivo de pensionistas y paradas<sup>61,78</sup>.

SITUACIÓN LABORAL DE LAS MUJERES QUE ABORTARON EN ARAGÓN. AÑOS 2004 Y 2005		
Situación Laboral	2004	2005
Profesional que emplea	0,12%	0,33%
Profesional que no emplea	2,08%	2,08%
Asalariada	63,1%	63,23%
Pensionista	0,27%	0,14%
Estudiante	9,28%	9,40%
Parada	17,62%	14,90%
Trabajo doméstico	7,04%	9,07%

Tabla nº 121: Situación laboral de las mujeres que abortaron en Aragón en 2004 y 2005. (Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín estadístico de interrupciones voluntarias del embarazo)

MARGARITA DELGADO, en 2005, ratificaba estos datos. En su estudio, el trabajar por cuenta ajena era el principal determinante entre las mujeres que residen en España a la hora de optar por interrumpir su embarazo<sup>75</sup>.

Nuestro estudio muestra cifras similares. Son las mujeres asalariadas las que figuran en un mayor porcentaje (64,7%), seguidas por las paradas, trabajadoras domésticas y estudiantes. Es importante destacar la tendencia ascendente de las usuarias profesionales que emplean personal (0,8%), aunque siguen suponiendo una minoría entre las mujeres que se someten a un aborto. Entre el resto de las situaciones laborales no existen grandes diferencias con respecto a los estudios consultados.

La CLÍNICA DATOR<sup>76</sup>, en 2002, realizó un trabajo entre las mujeres menores de veinticinco años que acudieron a su clínica a someterse a un aborto. En él observó que un 60% de las españolas y las inmigrantes trabajaban por cuenta ajena. El mismo porcentaje de españolas



eran estudiantes y paradas (20%), frente al 14% de estudiantes y el 24,5% de paradas entre las extranjeras.

Entre las españolas y las inmigrantes de nuestro estudio no se aprecian divergencias respecto al porcentaje de mujeres asalariadas. Sin embargo, no ocurre lo mismo si analizamos las demás circunstancias. Son el doble las inmigrantes que se dedican al trabajo doméstico. Aunque la diferencia no sea tan significativa, también es mayor el número de mujeres no españolas paradas. En cambio, entre las españolas es tres veces mayor el porcentaje de profesionales y el doble el número de pensionistas y estudiantes. En el seno del colectivo inmigrante la situación laboral es independiente del área geográfica de procedencia.

#### 7. 8. 2 – Tipo de trabajo

No hemos podido encontrar en la bibliografía un estudio que analizara el tipo de trabajo de las mujeres que se someten a un aborto en España.

Tan solo el trabajo realizado en 2004 por la FUNDACIÓN MUJERES Y LA CLÍNICA DATOR<sup>65</sup> indica que el 13,1% de las usuarias de su centro se dedican a la prostitución, siendo el 87% de ellas inmigrantes.

Sin embargo, esta cifra no se ha visto corroborada por nuestros datos, ya que solamente el 0,9% de las usuarias que se sometieron a un aborto en Aragón eran prostitutas, y además todas eran inmigrantes.

Cabe destacar que son los trabajos en los que se necesita menos nivel académico aquellos más frecuentes entre las usuarias que abortan en nuestra Comunidad Autónoma. Si analizamos este dato teniendo en cuenta su condición de nacionales o extranjeras, la característica comentada con anterioridad cobra mayor importancia, puesto que son las inmigrantes las que realizan trabajos con peores horarios y menor salario (v.g. trabajo domésticos, agricultura y cuidado de niños y ancianos). Por el contrario las españolas se dedican a empleos que requieren mayor cualificación.



El área de procedencia de las mujeres muestra, en este terreno, diferencias significativas. Así, las europeas occidentales son las que tienen un trabajo más parecido al de las españolas.

No cabe duda de que, a pequeña escala, las mujeres que abortan son un claro reflejo del total de la población. Las inmigrantes asumen trabajos que las españolas ya no desean. Este hecho se ve favorecido por su menor nivel educativo, su situación de irregularidad y su necesidad de conseguir ingresos para subsistir en España y poder ayudar a los familiares que han dejado en sus países de origen. Dentro del grupo inmigrante se ha de matizar el caso de las inmigrantes de Europa occidental, cuya motivación migratoria posiblemente no haya sido económica sino laboral o sentimental.

El nivel de ingresos y el trabajo realizado son importantes para poder entender las diferentes razones esgrimidas por las mujeres para someterse a un aborto (cfr. Punto 7. 16).

#### **7. 9 – Situación laboral de la pareja o sustentador**

Este epígrafe se refiere al trabajo realizado por la pareja o por la persona de la que dependen las mujeres que se someten a un aborto, independientemente de su parentesco.

Hay casos en los que esta figura no existe, ya que tienen sus propios ingresos y no viven en pareja, por lo que no se tuvieron en cuenta.

Al igual que ocurre con la situación laboral de la mujer, son los asalariados los que suponen más de la mitad de las parejas o sustentadores. La estadística no difiere del año 2004 al 2005 a nivel nacional<sup>61,78</sup>.



SITUACIÓN LABORAL DE LAS PAREJAS/SUSTENTADORES DE LAS MUJERES QUE ABORTARON EN ESPAÑA. AÑOS 2004 Y 2005		
Situación Laboral	2004	2005
Profesional que emplea	1,81%	1,50%
Profesional que no emplea	2,35%	2,28%
Asalariada	64,37%	65,29%
Pensionista	1,30%	1,34%
Estudiante	0,97%	0,94%
Parada	3,58%	3,31%
Trabajo doméstico	0,12%	0,10%

Tabla nº 122: Situación laboral de las parejas/sustentadores de las mujeres que abortaron en España.  
(Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín estadístico de interrupciones voluntarias del embarazo)

En Aragón, las cifras no varían significativamente<sup>61,78</sup>, aunque es remarcable la existencia de un mayor número de asalariados y estudiantes y un menor porcentaje de empresarios, pensionistas, parados y trabajadores domésticos.

Además, sí que se aprecian diferencias entre los años 2004 y 2005 al constatar un incremento considerable de estudiantes, dato éste que guarda directa relación con el aumento de abortos encontrados entre las mujeres que están estudiando en nuestra muestra. Un aumento, aunque menos llamativo, se evidencia en el resto de situaciones laborales, exceptuando la de profesionales que emplean personal, entre las que se objetiva un importante descenso. Quizás se deba a que la tasa de abortos entre inmigrantes aumenta cada año y el tipo de trabajo de sus parejas o sustentadores se equipara al suyo, asalariado o autónomo en un negocio familiar.



SITUACIÓN LABORAL DE LAS PAREJAS/SUSTENTADORES DE LAS MUJERES QUE ABORTARON EN ARAGÓN. AÑOS 2004 Y 2005		
Situación Laboral	2004	2005
Profesional que emplea	0,98%	0,47%
Profesional que no emplea	2,0%	2,62%
Asalariada	74,15%	76,05%
Pensionista	0,74%	0,87%
Estudiante	0,27%	1,82%
Parada	1,73%	2,2%
Trabajo doméstico	0,04%	0,07%

Tabla nº 123: Situación laboral de las parejas/sustentadores de las mujeres que abortaron en Aragón. (Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín estadístico de interrupciones voluntarias del embarazo)

En nuestro estudio 796 mujeres (27,5%) no tenían una pareja estable con la que vivir o eran independientes económicamente. Este porcentaje es mayor al mostrado en años anteriores por el MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO<sup>61,78</sup>, siendo de 12,47% y 14,65% en el año 2004 y 2005 respectivamente, por tanto, asistimos a la consolidación y aumento de la emancipación femenina.

Las parejas o sustentadores que conviven con las mujeres que se sometieron a un aborto eran, en un 89,2% asalariadas.

Si tenemos en cuenta la procedencia de las mujeres que se someten a un aborto, sólo se observan diferencias en la situación laboral de sus parejas o sustentadores en el apartado de empresarios, siendo tres veces mayor el número de españolas que de inmigrantes que dependen económicamente o que tienen parejas en esta circunstancia. No existe divergencia al estudiar a las inmigrantes según su área de procedencia.

Debemos aclarar que aunque las cifras obtenidas en nuestro estudio y las presentadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo parece que difieren, en realidad no es así, ya que nosotros al obtener el porcentaje válido no hemos tenido en cuenta a las mujeres que no tienen



pareja o sustentador, mientras que el Ministerio lo incorpora como un apartado más, disminuyendo el porcentaje de las demás casillas.

### **7. 10 – Número de hijos**

En este apartado procederemos a analizar no sólo el número de hijos que han tenido las mujeres que se someten a un aborto, sino también si éstos son menores que viven o no con ellas. Pretendemos, con ello, profundizar en las circunstancias que rodean a la mujer y que pueden influir en su decisión.

#### 7. 10. 1 – Hijos

Lo más frecuente es que las mujeres que interrumpen de forma provocada su embarazo no tengan descendencia.

La FUNDACIÓN MUJER, junto con la CLÍNICA DATOR, en 2004, ofrecía cifras en las que el 51,16% de las mujeres que abortaban eran nulíparas. De las restantes 48,84%, la mitad sólo tenían un hijo<sup>65</sup>.

El MINISTERIO DE SANIDAD da datos similares. Ahora bien, se ha de matizar al observar que la tendencia nacional es descendente entre las mujeres que no tienen ningún hijo y ascendente entre las secundíparas. No se observan cambios entre las que han estado embarazadas más de una vez. En Aragón, sin embargo, siguen siendo las mujeres sin hijos las que mayor porcentaje representan de todas las usuarias de las Clínicas que realizan abortos provocados<sup>61,78</sup>.



HIJOS MUJERES ESPAÑOLAS QUE ABORTARON EN 2004 Y 2005		
Hijos	2004	2005
0	50,31%	49,82%
1	23,49%	24,22%
2	17,68%	17,68%
3	5,65%	5,58%
4	1,65%	1,65%
5 o más	0,87%	0,96%

Tabla nº 124: Número de hijos de las mujeres que abortan en España. Años 2004 y 2005. (MSC)

HIJOS MUJERES ARAGONESAS QUE ABORTARON EN 2004 Y 2005		
Hijos	2004	2005
0	51,1%	51,66%
1	25,21%	25,15%
2	16,99%	17,78%
3	4,88%	4,52%
4	1,26%	0,76%
5 o más	0,55%	0,62%

Tabla nº 125: Número de hijos de las mujeres aragonesas que abortan. Años 2004 y 2005. (MSC)

Nosotros hemos obtenido una media de hijos por mujeres de 0,87. La mitad de las mujeres que se sometieron a un aborto en Aragón no tenían hijos. Si comparamos nuestros datos con los publicados por el Ministerio de Sanidad, en 2005, es reseñable que se aprecia un menor número de mujeres nulíparas y primíparas (23,7%) y un mayor porcentaje de usuarias con más de dos hijos (19% con dos hijos, 5,1% tres, 1,4% cuatro y 0,8% cinco o más) en el estudio que presentamos .

