

SEMINARIO SOBRE ESTERILIZACION FEMENINA VOLUNTARIA

Dr. Guillermo López Escobar

Consideraciones demográficas

Antes de detenernos en la esterilización femenina, en sí quisiera presentar algunas consideraciones demográficas generales, en la forma más elemental y somera posible.

Si aceptamos que seres animados reconocibles como humanos han existido en la tierra por más de 200.000 años, ésto significa que se necesitaron unos 199.000 años para que 1.000 años antes de la era cristiana, el total de la población humana alcanzara unos 300 millones. La tasa de crecimiento fue lenta, unas 1.500 personas por año. Es indudable que durante la mayor parte de la historia humana las altas tasas de natalidad fueron neutralizadas en el curso ordinario de los hechos, por una alta tasa de mortalidad ayudada de tiempo en tiempo por epidemias esporádicas que reducían agudamente el número de habitantes. (Cuadro crecimiento mundial).

Para 1.650 el total de la población en la tierra era del orden de los 500 millones. La humanidad había comenzado a expandirse, pero así y todo los 1.000 millones fueron alcanzados alrededor de 1850. Otros 1.000 millones para hacer un total de 2.000 millones fue agregado 80 años más tarde alrededor de 1930 y desde entonces más de 1.000 millones se han sumado al conglomerado humano para

llegar a más de los 3.500 millones en este año, a las tasas actuales se estima que solo de 1969 a 1980 se aumentaron otros mil millones. Un incremento en algo más de una década de un número de personas casi igual al total de la población existente en el mundo en 1850.

Este enorme aumento de la población no es debido a una fecundidad aumentada o creciente. Es debido más que todo a los espectaculares avances de la tecnología y a la mejora del standard de vida que han traído una caída dramática de las tasas de mortalidad, aún en áreas en donde las tasas de natalidad han continuado altas.

Concepto de la transición demográfica y tiempo que tomó en Europa en relación con América Latina (Cuadro de T. Demográfica).

Así en Colombia la problemática puede resumirse en la frase de que: cada 21 años la población de Colombia se duplica. (Cuadro Crecimiento Colombia).

Al descubrimiento de América Latina la población de Colombia se calculaba en 850.000 habitantes (1492).

En el año de 1835 esta población llegaba a 1.686.038 (primera duplicación 343 años).

En 1905 esta cifra se había elevado a 4.300.000 (segunda duplicación en menos de 70 años).

En censo de 1938 arrojó la cifra de 8.700.000 habitantes (tercera duplicación en 33 años).

En censo de 1964 arrojó en términos redondos 17 y medio millones de habitantes (cuarta duplicación en 26 años).

La quinta duplicación hacia 1985 mostrará cifras entre 31 a 35 millones de acuerdo con las diferentes estimaciones.

Este crecimiento implica una población crecientemente joven con una pirámide de población de base ancha (Cuadro Pirámides y Comparación). Casi la mitad de la población 46,7% en 1964 pertenecía al grupo de 0 a 14 años.

Tasa de dependencia. Población activa.

Cuadro de crecimiento y de cómo la tasa de dependencia de acuerdo con las proyecciones es aún menor que la de hoy día con un descenso utópico como el mostrado.

No quiero detenerme en el crecimiento de ciudades como la capital que dobla su población en 9 a 10 años lo que implica suministrar servicios cada año a una nueva ciudad del tamaño de Ibagué o del antiguo Manizales.

Pudiéramos extendernos por largo tiempo sobre estas consideraciones demográficas relacionadas con el crecimiento de la población. Sin embargo no es este el contexto en el cual quisiéramos mirar el tema de la esterilización femenina. Existen otros aspectos que se hacen algo más patentes si restringimos nuestras consideraciones a la alta fecundidad de la

mujer colombiana. El cuadro que presentamos no representativo de la población en general, sino indicativo nos puede servir de muestra. Mujeres que a los 28,6 años de edad ya han tenido un promedio de 5.5 embarazos colmando con creces sus deseos. Qué va a suceder en 10 o 20 años de vida reproductiva que aún les queda?

Consideraciones generales

Con este interrogante consideremos algunos de estos otros aspectos.

La evolución biológica y cultural de la humanidad ha subrayado la separación de la actividad sexual y de la actividad reproductiva como actividad svalederas cada una de por sí. Por un lado una de las características de la especie humana es la falta de sincronización entre el apareamiento sexual y la ovulación. De otra parte bien conocido es el valor que la actividad sexual tiene en el mantenimiento de parejas estables y en la cohesión familiar y la importancia de tal sistema en la evolución de la sociedad. La oportunidad de decidir el número y el espaciamiento de los hijos constituye así mismo, un derecho humano fundamental (1).

Sin tener en