Las diferencias encontradas se deben a que, como ya señalamos, el número de inmigrantes que se someten a un aborto aumenta. Ellas tienen más hijos que las españolas, por lo que se justifica que se incremente el número de mujeres con más de un hijo que abortan. Las primeras alcanzan una media de un hijo por mujer. En cambio, las españolas arrojan un 0,66.

Las diferencias encontradas en cuanto al número de hijos en las inmigrantes según su área geográfica de procedencia no son estadísticamente significativas; aunque, no es despreciable el dato de que sean las europeas del este, las iberoamericanas y las magrebíes las que posean un mayor número de hijos. La media más alta corresponde a las inmigrantes procedentes de Europa Occidental, debiéndose al tipo de inmigración y situación personal. Éstas últimas acuden a España por motivos sentimentales o laborales, a una edad mayor, así que una vez ya



han cumplido su deseo genésico se someten a un aborto. En cambio, las inmigrantes de otras zonas cuyo motivo migratorio, en la mayoría de los casos, es económico, ya han tenido más de un hijo en su país de origen o cuando llegan a España son todavía muy jóvenes como para haberse quedado embarazadas con anterioridad.

La  $p$  es igual a 0,07, seguramente sería menor de 0,05 si tuviera una mayor representación de mujeres asiáticas y europeas occidentales. Para ello se tendría que ampliar la muestra, teniendo en cuenta el porcentaje de esta población que vive en Aragón y aborta.

La bibliografía encontrada no difiere a lo analizado en nuestro estudio, en el que el 61,9% de las españolas y el 37,8% de las inmigrantes no tienen hijos anteriores al aborto. Así, la ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS ACREDITADAS PARA LAS INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO (ACAI), en 2006, mostraba que el 64% de las extranjeras que abortaban sí que los tenían<sup>68</sup>.

Los datos aportados por la CLÍNICA DATOR difieren a los nuestros. En su estudio, datado en 2002, sólo incluye a mujeres menores de 25 años, por lo tanto, es normal que presenten datos con un menor porcentaje de usuarias inmigrantes (47%) y españolas (18%) con hijos<sup>76</sup>. En el realizado en 1997, la proporción de mujeres inmigrantes sin hijos fue del 47,4%<sup>64</sup>. Quizás esta proporción inferior a la obtenida en 2006 por nosotros se deba a que hace una década la mayoría de los inmigrantes eran hombres y, si eran mujeres las que acudían a España, éstas no tenían cargas familiares en sus países de origen. Lo que muestra un cambio en el flujo migratorio que opta por acudir a nuestro territorio.

#### 7. 10. 2 – Hijos menores

En nuestro estudio casi el total de los hijos son menores (98,2%). Las inmigrantes presentan medias más elevadas (1,03) que las españolas (0,65).

Así con todo, lo principal de este apartado es analizar la convivencia de dos generaciones. El tener hijos dependientes y que éstos no convivan con sus madres influye en las motivaciones que conducen a una mujer a someterse a un aborto, de ahí la importancia de este apartado.



Se observa que son las inmigrantes las que menos relación tienen con sus descendientes menores, siendo las iberoamericanas, las europeas del este y las subsaharianas las que con mayor frecuencia emigran solas, para poder conseguir dinero que ayude a mantener a sus familiares, quedándose sus hijos al cuidado de algún pariente en sus localidades de origen. Sin embargo, las magrebíes son las que más contacto tienen con ellos ya que al trasladarse a España lo hacen con toda la familia. Mientras que las primeras, con mayor frecuencia, acuden a España solas.

Las diferencias más significativas se observan entre las iberoamericanas y las magrebíes. El concepto de familia difiere en ambas culturas. Para las primeras se trata de un núcleo en muchos casos monoparental y matriarcal. Son las madres, las abuelas y las hermanas las que lo configuran. Mientras que, para las segundas, se trata de un grupo más amplio en el que la figura masculina y el matrimonio son primordiales.

### **7. 11 – Abortos anteriores**

Consideramos que el aborto debería ser la última opción de la planificación familiar. En un primer momento, se tendería a pensar y sería lo más aconsejable que una mujer que se ha sometido a una interrupción provocada de su gestación no recurriera de nuevo a este procedimiento al existir múltiples mecanismos para evitarlo. Sin embargo, los datos muestran una realidad contraria, por lo que habría que preguntarse las causas de este fallo. Por ello le concedemos importancia a este epígrafe.

Según el CENTRO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS<sup>75</sup>, los abortos provocados crecen más entre quienes ya han pasado por esa experiencia que entre quienes la afrontan por primera vez.

La cifra de mujeres que optaron por abortar por primera vez en el periodo entre 1991 y 2001 se multiplicó por 1,58, mientras que dichas cifras, en las reincidentes se multiplicó por 2,13, siendo un 2,78 el número de mujeres que se sometieron por tercera vez a un aborto.

En 1991, una de cada cinco mujeres que decidían interrumpir su embarazo lo hacían por lo menos por segunda vez. En 2001 eran ya una de cada cuatro.



De las usuarias entre 30 y 39 años, en 2001, un 9% abortaban por tercera vez. Pero, quizá lo más significativo sea que, en ese mismo año, el 10% de las adolescentes que optaron por finalizar su gestación eran reincidentes.

Las cifras, aportadas por el MINISTERIO DE SANIDAD<sup>61,78</sup> correspondientes a los años 2004 y 2005 muestran, a nivel nacional, una disminución en el número de mujeres que se someten a un aborto provocado por primera vez y un aumento entre aquellas que ya se han sometido a esta práctica por segunda, tercera y cuarta vez.

Entre las aragonesas llama la atención el incremento de las usuarias que no habían abortado anteriormente. Ahora bien, dicho incremento es mayor en el grupo de las que habían reincidente dos o más veces. Sin embargo, se observa una disminución de las mujeres que recurren a este método por segunda vez (un aborto anterior).

ABORTOS EN LAS MUJERES ESPAÑOLAS QUE ABORTARON EN 2004 Y 2005		
Abortos	2004	2005
0	71,89%	70,38%
1	20,18%	21,20%
2	5,06%	5,54%
3	1,39%	1,63%
4	0,60%	0,59%
5 o más	0,46%	0,57%

Tabla nº 125: Número de abortos en las usuarias españolas. Años 2004 y 2005 (MSC).

ABORTOS EN LAS MUJERES ARAGONESAS QUE ABORTARON EN 2004 Y 2005		
Abortos	2004	2005
0	71,04%	70,74%
1	18,84%	18,51%
2	3,93%	5,39%
3	1,77%	2,84%
4	0,83%	1,24%
5 o más	0,59%	1,29%

Tabla nº 126: Número de abortos en las usuarias aragonesas. Años 2004 y 2005 (MSC).

En nuestro estudio, el número de mujeres que acudían a realizarse un aborto por primera vez fue del 65,6%; cifra muy inferior a la mostrada por la tabla nº 124. La media es de 0,58 abortos por usuaria con un rango que oscilaba entre ninguno y quince. Se confirma además



que cada año es mayor la recurrencia, puesto que el 21,6% ya lo había realizado una vez con anterioridad, el 8,1% dos, tres el 2,6%, cuatro el 0,7% y en 1,4% al menos en cinco ocasiones previas habían recurrido a una interrupción provocada de su embarazo.

Al profundizar, observamos que son las inmigrantes las que con mayor frecuencia abortan de forma repetida. Suponen el 54,4% frente al 23,6% de las españolas. A ello se suma que el número de abortos provocados anteriores es mayor entre las primeras. La media para las españolas es de 0,3, con un rango entre cero y ocho, y para las extranjeras de 0,7, con un rango cuyo máximo es quince.

Estos datos difieren con los encontrados en la literatura, ya que se han hallado proporciones mayores de recurrencia tanto en las españolas como en las inmigrantes. Se podría deber a la edad de las participantes en el primero y al año de realización de los siguientes hace ya más de un lustro.

La CLÍNICA DATOR<sup>76</sup>, en 2002, y con una población a estudio de menores de 25 años, ofrecía cifras de reincidencia del 26% entre las españolas, de las cuales el 17% reincidía por una vez y el 9% por segunda y del 19,3% (10,5% una vez, el 7% dos veces y el 1,7 tres veces) entre las inmigrantes.

En 1996 DOUVIER<sup>81</sup> señala que en Francia tan solo el 5,2% de las mujeres repetían. Mientras que en 2005 en España la cifra de extranjeras que ya habían tenido un aborto anterior ascendía al 42,2%<sup>68</sup>.

En nuestro estudio hemos ahondado un poco más en este apartado objetivando que son las asiáticas, con una media de 0,94, y las europeas orientales, con un aborto de media por mujer, las que más asiduamente recurren a este procedimiento. Al contrario, las magrebíes (0,5) y las europeas occidentales (0,3) son las que menos abortos tienen en sus historias obstétricas.

Las diferencias significativas se encuentran entre las mujeres procedentes de Asia y el resto de áreas geográficas, exceptuando Europa oriental, lo que confirma lo expuesto con anterioridad.



Al tener en cuenta el país de origen observamos que son las mujeres de estados de influencia comunista, donde el aborto ha sido y es un método más de planificación familiar, las que presentan una media mayor de recurrencia, en tanto que las oriundas de países donde la iglesia católica es y ha sido un pilar fundamental de la cultura, es menor la recurrencia.

Así son, por orden descendente, las chinas, las rusas, las cubanas, las rumanas y las búlgaras las mujeres que se han sometido a un aborto en mayor número de ocasiones. Las dominicanas, españolas, bolivianas, colombianas, peruanas, ecuatorianas, marroquíes y brasileñas son, por orden ascendente, las que menos abortos provocados se han practicado a lo largo de su vida reproductiva.

Mención aparte merecen las nigerianas y guineanas que, con una media de 1,2 y 0,9, entran dentro del primer grupo, caracterizado por un mayor número de abortos previos. Sin embargo, Nigeria y Guinea son países donde someterse a este procedimiento está gravemente penado, aunque la realidad muestra que su realización de forma clandestina es una práctica frecuente. Es de suponer, por tanto, que una vez estas mujeres se encuentran en un país más permisivo y con condiciones médicas seguras consideren el aborto un tipo más de método anticonceptivo.

Las europeas del este, en un 50%, se han practicado el aborto en su país de origen. En todas las demás usuarias la recurrencia ha aumentado una vez se han establecido en nuestro país.

Se ha de hacer hincapié en la educación sexual y los métodos anticonceptivos para que el aborto no se convierta en un medio más de planificación familiar. Este reto debe orientarse tanto al colectivo inmigrante como español, adaptando la información a las distintas formas de entender la maternidad, la sexualidad y la reproducción.



## 7. 12 – Empleo de métodos anticonceptivos

Tal y como hicimos en el apartado de resultados dividiremos esta sección en dos partes. La primera versará sobre el método anticonceptivo en el momento del aborto y la segunda ahondará en el uso de algún tipo de anticoncepción durante el año anterior a éste. En el caso en el que sí estuvieran usando alguna medida para evitar un embarazo no deseado se hará hincapié en la causa de su fallo o cese.

Cada vez es más temprana la edad a la que se comienzan a tener relaciones sexuales, por lo que la educación sexual se torna imprescindible a temprana edad. De hecho, en este terreno la situación es preocupante, como señala el PLAN DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD<sup>69</sup>, no solo por la caída cuantitativa de los contenidos sino porque éstos adolecen de deficiencias en la orientación dominante, que se reduce a los aspectos anatómicos y biológicos. Si bien, éstos son imprescindibles para el conocimiento del funcionamiento de los órganos genitales y el aparato reproductor, resultan insuficientes para ayudar a los y las jóvenes a comprender el mundo afectivo – sexual. Existe, en general, un abordaje que refuerza más los aspectos negativos, como prevenir riesgos y evitar problemas, que los positivos, vivir las relaciones de un modo más responsable, complejo y placentero.

Además, en nuestra opinión, se debería enfatizar en la igualdad de sexos para que se comprenda y asimile que los dos miembros de la pareja son actores en la toma de decisiones. Las relaciones sexuales son cosa de dos en igualdad de condiciones, se trata de una comunicación donde el juego, el placer y las responsabilidades se deben compartir.

A continuación analizaremos el porqué del número tan elevado de abortos provocados y si éstos podrían disminuir a través de la divulgación de los distintos métodos anticonceptivos y un mayor acercamiento a las parejas.



### 7. 12. 1 – Anticoncepción en el momento del embarazo

Un estudio realizado en 2002 entre los adolescentes españoles mostraba que el 90,6% de las chicas y el 89,8% de los chicos menores de 15 años utilizaban algún anticonceptivo en sus relaciones sexuales. De éstos, tan sólo el 1,5% de las mujeres y el 0,7% de los hombres utilizaron un método diferente al preservativo masculino<sup>80</sup>.

Sin embargo, en el mismo año, HERNÁN<sup>69</sup> puso de manifiesto que entre el 27% y el 46,5% de los jóvenes de 13 a 29 años habían declarado “no haber utilizado el preservativo en ninguna ocasión en sus tres últimas relaciones sexuales con penetración”. A pesar de los datos, en el contexto internacional los jóvenes españoles son los que más utilizaban el preservativo.

Un año más tarde, REAL HEREDIA *ET ALII*<sup>69</sup> señalan que el 26,4% de los y las jóvenes encuestados declaraban haber introducido en sus relaciones coitales prácticas anticonceptivas de dudosa eficacia, como el lavado vaginal y la marcha atrás.

CONDE<sup>69</sup>, en 2004, declaraba haber observado una cierta “relajación” en la “norma” discursiva que prescribe utilizar “siempre” el preservativo en el marco de una relación sexual que pueda conllevar algún riesgo.

En el mismo año la CLÍNICA DATOR<sup>65</sup> presentaba datos que referenciaban que el 38,2% de las mujeres que acudían a practicarse un aborto provocado no habían utilizado ningún método anticonceptivo. Entre las que sí lo usaron, el 49,6% se decantaron por el preservativo masculino, el 10,6% por la píldora, un 1% por el dispositivo intrauterino (DIU) y un 0,2% por el diafragma y la vasectomía. Así mismo, señalaba que el 31,3% de los hombres no sólo no ponían en marcha medidas anticonceptivas ni se responsabilizaban de la prevención del contagio de enfermedades de transmisión sexual, sino que se oponían al uso de las mismas e imponían a las mujeres relaciones de riesgo.

Este último dato es sumamente significativo pues resalta la necesidad y la importancia de educar en igualdad y de plantearnos un cambio en el abordaje de la anticoncepción.



Ya en el 2006, el EQUIPO DAPHNE<sup>82</sup> señala que el 28,8% de las mujeres españolas en edad fértil no utilizan ningún método anticonceptivo. Esta cifra se eleva al 53% entre los que tienen 15 y 19 años. Pone de manifiesto que el método más utilizado en España es el preservativo masculino (35,7%), seguido de la píldora (18,3%), la vasectomía (6,9%), la ligadura tubárica (5,3%), la marcha atrás (3,9%) y los métodos naturales (0,5%).

Nosotros hemos obtenido cifras más elevadas entre el grupo que no emplea métodos anticonceptivos (44,3%). Superan a las encontradas hace dos años por la CLÍNICA DATOR o a las mencionadas en el anterior trabajo del EQUIPO DAPHNE.

Entre los que empleaban anticonceptivos, el más frecuente es el preservativo masculino (37,9%), seguido a mucha distancia de los anticonceptivos hormonales orales (9,7%), los métodos naturales (2,3%), los parches (1,3%), el anillo vaginal (1%), el dispositivo intrauterino (0,6%), los inyectables y los espermicidas (0,3%) y la vasectomía (0,1%). Se trata de cifras inferiores a las mostradas por la CLÍNICA DATOR, lo que ratificaría lo señalado por CONDE, que tan solo en un 2,3% de las parejas el embarazo era deseado.

Son más del doble las inmigrantes (61,2%), que abortan en nuestra Comunidad Autónoma y no usan ningún método anticonceptivo que las nacionales (27,8%).

Este dato es algo superior al que muestra la bibliografía, en la que se señala que el 50% de las extranjeras, que interrumpieron su embarazo de forma provocada no usaban medios de planificación familiar<sup>68</sup>. En el 2002, la cifra era de 56,1%<sup>76</sup> y cinco años antes era del 36,9%<sup>64</sup>. Parece que, a pesar de la información y de la amplia oferta de métodos anticonceptivos que poseemos en la actualidad, no somos capaces de incidir en las parejas que acuden a nuestro país para convivir con nosotros, entre las que existe una mayor desorientación acerca de los métodos de planificación más idóneos.

Según la CLÍNICA DATOR<sup>76</sup> el preservativo era el método empleado por el 74% de las españolas y el 33,3% de las inmigrantes menores de 25 años y la píldora era usada por el 7% de las nacionales y el 8,8% de las extranjeras de la misma edad.

En nuestro trabajo, aunque el preservativo masculino es el método más utilizado, lo es tres veces más entre las españolas que entre las inmigrantes. Son estas últimas las únicas que



emplean los inyectables y los espermicidas. Entre los mecanismos más modernos, el parche tiene mayor aceptación entre las extranjeras y el anillo entre las nacionales. El resto de los anticonceptivos es empleado por igual entre ambas poblaciones. Estos datos no difieren de los encontrados en la bibliografía revisada.

En cuanto al área geográfica y país de origen de las inmigrantes las cifras coinciden con las encontradas en el apartado de abortos anteriores. Son las mujeres procedentes de los países de Asia (71,6%) y Europa del Este (66,8%) las que más veces mantienen relaciones sexuales sin protección y, por tanto, más recurrencia presentan. Podríamos afirmar que para ellas el aborto provocado es uno más de los métodos anticonceptivos.

Sin embargo, se observa como las marroquíes y las dominicanas son las mujeres que en un porcentaje de un 60,5% y un 73,7% respectivamente, más relaciones sexuales sin protección han mantenido y las que menor tasa de abortos provocados anteriores presentan. Quizás se deba a la implicación de la religión en su cultura que hace que los embarazos lleguen a su fin a pesar de las dificultades.

Son las cubanas las únicas mujeres en las que la planificación representa una mayor proporción que la no planificación. En todas las inmigrantes, independientemente de su origen, predomina el preservativo como método anticonceptivo (20%), exceptuando las magrebíes, que se decantan mayoritariamente por la anticoncepción hormonal oral (15%), debido, sobre todo, a la negativa de sus parejas a usar el preservativo y a que la responsabilidad de la planificación recaerá en ellas. Este hecho es predominante en determinadas culturas, pero todavía es visible en todos los países, incluido España, donde a pesar de los avances la mentalidad machista todavía persiste y se aprende.

Una vez identificadas las parejas que usaban algún método anticonceptivo, nos pareció fundamental averiguar cuál era la causa de su fallo, observando que no hay diferencias entre las españolas y las inmigrantes.

Es curioso que el 43,3% de las parejas que decían haber empleado el preservativo en sus relaciones sexuales con penetración no lo usaban de forma habitual, quedando reducida su



utilización prácticamente a la mitad. Sólo el 40% de las relaciones sexuales se habían realizado con protección. En el 16,7% se había roto y no se había utilizado correctamente en el 13,3% de los casos. Estos porcentajes dejan en relieve la necesidad de aconsejar no sólo un método anticonceptivo sino tomarse el tiempo en explicar cómo y cuándo se debe emplear.

Este último párrafo confirma los datos presentados por el MINISTERIO DE SANIDAD<sup>69</sup>, en los que el 31% de las parejas españolas declaró utilizar a menudo el preservativo pero no en todas las ocasiones y un 17,7% (el 14% de los chicos y el 21,6% de las chicas) manifestaron que el preservativo es eficaz aunque se colocara tras la penetración.

Tan sólo en el 24,4% de los casos se afirmó no saber la causa del fallo del condón.

En más de la mitad de los casos (56,8%) fue el olvido de una de las pastillas lo que produjo el fallo de la píldora. Las interacciones medicamentosas, las náuseas y los vómitos supusieron el 12,5% y el 4,4% respectivamente de los fallos de este método. Se solucionarían parcialmente dichos fallos con el uso de nuevos anticonceptivos como el anillo y el parche, que no ven modificada su absorción por los síntomas digestivos descritos con anterioridad y además no necesitan un recordatorio diario. Pero éstos también tienen sus problemas como, su mal uso (47,2% el parche y el 44,4% el anillo), el olvido (13,9% el parche y el 3,7% el anillo) y las interacciones medicamentosas (8,3% el parche y el 3,7% el anillo).

Únicamente no hubo causa aparente para el fallo de la píldora en un 10%, del parche en un 13,9% y del anillo vaginal en un 33,3% (quizá esta cifra se deba a que sería necesaria una muestra más amplia para analizar este dato).

#### 7. 12. 2 – Anticoncepción durante el año previo al embarazo.

Cuáles son los motivos que esgrimen las mujeres que se someten a un aborto provocado en Aragón para interrumpir el uso de los diferentes métodos anticonceptivos empleados durante el año previo al aborto, es lo que más nos interesa de este epígrafe.

Hay que destacar que es mayor el número de parejas que durante el año previo al aborto mantuvieron relaciones sexuales con protección (60,3%) que el que lo hizo en el momento de que se produjera el embarazo no deseado (55,7%). Esto significa que, durante ese tiempo,



algunas parejas dejaron de utilizar el método que venían empleando. Si esto no hubiera ocurrido se habrían evitado 145 embarazos no deseados.

Se hace necesario, por tanto, averiguar cuáles fueron las causas y así poder disminuir la tasa de abandonos.

Es importante reseñar que durante el año previo al aborto existe una disminución en el empleo de determinados métodos anticonceptivos. En el caso de la píldora esta reducción es de la mitad. Sin llegar a estas cifras el parche, el anillo vaginal, el dispositivo intrauterino, los implantes y los inyectables también sufren un descenso en su uso, lo que condiciona el aumento del preservativo y los métodos naturales. Al mismo tiempo se objetiva un incremento en el número de parejas que no planifican.

Anticonceptivos usados por las parejas que abortaron en el momento del embarazo no deseado y durante el año previo.		
Método anticonceptivo	Año previo al aborto	En el momento del embarazo
Ninguno	39,7%	44,3%
AHO	18,1%	9,3%
Parches	1,6%	1,3%
Anillo vaginal	1,6%	1,0%
Implantes	0% (1 caso)	0% (0 casos)
DIU	1,9%	0,6%
Preservativo	34,8%	37,9%
Método natural	1,4%	2,3%
Inyectables	0,7%	0,3%
Espemicidas	0,3%	0,3%
Vasectomía	0,1%	0,1%

Tabla nº 127: Métodos anticonceptivos empleados por las parejas que se someten a un aborto, durante el año previo y en el momento del mismo.



Es en las españolas en el colectivo que se observa un mayor cese en la toma de la píldora, el anillo vaginal, el parche y el dispositivo intrauterino con el consiguiente aumento del preservativo y los métodos naturales.

Sin embargo, en las inmigrantes, el descenso en la toma de los anticonceptivos hormonales orales es menor, mientras, disminuye drásticamente el uso de inyectables y del DIU. Se ponen de manifiesto las diferencias culturales en la selección de uno u otro método anticonceptivo. Esta elección se ve truncada una vez se encuentran en nuestro país, donde determinados anticonceptivos no son tan populares y conocidos por lo que se ven obligadas a cambiar de método dejando de usar el que venían utilizando, pudiendo derivar esta decisión en un embarazo no deseado.

ANTICONCEPCIÓN UTILIZADA POR LAS ESPAÑOLAS		
Método anticonceptivo	Año previo al aborto	En el momento del embarazo
Ninguno	25,2%	27,8%
AHO	18,6%	9,3%
Parches	1,3%	0,8%
Anillo vaginal	2,2%	1,1%
Implantes	0%	0%
DIU	1,8%	0,7%
Preservativo	50%	53,8%
Método natural	0,7%	2,4%
Inyectables	0,1%	0%
Espermicidas	0%	0%
Vasectomía	0,1%	0,1%

Tabla nº 128: Métodos anticonceptivos empleados por las parejas españolas que se someten a un aborto.

ANTICONCEPCIÓN UTILIZADA POR LAS INMIGRANTES		
Método anticonceptivo	Año previo al aborto	En el momento del embarazo
Ninguno	54,3%	61,2%
AHO	17,6%	10,1%
Parches	1,9%	1,8%
Anillo vaginal	1,1%	0,8%
Implantes	0,1%	0%
DIU	1,9%	0,6%
Preservativo	19,3%	21,5%
Método natural	2,1%	2,1%
Inyectables	1,2%	0,6%
Espermicidas	0,6%	0,6%
Vasectomía	0,1%	0,2%

Tabla nº 129: Métodos anticonceptivos empleados por las parejas inmigrantes que se someten a un aborto.



Por área geográfica de origen se observan una serie de peculiaridades, dedicaremos un punto a cada una de ellas, a saber:

- Las iberoamericanas son las únicas que utilizaron los implantes y los inyectables. Aunque el anillo y el parche no tienen gran aceptación, una vez los conocen y prueban mantienen su uso. Sin embargo, se aprecia un cese importante en la toma de AHO, que no se ve compensado por el aumento en la utilización del preservativo masculino. Son las cubanas, dentro de este grupo las únicas que llevaban insertado un DIU.
- Las magrebíes cesan la toma de anticonceptivos y parches. Ninguna ha usado el anillo vaginal. Se observa un discreto aumento en el empleo del preservativo que, sin embargo, no llega a incrementarse tanto como disminuyen los otros métodos.
- Se detecta que entre las subsaharianas y las asiáticas disminuye el empleo del preservativo masculino y cesa de forma importante la utilización de los anticonceptivos hormonales orales. Ello supone el aumento en las cifras de relaciones sexuales sin protección. Son las asiáticas las mujeres que menos anticonceptivos usan.
- Ninguna de las europeas occidentales ha utilizado el anillo vaginal. Al igual que en otros grupos, en éste se asiste a una disminución de la toma de la píldora, aumentando el uso del preservativo y de las parejas que no emplean ningún método contraceptivo.
- Sólo se advierte el incremento del empleo del anillo vaginal entre las europeas del este, aunque no lo suficiente como para igualar el descenso en la utilización de AHO y parches, que hace que tras las asiáticas sean el grupo que mantiene con mayor frecuencia relaciones sin protección.

La nacionalidad de las mujeres no influye en las motivaciones esgrimidas para el cese de las medidas encaminadas a evitar un embarazo no deseado.



Llama la atención que todavía un alto número de mujeres “descansan” en la toma de la píldora (37,6%) o en el uso de los parches (35,4%) y del anillo vaginal (57,2%). Esta cifra es similar a la aportada por DUEÑAS<sup>83</sup>, en cuyo estudio se señala que el 37% de las usuarias de anticonceptivos hormonales orales realizaban descansos, la mitad de ellas por recomendación médica.

También es un dato a reseñar que un porcentaje no desdeñable de mujeres alegan razones económicas para no seguir planificando.

Se pone de manifiesto, así, la importante labor que desempeñan los centros de planificación familiar. Estos centros deberían ser un lugar de referencia mucho más accesible y adaptado a toda la población que atiendan, teniendo en cuenta su edad, lenguaje y cultura. No se trata de consultas de patología sino de orientación. Habría de estar receptivo a las necesidades y demandas de las parejas. No hay método anticonceptivo bueno o malo, cada uno tiene sus usuarias y usuarios, a los que se les deben explicar los pros y contras de cada uno ellos para que la elección sea propia y asumida. Necesario es el seguimiento para solucionar las dudas aparecidas y poder cambiar de anticonceptivo si el anterior no se adecua a los objetivos buscados. Al mismo tiempo, debemos apoyar un cambio social, que erradique la percepción de que la planificación familiar es un problema de la mujer, sobre la que recae toda la responsabilidad de los anticonceptivos y del embarazo si éstos fallasen. Se debe favorecer y alentar a que la pareja se implique, ya que las relaciones sexuales con sus placeres y repercusiones son cosa de dos.

### **7. 13 – Visitas ginecológicas**

Según un estudio realizado por el MINISTERIO DE SANIDAD, la información que los jóvenes españoles poseen sobre sexualidad y métodos anticonceptivos suele ser superficial. Está basada fundamentalmente en conversaciones con sus iguales, en lecturas de revistas o en lo que ven en la televisión. Sin embargo, la fuente de información preferida por ellos son los padres y familiares mayores seguidos por los profesionales sanitarios<sup>69</sup>.

En Aragón, sólo el 28,8% de las aragonesas, en el 2004, y el 20,85%, en el 2005, habían acudido a una consulta de planificación familiar alguna vez.



En nuestro estudio la cifra es mayor (34,4%). Casi la mitad (15,7%) habían acudido a la consulta demandando información sobre los anticonceptivos. Este porcentaje es el mismo que el de mujeres que utilizaron algún método anticonceptivo durante el año previo al embarazo no deseado. Un 10% habían empleado la visita para recibir información sobre la práctica de un aborto provocado y un 8,6% para realizarse una revisión ginecológica.

En 2005, apareció un trabajo de investigación que mostraba que el 61% de las españolas y el 75% de las inmigrantes que interrumpieron su embarazo no habían acudido a un servicio sanitario para la utilización o control de métodos anticonceptivos en los dos años previos al aborto provocado<sup>77</sup>.

Para LLACER *ET ALII*<sup>69</sup> estas diferencias se deben a que el horario es una de las dificultades de acceso de las extranjeras a los centros de planificación familiar. Estas mujeres suelen estar en trabajos de servicio doméstico, en restauración o al cuidado de personas dependientes, coincidiendo estos horarios con los de las consultas y siéndoles difícil obtener un permiso para acudir a ellas.

En Aragón detectamos que el 61,6% de las españolas y el 69,5% de las inmigrantes, que se sometieron a un aborto no habían acudido con anterioridad a una consulta ginecológica. De destacar es, que entre las que sí lo habían hecho, era mayor el porcentaje de extranjeras que de nacionales que pidieron información sobre algún método anticonceptivo. Sin embargo, la proporción se invertía en el caso de que el motivo de la consulta fuera una revisión, siendo ésta dos a uno a favor de las españolas.

Por área geográfica, las procedentes de Europa occidental son las únicas cuyo porcentaje de haber acudido con anterioridad al aborto a una consulta ginecológica era mayor que del no. Al contrario que las asiáticas, subsaharianas y europeas del este, que son las que presentan una menor proporción de consultas.

Quizás estas diferencias podría deberse al trabajo que desempeñan y a su educación sanitaria. Así, como ya hemos comentado en capítulos anteriores, en estas zonas existe poca cultura contraceptiva y de prevención.



Estos datos corroboran lo expuesto con anterioridad, por lo que se hace necesaria una mayor cercanía de los recursos a la población necesitada de ellos. No podemos tirar la piedra y esconder la mano, no debemos criticar que las parejas no planifiquen si no les damos los medios adecuados para hacerlo.

#### **7. 14 – Uso de intercepción postcoital**

La anticoncepción de urgencia es un método en auge. Cada vez se utiliza más. Alcanzó las 500.000 unidades en el 2005. Se trata de una cifra que aumenta cada año. A nivel nacional, en 2004, la tasa por mil de uso de la anticoncepción de emergencia en las mujeres entre 15 y 24 años era de 117,4. En Aragón el porcentaje era mayor, 126,2<sup>69</sup>.

La CLÍNICA DATOR<sup>84</sup>, en 2001, hacía público un estudio en el que se señalaba que en el 77% de los casos fue la ruptura del preservativo y el 13% la no utilización de método alguno las causa aducidas para emplear la intercepción postcoital. En las primeras veinticuatro horas comenzaron el tratamiento el 60% de las mujeres y sólo un 10% lo inició con más de cuarenta y ocho horas. Solamente un 10% de las usuarias no eran españolas.

Nosotros comprobamos que tan solo el 2,7% de las mujeres que se sometieron a un aborto en Aragón y que habían mantenido relaciones sin protección o ésta había fallado (bien por rotura o retención del preservativo en la vagina, olvido de alguna pastilla, despegamiento de un parche o interacción medicamentosa) habían utilizado la anticoncepción de urgencia.

Estas cifras muestran que con su ingesta se podría haber evitado algún embarazo no deseado y, que sin embargo, su uso no previene el total de las gestaciones.

Es casi cuatro veces mayor el número de españolas que de inmigrantes que la utilizaron antes del aborto. Ninguna subsahariana y europea occidental la usaron.

Del 2,7% de las mujeres que abortaron y tomaron la anticoncepción de urgencia, casi el 50% lo hicieron en las primeras veinticuatro horas, sólo un 11% pasadas las cuarenta y ocho horas. El dato que llama la atención es que el 9% de las usuarias la utilizaran cuando ya no era efectiva (> 72 horas). Son las inmigrantes el grupo que antes acude a solicitarla, pero también las que la toman en mayor porcentaje que las españolas pasados los tres días.



La reincidencia es mínima, tan solo un 2,3% de las mujeres que abortaron y usaron la intercepción postcoital la habían utilizado con anterioridad.

Sabemos que la anticoncepción de urgencia es un arma de doble filo, ya que, por un lado, reforzaría la justificación de no usar el preservativo y, por otro, es altamente efectivo en la prevención de embarazos no deseados, siempre y cuando se use de forma adecuada. Por lo tanto, es necesario transmitir a la población que esta medida no sustituye a ningún método anticonceptivo, pero que sí es beneficiosa cuando alguno de los medios utilizados ha fallado. Igual de importante es hacer accesible esta medida a las parejas que lo necesiten, para que su utilización sea adecuada en el tiempo. La divulgación entre las inmigrantes debería ser una prioridad, ya que son las que menos la demandan.

#### **7. 15 – Edad gestacional (E. G.)**

Según BOSCH<sup>74</sup> cada año se evidencia una disminución de 0,03 semanas en la edad gestacional de los embarazos que finalizan en un aborto provocado.

A nivel nacional, el MINISTERIO DE SANIDAD muestra que hasta 2005 la tendencia era descendente en el número de abortos provocados antes de las ocho semanas y que a partir de ese año se produce un incremento en las demás semanas. Sin embargo, las cifras de 2005 señalan un ligero aumento en los abortos más precoces y más tardíos y una disminución en el número de interrupciones del embarazo provocadas entre las nueve y las diecisiete semanas de gestación<sup>61,78</sup>.

En Aragón, sin embargo, se evidencia un aumento en la edad gestacional a la que las mujeres se someten a un aborto<sup>61,78</sup>.



EDAD GESTACIONAL DE LOS ABORTOS EN LAS ESPAÑOLAS		
Edad gestacional	2004	2005
8 o menos semanas	61,43%	62,09%
9 – 12 semanas	26,50%	25,84%
13 – 16 semanas	6,33%	5,98%
17 – 20 semanas	3,69%	4,05%
21 o más semanas	2,02%	1,98%

Tabla nº 130: Edad gestacional de los abortos realizados por las españolas. (MSC)

EDAD GESTACIONAL DE LOS ABORTOS EN LAS ARAGONESAS		
Edad gestacional	2004	2005
8 o menos semanas	64,71%	59,449%
9 – 12 semanas	24,35%	27,70%
13 – 16 semanas	6,02%	7,18%
17 – 20 semanas	3,26%	3,94%
21 o más semanas	1,65%	1,75%

Tabla nº 131: Edad gestacional de los abortos realizados por las aragonesas. (MSC)

En nuestro estudio, la edad gestacional media a la que se realiza un aborto son las nueve semanas, con un rango entre cuatro y veintidós semanas. No existe diferencias entre las españolas y las inmigrantes, siendo independiente en el seno de este último grupo el área geográfica de procedencia.

Nuestros datos muestran un aumento en el número de abortos realizados entre las nueve y las doce semanas y un descenso en todos los demás rangos, lo que coincide en parte con las cifras del MINISTERIO DE SANIDAD.

Si tenemos en cuenta que los abortos provocados considerados de alto riesgo se realizan en su mayoría por malformaciones fetales graves y, por lo tanto, en parejas en las que el embarazo era deseado, es importante reseñar el descenso en el porcentaje de interrupciones realizadas por encima de las dieciocho semanas. Quizás signifique este dato que somos capaces de diagnosticar más precozmente los defectos y, de esta forma, disminuir los riesgos del aborto y las implicaciones psicológicas que conlleva para la pareja y, sobre todo para la madre, el llegar a una interrupción de la gestación a semanas tan avanzadas del embarazo.

La accesibilidad a los centros donde se realizan abortos provocados queda demostrada. Cabría preguntarse el porqué de que las españolas y las inmigrantes acudan a estos centros y no lo hagan a los de planificación familiar. La diferencia, a lo mejor, se encuentre en los horarios de atención y en la facilidad para la obtención de la cita.



## 7. 16 – Motivo del aborto provocado

Observaremos, en primer lugar la frecuencia de los tres supuestos legales para realizar un aborto y en segundo lugar las motivaciones y causas que hacen que las mujeres se sometan a este procedimiento.

Desde que en el año 1996 se comenzaron a registrar las interrupciones provocadas del embarazo en España, se ha detectado su disminución bajo el supuesto legal de salud materna y su aumento aduciendo malformaciones fetales. La tendencia es la misma a nivel de nuestra Comunidad Autónoma, incluso fue mayor la proporción por riesgo fetal que a nivel nacional en 2005<sup>61,78</sup>.

SUPUESTOS LEGALES DE LAS ESPAÑOLAS PARA REALIZAR UN ABORTO PROVOCADO		
Supuesto legal	2004	2005
Salud materna	96,7%	96,68%
Riesgo fetal	3,06%	3,16%
Violación	0,02%	0,01%
Varios motivos	0,22%	0,15%

Tabla nº 132: Supuestos legales para realizar un aborto en España. (MSC)

SUPUESTOS LEGALES DE LAS ARAGON PARA REALIZAR UN ABORTO PROVOCADO		
Supuesto legal	2004	2005
Salud materna	96,85%	96,06%
Riesgo fetal	2,79%	3,53%
Violación	0%	0,04%
Varios motivos	0,36%	0,36%

Tabla nº 133: Supuestos legales para realizar un aborto en Aragón. (MSC)

El aumento de abortos bajo el tercer supuesto (grave tara fetal) es paralelo al desarrollo de la ecografía y con ella del diagnóstico prenatal. En la actualidad, somos capaces de detectar más malformaciones fetales a edades gestacionales más tempranas, lo que es beneficioso en muchos casos. Pero, por otro lado, esto es un tema de profundo debate actualmente, ya que en ocasiones, al no poder seguir la evolución de determinadas patologías más allá de las 22 semanas elaboramos peores pronósticos de los que serían en realidad. Además, se ha de añadir la presión social que obliga a tener hijos sanos, sin la menor patología.



En nuestra muestra, el 97,4% de las mujeres se adscribieron al supuesto de riesgo materno para practicarse un aborto. Tan solo, el 1% fue por riesgo materno físico. El 2,6% de los embarazos fueron interrumpidos por malformaciones fetales. No ha existido ningún caso de violación.

Prácticamente todas las inmigrantes alegan problemas psicológicos para finalizar la gestación. Son las magrebíes y las procedentes de Europa occidental las que no se adscriben a otro supuesto legal para someterse a este procedimiento.

#### 7. 16. 1 – Riesgo materno

Dentro del riesgo materno físico fue el ser seropositiva para el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) la enfermedad más aludida. No se encontraron diferencias entre las españolas y las inmigrantes, aunque estas últimas sólo suponen un tercio de las mujeres que se sometieron a un aborto por enfermedad física materna.

El otro motivo para finalizar la gestación alegando el primer supuesto legal es el psicológico.

El estudio, realizado por el MINISTERIO DE SANIDAD en 15 centros autorizados para realizar abortos, mostraba que la situación económica era la causa principal que llevaba a las mujeres a demandar la interrupción provocada del embarazo<sup>68</sup>. Este motivo fue el mayoritario entre las inmigrantes según la CLÍNICA DATOR<sup>64</sup>.

Nuestro estudio ratifica las cifras obtenidas por dicha clínica, ya que el 44% de las mujeres alegaba problemas económicos para finalizar la gestación. A esta cifra se añade el 3% que suponían que su embarazo supondría su despido. En frecuencia, el siguiente motivo alegado era el estar en un momento personal poco idóneo para tener un hijo (26,1%). Destacar que la violencia de género, que en ocasiones podría tratarse de una violación, ocurre en el 0,4% de los casos.

Es importante señalar que las causas que, con mayor frecuencia, llevan a las inmigrantes a someterse a un aborto son económicas. En cambio, las españolas esgrimen motivaciones de



índole más personal, pretender proseguir con su formación, ser jóvenes, tener problemas de pareja, no desear hijos y dudar de la paternidad.

Si tenemos en cuenta el área geográfica de procedencia de las extranjeras, son las europeas occidentales las únicas que no esgrimen problemas económicos para abortar. En todos los demás grupos este motivo es el más frecuente.

Las iberoamericanas y las europeas del este son las únicas inmigrantes que se someten a esta intervención por violencia de género y problemas de pareja. Quizás estos datos sean reflejo del tipo de relaciones que cada cultura experimenta con el sexo contrario, donde el hombre todavía ejerce la dominación sobre su compañera o la promiscuidad entre el colectivo masculino es algo asumido debido a la tradición machista existente en estas áreas geográficas.

Las asiáticas y las subsaharianas no esgrimen la edad como causa de su decisión, ya que, ninguna asiática y tan solo un 1% de las subsaharianas tenían más de cuarenta años y sólo un 12% de las primeras y un 9% de las segundas eran mayores de treinta y cinco.

Las diferencias entre los dos grupos, inmigrantes y españolas, son manifiestas. Las motivaciones están íntimamente relacionadas con su situación personal. Las primeras acuden a nuestro país para lograr mayores oportunidades y poder ofrecer un presente y un futuro mejor para ellas y sus familias que, en muchos casos se encuentran en sus países de origen. Un embarazo no deseado, por lo tanto, supondría una disminución de sus ingresos, necesarios para subsistir y lograr sus objetivos. Sin embargo, las mujeres de los países del norte se encuentran en una situación social completamente distinta. Son mujeres cada vez más independientes, que valoran su formación, autonomía y bienestar personal. La maternidad y el matrimonio no son sus metas primordiales. Así, eligen ser madres y el número de hijos que desean cuando su posición económica y social les es favorable.

Es cuestión de tiempo que las inmigrantes que viven entre nosotros adquieran las mismas costumbres y deseos que las mujeres españolas.



### 7. 16. 2 – Malformación fetal

Es la trisomía 21 la causa más frecuente de abortos por malformación fetal.

En el caso de las inmigrantes sólo siete alegaron este supuesto para interrumpir su embarazo. Fueron el Síndrome de Down, el oligoamnios, las malformaciones del sistema nervioso central y otras las enfermedades causa del aborto.

Es comprensible que el número de inmigrantes que abortan por patología fetal sea escaso, ya que la proporción de gestaciones que no son interrumpidas por este colectivo representa el 20% de todos los embarazos atendidos en Aragón<sup>4</sup>. Por lo tanto, el porcentaje de malformaciones debe ser equitativa al número de abortos.

### **7. 17 – Método empleado en la realización del aborto**

La técnica más utilizada en Europa para llevar a cabo abortos de menos de doce semanas es la aspiración<sup>85</sup>.

La Ru 486 ha experimentado un aumento en su uso desde que se legalizó en España en el año 2000. Es un método elegido por las mujeres que presentan miedo a los quirófanos, a la anestesia y tienen embarazos por debajo de las ocho semanas de gestación. El perfil de la usuaria de Mifepristona es el de una mujer joven (el 80% menores de treinta años), soltera, con trabajo, recursos propios, nivel medio-alto de estudios y primigesta. El 70% de las que se han sometido a un aborto farmacológico manifestaron que repetirían el método utilizado en una segunda interrupción del embarazo<sup>50,52</sup>.

A nivel nacional la intervención más frecuentemente utilizada para realizar un aborto es la aspiración, seguido de la mifepristona, la dilatación y el legrado. Es de destacar que, aunque en una mínima proporción, se siguen realizando histerotomías e hysterectomías para interrumpir una gestación<sup>78</sup>.

En Aragón, es recalable el descenso de la aspiración a expensas de un incremento de la dilatación, el legrado y la Ru 486. Estos dos últimos métodos se emplean más para realizar los



abortos a las aragonesas que al resto de las mujeres españolas. No se encontró ningún caso de intervenciones quirúrgicas mayores (histerotomía o histerectomía)<sup>61,78</sup>.

MÉTODO UTILIZADO PARA EL ABORTO. ESPAÑA 2005	
Método	2005
Aspiración	84,75%
Dilatación	4,36%
Legrado	3,8%
Ru 486	5,0,8%
Inyección intravenosa	0,34%
Inyección intrauterina	0,12%
Histerotomía	0,03%
Histerectomía	0,01%
Otros	1,5%

Tabla nº 134: Método empleado en la realización de los abortos en España. (MSC)

MÉTODO UTILIZADO PARA EL ABORTO. ARAGÓN 2004 Y 2005		
Método	2004	2005
Aspiración	84,38%	82,65%
Dilatación	0,67%	0,91%
Legrado	7,67%	8,09%
Ru 486	5,35%	5,61%
Inyección intravenosa	0,04%	0,04%
Inyección intrauterina	0,04%	0%
Histerotomía	0%	0%
Histerectomía	0%	0%
Otros	1,85%	2,7%

Tabla nº 135: Método empleado en la realización de los abortos en las aragonesas. (MSC)

Comparar nuestros resultados con los publicados por el MINISTERIO DE SANIDAD es complicado al no emplear el mismo sistema de codificación. En nuestra opinión la dilatación y las inyecciones intrauterinas o intravenosas no son en sí mismas intervenciones independientes ya que, en casi todos los casos, deben ir acompañadas de aspiración, legrado o evacuación. Además, en la hoja de notificación estadística no se recoge el tipo de anestesia utilizada en ninguno de los procedimientos que permiten elección entre local y general.

En nuestro estudio la dilatación y aspiración es el método más empleado por debajo de las doce semanas, realizándose bajo anestesia local en el 54,7% de los casos. Son las inmigrantes las que utilizan este tipo de analgesia con más frecuencia, al ser un procedimiento más barato que el utilizado en las mismas semanas de gestación con anestesia general.



La Ru 486 ha sido elegida por el 4,5% de las mujeres de nuestra muestra, lo que supone un poco más del 5% de los abortos por debajo de las doce semanas. La proporción entre las españolas y las inmigrantes que optaron por este método para interrumpir su embarazo es de tres a uno. Entre las extranjeras, fueron las europeas occidentales las que más se decantaron por él.

La razón de esta diferencia se debe buscar, en mi opinión, en el coste económico y en el número de visitas que hay que realizar a las clínicas una vez se ha tomado la mifepistona. Las inmigrantes poseen menos ingresos y se encuentran en una situación laboral menos estable, lo que no les permite faltar de su puesto de trabajo de forma recurrente. La dilatación y aspiración con anestesia local es un método más barato y rápido y por ende el seleccionado por la mayoría de las mujeres no españolas.

El porcentaje dado por nosotros es menor que el mostrado por el MINISTERIO DE SANIDAD, debido quizá, a que el aumento del número de inmigrantes que abortan es inversamente proporcional a la disminución del uso de mifepristona, por las razones antes esgrimidas.

La inducción y parto fue una técnica utilizada en el 1,9% de los abortos, siempre por encima de las diecisiete semanas y con mayor frecuencia entre las españolas, ya que son las que presentan mayor número de interrupciones del embarazo por malformaciones fetales; diagnóstico que se produce en unas semanas determinadas, más avanzado el desarrollo fetal, lo que determina abortos más tardíos.

### **7. 18 – Lugar donde se realiza el aborto**

En España, prácticamente el total de los abortos provocados se realizan en clínicas privadas acreditadas a tal efecto. A nivel nacional, cada vez son menos los procedimientos que se llevan a cabo en centros públicos. Todo lo contrario se constata en Aragón, donde la tendencia es inversa. Si tenemos en cuenta el porcentaje de abortos practicados por el Sistema Público de Salud a nivel nacional nos percataremos de que es casi cuatro veces mayor que el de nuestra Comunidad Autónoma<sup>61,78</sup>.



CENTRO DONDE SE REALIZAN LOS ABORTOS LAS ESPAÑOLAS. 2004 Y 2005		
Centro	2004	2005
Público	3,56%	2,91%
Privado	86,76%	97,09%

Tabla nº 136: Centros donde se realizan los abortos las españolas. (MSC)

CENTRO DONDE SE REALIZAN LOS ABORTOS LAS ARAGONESAS. 2004 Y 2005		
Centro	2004	2005
Público	0,63%	0,80%
Privado	99,73%	99,20%

Tabla nº 137: Centros donde se realizan los abortos las aragonesas. (MSC)

Según el trabajo realizado por el CENTRO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS (CSIC) en 2005, el 97,3% de los abortos se realizaron en clínicas privadas, aunque uno de cada cinco fue financiado por la Sanidad Pública. Un 80,2% de las mujeres/parejas corrieron con los gastos del procedimiento<sup>77</sup>.

En nuestro estudio, tan solo el 0,6% de todos los abortos se realizaron en el único hospital público acreditado para practicar este procedimiento. Todas las mujeres que por motivos psicológicos desean interrumpir su gestación deben sufragar los costes, a excepción de ciertos casos que fueron remitidos por el Salud de Huesca y Soria, debido a que los psiquiatras responsables realizaron el informe pertinente que permitía que el aborto fuera costeado por el Sistema Aragonés de Salud (SALUD). Este hecho pone de manifiesto las diferencias existentes dentro del territorio nacional y autonómico, depende de donde vivas y quién te realice la consulta para que el caso sea financiado o no por la Sanidad Pública.

En caso de que la motivación del aborto sea una grave enfermedad materna o una malformación fetal importante y la mujer pertenezca a un área de salud donde no existe ningún centro público que lleve a cabo la interrupción, los costes son sufragados por el Sistema de Salud aragonés.

Sólo dos inmigrantes fueron atendidas en el Clínico Universitario “Lozano Blesa”, único centro público donde se realizan abortos. Este dato se relaciona con el número de embarazos que existe en la población inmigrante. Suponen un 20% del total de las gestaciones controladas en el Clínico, lo que significa que la frecuencia de malformaciones fetales o



enfermedades maternas agravadas por el embarazo está en proporción, y por lo tanto, es menor que entre las españolas.

Es importante observar cómo ante un mismo motivo para abortar, depende de la provincia y la Comunidad Autónoma a la que se pertenezca para que los costes y la tramitación del aborto se realicen de forma diferente. Debería existir una equiparación en los procesos, protocolos y gastos para ofrecer una cobertura igualitaria.

### **7. 19 – Sumario.**

La idea inicial de realizar este trabajo surgió de la necesidad de saber cuál era la verdadera situación del aborto en nuestra comunidad. Pensamos que si conocíamos el tipo de mujeres y parejas que decide abortar y cuáles eran las circunstancias que les hacían llegar a esa decisión, podríamos desarrollar medidas de planificación más adaptadas a sus necesidades.

Sabemos que cada aborto constituye una vivencia personal y diferente, que la generalización no es adecuada. Pero se trata de la forma más idónea para analizar los datos y obtener una visión global del tema. Así que a continuación presentamos la que sería la “mujer tipo” que aborta en la Comunidad Autónoma de Aragón, ésta puede ser prácticamente por igual española o inmigrante.

Si es española, vive en Zaragoza capital con su pareja de origen español. Tiene entre veintisiete y veintiocho años, con estudios secundarios y trabaja de dependienta por cuenta ajena, al igual que su compañero. No tiene hijos y se somete por primera vez a un aborto provocado. En sus relaciones sexuales usa preservativo aunque no de forma habitual y tampoco emplea la intercepción postcoital en caso necesario. Además, nunca ha acudido a una consulta de ginecología o planificación familiar. La interrupción del embarazo se realiza a las nueve semanas de edad gestacional por motivos psicológicos al no ser un buen momento personal para afrontar su maternidad. El método empleado para la realización del aborto es el legrado con anestesia general en un centro privado acreditado.

Si la usuaria es inmigrante, su país de procedencia sería, principalmente, Rumanía. Fue España el país elegido como primera opción para inmigrar. Lleva aquí más de cuatro años y comprende, habla y escribe español. Vive en Zaragoza capital, en compañía de su pareja de



nacionalidad no española. Tiene entre veintisiete y veintiocho años y posee un nivel de estudios primarios. Es asalariada en el ramo de la hostelería al igual que su pareja. Tiene ya un hijo y, al menos, ha recurrido al aborto en una ocasión previa en su país de origen. No usa ningún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales ni la anticoncepción de emergencia. Nunca ha acudido a un centro de planificación familiar o a una consulta ginecológica. El aborto se realiza a las nueve semanas de gestación bajo el supuesto de riesgo materno psicológico por motivos económicos y se lleva a cabo en un centro privado acreditado utilizando el legrado con anestesia local.

**Reflexión final:** El aborto ha de estudiarse y abordarse desde varios frentes. Es el último eslabón de una concatenación de circunstancias que han ido influyendo una tras otra en la decisión última. La cultura, el país de origen, la situación económica, el acceso a los métodos anticonceptivos y la educación en igualdad serían temas que habría que afrontar en su conjunto para dar solución al alto número de embarazos no deseados. Actualmente la inmigración es un reto social, cultural y económico, al que no podemos ser indiferentes como ginecólogos. Aquello que es distinto, con el conocimiento y la experiencia se va haciendo más cotidiano, y por lo tanto más conocido. Si asumiéramos que cada grupo tiene algo que ofrecer y aprender de los otros podríamos caminar juntos para encontrar soluciones apropiadas a cada uno, respetando cada cultura, rompiendo estereotipos y tabúes.





## VIII. - CONCLUSIONES





## **8. - CONCLUSIONES**

---

1. El número de abortos realizados a inmigrantes es prácticamente igual al de las españolas, con la salvedad, de que las primeras tan solo representan al 8% de la población. Por lo tanto, la proporción de embarazos que finalizan en un aborto provocado es mucho mayor entre la población extranjera.
2. Son las rumanas las mujeres no españolas que más demandan un aborto provocado.
3. La edad media a la que las mujeres de ambos grupos se someten a una interrupción del embarazo no difiere, siendo ésta de 27 años. Sin embargo, por rango de edad, son las españolas las que con más frecuencia abortan a edades reproductivas límite, es decir, por debajo de los veinte años y por encima de los cuarenta.
4. Son las mujeres que conviven con sus parejas las que suponen el mayor porcentaje de la muestra, existiendo diferencias entre las españolas y las inmigrantes. Entre las primeras, son más frecuentes las relaciones en las que no existe cohabitación.
5. Los estudios primarios son el nivel académico más frecuentemente alcanzado entre las mujeres del estudio. Pero, existen diferencias en dependencia de su procedencia. Así, son las inmigrantes las que presentan una tasa de escolarización menor.
6. La situación laboral de las mujeres de nuestra muestra no varía en dependencia de su procedencia, son las asalariadas las que configuran el mayor porcentaje. Sin embargo, sí que existen diferencias en cuanto al tipo de trabajo realizado.



Así, las españolas desempeñan su labor con mayor frecuencia en ocupaciones de atención al público (dependientas/bancos) o que requieren estudios superiores, mientras las extranjeras, se dedican al servicio doméstico o a tareas de limpieza.

7. El número de embarazos anteriores es mayor en las inmigrantes que en las españolas. Esto se traduce en una media de hijos y abortos provocados más alta entre las primeras.
8. El uso de algún método anticonceptivo es escaso en toda la muestra. Pero es entre las inmigrantes donde la no utilización de ningún tipo de anticoncepción es mayor. Dato que coincide con un menor número de visitas ginecológicas y un menor empleo de la intercepción postcoital. El preservativo es el método más empleado, si se usa alguno, entre las españolas y las no españolas, siendo su uso ocasional el motivo de fallo más frecuentemente alegado. Se sigue observando un elevado número de embarazos no deseados como consecuencia del descanso realizado en la toma o uso de los diferentes anticonceptivos hormonales.
9. Las semanas de gestación a las que practican un aborto las españolas y las inmigrantes son las mismas, nueve. Existe, sin embargo, un mayor número de mujeres nacionales que abortan a edades gestacionales más avanzadas, debido al mayor número de abortos por malformaciones fetales en esta población.
10. Es el primer supuesto el más esgrimido para la práctica de un aborto provocado legal entre las españolas y las inmigrantes. En casi el total de los casos son los problemas psicológicos los causantes de la decisión. La diferencia entre ambos grupos radica en las motivaciones esgrimidas. Son de índole económico entre las extranjeras y de índole personal entre las españolas.
11. La dilatación y aspiración es el método más utilizado para realizar los abortos provocados, siendo en los centros privados acreditados donde se practican casi la totalidad de ellos.



**IX. - ANEXOS**







ANEXO NÚMERO II. HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

Fecha

NHC  Edad

País de procedencia ♀  ♂

Ciudad de residencia en el momento de la IVE

Meses de estancia en España \* migración directa  migración indirecta (año)

0-6 meses	6-12 meses	1 año	2 años	3 años	4 años	> 4 años
-----------	------------	-------	--------	--------	--------	----------

\* español

no comprende ni habla	comprende pero no habla ni escribe	comprende y habla, pero no escribe.	Comprende, habla y escribe.
-----------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------

Tipo de convivencia.

convivencia en pareja				
No convivencia en pareja	relación esporádica	novio	amigo	anterior pareja

Estudios

analfabeta	sin estudios	
estudios primarios	secundarios (bachiller/ciclo formativo)	universitarios

Situación laboral

* mujer		* pareja
	patrona profesional que emplea personal	
	empresaria profesional que no emplea personal	
	persona que trabaja a sueldo	
	pensionista	
	estudiante	
	parada	
	sus labores	
	otras	

Descripción del trabajo.



**Hijos previos** muertos

vivos

* menores que conviven con ella			
* menores que no conviven con ella			
* mayorea (>18 años) emancipados			
* mayores (>18 años) no emancipados	conviven	No conviven	

**Abortos anteriores (IVEs)**

España

\* país de origen  \* otro

**Anticoncepción**

\* en el momento de la IVE

\* durante el año previo a la IVE

ninguno	
método natural	
preservativo	
anticoncepción hormonal oral	
parches	
anillo vaginal	
implante	
DIU	

Motivo del fallo

Motivo del cese

**Visita ginecológica**

si	anticoncepción	Información IVE	Otros	
no				

**Uso de intercepción postcoital**

no	sí	día del ciclo:	Horas:	Veces utilizado:
----	----	----------------	--------	------------------

**Edad gestacional x ECO**

**Motivo de la IVE**

violación	
malformación fetal	
materna	Psicológica
	Enfermedad

**Método empleado en la IVE**

RU 486	Legrado anestesia local	Legrado anestesia general	Otros
--------	-------------------------	---------------------------	-------

**Centro donde se realiza el aborto**

Hospital Clínico	Clínica Actur	Clínica Almozara
------------------	---------------	------------------





## **X. - BIBLIOGRAFÍA**





## 10. - BIBLIOGRAFÍA

---

<sup>1</sup> INSTITUTO ARAGONÉS DE ESTADÍSTICA. Datos básicos de Aragón 2005. Zaragoza: Gobierno de Aragón, 2005.

<sup>2</sup> INSTITUTO ARAGONÉS DE ESTADÍSTICA. Explotación estadística del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2004. Comunidad Autónoma de Aragón. Zaragoza: Gobierno de Aragón, 2005.

<sup>3</sup> INSTITUTO ARAGONÉS DE ESTADÍSTICA. Población extranjera en Aragón. Año 2004. Zaragoza: Gobierno de Aragón, 2005.

<sup>4</sup> SERVICIO DE PREVENTIVA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESAS, 2005.

<sup>5</sup> REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Diccionario Usual. Madrid, 2005.

<sup>6</sup> SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. Definición de aborto. Definiciones perinatológicas, en [www.sego.es/privado/ProtoA1/PROTO01.HTM](http://www.sego.es/privado/ProtoA1/PROTO01.HTM)

<sup>7</sup> BARAMBIÓ S. Anticoncepción y sexualidad (II). Interrupción del embarazo. En: Sexualidad Humana. Una aproximación integral. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2005: 95- 100.

<sup>8</sup> CABRA J. ¿En la escuela se educa en salud sexual y reproductiva? Revista Iberoamericana de Fertilidad 2006; especial 8º Congreso de la SEC: 31-35.

<sup>9</sup> FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (FIGO). Definición de aborto, en [www.figoeducation.org](http://www.figoeducation.org)



<sup>10</sup> GONZÁLEZ G. Políticas sanitarias y calidad asistencial en contracepción. Revista Iberoamericana de Fertilidad 2006; especial 8º Congreso de la SEC: 64-66.

<sup>11</sup> CUCHÉ D. La noción de cultura en las ciencias sociales. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1999: 22.

<sup>12</sup> VILELLA A. Diferencias interculturales. Globalización de la sexualidad. Diversidad de la Sexualidad. Problemas y dilemas interculturales. Perspectiva del usuario. Organización de servicios específicos. En: Sexualidad Humana. Una aproximación integral. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2005: 116- 118.

<sup>13</sup> VICÉN M. J., LARRUMBE M. A. Interculturalismo y mujer. Zaragoza: Instituto de Estudios Altoaragoneses. Departamento de Ciencias de la Educación. Prensa universitaria de Zaragoza, 2002: 19.

<sup>14</sup> DE LUCAS J. La sociedad multicultural. Democracia y derechos. Madrid: Ed. CGPJ, 1999: 52.

<sup>15</sup> DAWSON MT, GIFFORD SM. Social Change, migration and sexual health: Chilean women in Chile and Australia. Women and Health 2003; 38 (4): 39-56.

<sup>16</sup> HARRIS M, ROSS E. Muerte, sexo y fecundidad. La regulación demográfica en las sociedades preindustriales y en desarrollo. Madrid: Alianza Universal, 1991: 13-138.

<sup>17</sup> DEVEREUX G. A Typological study of abortion in 350 primitive, ancient and pre- industrial societies. Boston: H. Rosen, comp. Abortion in America. Beacon Press, 1967: 95- 152

<sup>18</sup> NEEL JV. Some aspects of differential fertility in two American Indian Tribes. Tokio: 8th Internacional Congress of Anthropological and Ethnological Sciences, 1968: 356.

<sup>19</sup> DE MURÚA M. Piedras y Oro: el arte en el Imperio de los Incas. Exposición en Alicante y Murcia, organizada por la Caja de Ahorros del Mediterráneo, Museo de América y Ministerio de Cultura, 1988- 1989: 118

<sup>20</sup> NUSSBAUM M. Sex and social justice. London: Oxford University Press, 1999.



- <sup>21</sup> SABATÉ M. El aborto y sus peligros. Historia del aborto. Medios para abortar. Barcelona: Cultura sexual. Publicaciones Modernas, 1934: 6- 50.
- <sup>22</sup> WILKINSON LP. Classical Attitudes to modern issues. London: William Kimber, 1979.
- <sup>23</sup> ANDERSON B, ZINSSER J. Historia de las mujeres: una historia propia. Volumen I. Madrid: Ed. Crítica, 1991: 163.
- <sup>24</sup> DICKEMANN M. Female infanticide, reproductive strategies and social stratification. A preliminary model. En N. Chagnon y W. Irons, comps. Evolutionary Biology an human social behavior: an anthropological perspective. North Scituale, Mass: Duxbury Press, 1979: 353.
- <sup>25</sup> BALAGUER M. L. Mujer y Constitución. La constitución jurídica del género. Valencia: Ed. Cátedra. Universitat de Valencia. Instituto de la Mujer, 2005.
- <sup>26</sup> SÁNCHEZ M. E. La mujer y la sexualidad en el antiguo régimen. Madrid: Ed. Akal, 1992.
- <sup>27</sup> SOLANA Y, RODRÍGUEZ R, RODRÍGUEZ I, SANTIAGO P. La larga marcha hacia la igualdad. IV Conferencia mundial sobre las mujeres. Beijing 95. Evaluación del proceso en España. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996.
- <sup>28</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (O.M.S.). Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud. Ginebra, 2003, en [www.who.int/reproductive-health](http://www.who.int/reproductive-health)
- <sup>29</sup> CENTRO PARA DERECHOS REPRODUCTIVOS (C.R.R). Reflexiones sobre el aborto. Briefing paper. N.Y, 2003, en [www.reproductiverights.org](http://www.reproductiverights.org)
- <sup>30</sup> GARCÍA MARÍN J. M. El aborto criminal en la legislación y la doctrina (pasado y presente de una polémica). Madrid: Ed. Revista de derecho privado. Editoriales de derecho reunidas, 1980: 25- 222.
- <sup>31</sup> PEIRÓ R, COLOMER C, ÁLVAREZ-DARDET C, ASHTON J. Does the liberalization of abortion laws increase the number of abortions? The case study of Spain. The European Journal of Public Health. 2001; 11 (2): 190-194.



<sup>32</sup> BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (B.O.E.). Número 166. Ley Orgánica 9 de 5 de Julio de 1985 que modifica el artículo 417 bis del Código Penal. 1985 Jul 12; 166.

<sup>33</sup> WIKIPEDIA. Historia sobre el Derecho Penal. Código Penal de España, en [www.es.wikipedia.org](http://www.es.wikipedia.org)

<sup>34</sup> DE LORENZO R. Manual Práctico de la Ley Básica de autonomía de los pacientes para Especialistas en Ginecología y Obstetricia. Barcelona: Saned ediciones, 2003.

<sup>35</sup> BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (B.O.E.). Número 41. Sobre estadística e información epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de Julio. 2000 Feb 17; 41: 7308-10.

<sup>36</sup> TIETZE C. Informe Mundial Sobre el Aborto. Madrid: Instituto de la Mujer, 1987: 33- 39.

<sup>37</sup> CHILBIRTH BY CHOICE TRUST. Abortion law, history and religión. Toronto, 1995, en [www.cbctrust.com](http://www.cbctrust.com)

<sup>38</sup> RAHMAN A, KATZIVE L, HENSHAW K. A Global Review of laws on induced abortion, 1985 – 1997. Internacional Family Planning Perspectives 1998 Jun; 24 (2): 56-64.

<sup>39</sup> SCHIAPPACASSE V, DÍAZ S. Acces to emergency contraception. Internacional Journal of Gynecologis and Obstetrics, 2006; 94: 301- 309.

<sup>40</sup> HUMAN RIGHTS WATCH (O.N.U.) Derechos humanos y aborto. Derecho internacional de los derechos humanos y aborto en América Latina. Julio, 2005.

<sup>41</sup> GASMAN N, BLANDON M.M, CRANE B.B. Abortion, Social Inequity and Women`s health: Obstetrician-Gynecologis as agents of change. Internacional Journal of Gynecologis and Obstetrics, 2006: 310- 316.

<sup>42</sup> ESCOBAR G: Derechos de la mujer. II Informe sobre derechos humanos. Federación Iberoamericana de Ombudsman: Trama Editorial, 2004: 91- 281.



<sup>43</sup> KUZNETSOV VK, BARANOVA EV. Legislation on abortion in the countries of the world (a review of the literature). *Zdravookhr Ross Fed.* 1980; (5): 37-40.

<sup>44</sup> GONZÁLEZ R. Los médicos y la sexualidad: una breve revisión histórica. En: *Sexualidad Humana. Una aproximación integral*. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2005: 45.

<sup>45</sup> FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. OFICINA DE CUBA. Encuesta de Fecundidad 1992. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística. Indicadores seleccionados de población y salud. Cuba, 1992.

<sup>46</sup> MARTÍNEZ Y. Ética versus política en la Interrupción voluntaria del embarazo. Barranquilla: Fundación CEDESOCIAL, 2003: 2.

<sup>47</sup> ÁVILA A. LA ciudad de Mexico abre la puerta a la legalización del aborto. *El País*, 25 Abril 2007:33.

<sup>48</sup> CÓDIGO DE DERECHO CANÓNICO Y LEGOSLACIÓN COMPLEMENTARIA. Biblioteca de autores cristianos. Madrid: Editorial católica S.A., 1957: 860-861.

<sup>49</sup> SPEROFF L, GLASS R, KASE N. Planificación familiar, esterilización y aborto. En: *Endocrinología, Ginecología e Infertilidad*. 1ª Edición en español. Barcelona: Waverly Hispánica S.A., 2000: 855- 859.

<sup>50</sup> CLÍNICA DATOR. Aborto farmacológico con Ru 486 y misoprostol, 2000, en [www.clinica-dator.com](http://www.clinica-dator.com)

<sup>51</sup> CUNNINGHAM F, MAC DONALD P, GANT N. Aborto. En: *Williams Obstetricia 20ª Edición*. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 1999: 558- 563.

<sup>52</sup> CLÍNICA DATOR .Aborto farmacológica, 2002, en [www.clinica-dator.com](http://www.clinica-dator.com)

<sup>53</sup> CARBONELL J. L. Técnicas para la práctica del aborto provocado. *Revista Iberoamericana de Fertilidad* 2006; especial 8º Congreso de la SEC: 59-63.



- <sup>54</sup> CLÍNICA ÁCTUR (UNIDAD ARAGONESA DE SALUD, S. L.). Interrupción voluntaria del embarazo. Enero 2006.
- <sup>55</sup> STRAUSS LT, HERNDON J, CHANG J, PAEKER WY, BOWENS SV, ZANE SB, ET AL. MMWR CDC Surveill Summ 2004; 53 (SS-9): 1- 34.
- <sup>56</sup> GRIMES DA, SCHULZ KF, CATES W. Methods of midtrimester abortion: which is safest?. Int J Gynaecol Obstet 1977; 15: 184-8.
- <sup>57</sup> DAGG PKB. The psycological sequelae of therapeutic abortion- derived and completed. Am J Psychiatr 1991; 148: 578.
- <sup>58</sup> VIRTUDES V. Trabajo basado en 12.000 encuestas realizadas en 12 clínicas privadas. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
- <sup>59</sup> TAYLOR, BOGDAN. Introducción a los métodos cualitativos. Barcelona: Ed. Paidós, 1986: 100.
- <sup>60</sup> MARTÍNEZ- GONZÁLEZ M.A, DE IRALA J, FAULIN F.J. Bioestadística amigable. Madrid: Ed. Díaz de Santos, 2005.
- <sup>61</sup> MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2005. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006, en [www.msc.es](http://www.msc.es)
- <sup>62</sup> DIPUTACIÓN GENERAL DE ARAGÓN. Departamento de Epidemiología, 2006
- <sup>63</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Datos básicos de España, 2004, en [www.ine.es](http://www.ine.es)
- <sup>64</sup> CLÍNICA DATOR. Aborto en mujeres inmigrantes, 1997, en [www.clínica-dator.com](http://www.clínica-dator.com)
- <sup>65</sup> FUNDACIÓN MUJERES Y CLÍNICA DATOR. Violencia Contra las mujeres. Piloto de tamizado de detección en consulta para interrupción voluntaria del embarazo. Informe, 2004.



<sup>66</sup> BARROSO P, LUCENA MA, PARRÓN T. Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres de un Distrito Sanitario de Almería durante el periodo de 1998- 2002. Revista Española de Salud Pública. Vol. 79 nº 4. Julio- Agosto 2005.

<sup>67</sup> COMUNIDAD DE MADRID. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de MADRID nº 3, Vol. II. Marzo 2005.

<sup>68</sup> NOGUEIRA CH. Estudio en 15 clínicas privadas de 10 provincias realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. El País 2006 Nov 28: 32.

<sup>69</sup> MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, PLAN DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y EL OBSERVATORIO DE SALUD PARA LA MUJER. La Interrupción Voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Informe,2005.

<sup>70</sup> PINTER B. Medico legal aspects of abortion in Europe. Eur J Contracept Reprod Health care 2002 Mar; 7 (1): 15-9.

<sup>71</sup> GONZÁLEZ C. Cuadernos de Salud Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Cad. Saúde Pública vol. 21 nº 2. Río de Janeiro Mar/Apr. 2005.

<sup>72</sup> FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Oficina de Cuba, Ministerio de Sanidad Pública, Dirección Nacional de Estadística. Indicadores Seleccionados de Población y Salud. Encuesta de Fecundidad 1992. Cuba, 1992, en [www.eurosur.org/FLACSO/mujeres/cuba](http://www.eurosur.org/FLACSO/mujeres/cuba)

<sup>73</sup> GONZÁLEZ ALONSO J, PÉREZ R. Interrupción voluntaria del embarazo: accesibilidad según comunidad autónoma de residencia 1990- 2000. Gac. Sanit 2002; 16: 189.

<sup>74</sup> BOSCH S, TEJADILLOS S, ZURRIAGA O, ET ALI. Influencia de la edad de la mujer en las interrupciones voluntarias del embarazo. Gaceta Sanitaria 2002 Sep; 16 (1): 88-89.

<sup>75</sup> CENTRO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS (CSIC) Y EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA. Estudio sobre factores de interrupción del embarazo. Madrid, 2005, en [www.csis.es/prensa/noticias2005](http://www.csis.es/prensa/noticias2005)



<sup>76</sup> CLÍNICA DATOR. Estudio de mujeres jóvenes españolas e inmigrantes hasta los 25 años, 2002, en [www.clinica-dator.com](http://www.clinica-dator.com)

<sup>77</sup> GÜELL O. Los abortos entre los adolescentes han subido el 250% desde 1996. El País 2005 Spt 19, en [www.elapis.es/articulo](http://www.elapis.es/articulo)

<sup>78</sup> MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2004. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005, en [www.msc.es](http://www.msc.es)

<sup>79</sup> PASARÍN M. I., SALVADOR J, BORRELL C. Diferencias etarias del impacto de las interrupciones voluntarias del embarazo sobre las tasas de fertilidad en la ciudad de Barcelona. Gaceta Sanitaria. 2002 Sep; 16 (1): 88-89.

<sup>80</sup> ROSS J, GODEAN E, DIAS S. Los adolescentes españoles y su salud. Estudio Health Behaviour in school. Aged children (HBSG- 2002). Madrid, 2004: 222- 223.

<sup>81</sup> DOUVIER S, LORDIER- HUYNH-BA C, ROUSSEAU T, REYNAUD I. Interruption volontaire de grossesse: étude comparative entre 1982 et 1996 sur le principal centre de Côte d'Or. Analyse des femmes ayant des interruptions volontaires de grossesse itératives. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2001 Mar; 29 (3): 200-210.

<sup>82</sup> EQUIPO DAPHNE. Evolución de la anticoncepción en España: sociedad, salud y medios de comunicación. 2006, en [www.infoforhealth.org/popreporter/es/2006/02-06.shtml](http://www.infoforhealth.org/popreporter/es/2006/02-06.shtml)

<sup>83</sup> DUEÑAS J.L, LETE I, SERRANO I, ET AL. La práctica de los “descansos” en el uso de anticonceptivos hormonales orales en España. Resultado de cuatro encuestas de ámbito nacional, en [www.equipodaphne.es/otraspublicaciones.php?y=2006](http://www.equipodaphne.es/otraspublicaciones.php?y=2006)

<sup>84</sup> CLÍNICA DATOR. Estudio sobre la Contracepción postcoital. 2001, en [www.clinica-dator.com](http://www.clinica-dator.com)

<sup>85</sup> PINTER B. Medico- legal aspects of abortion in Europe. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2002 Mar; 7 (1): 15-9.



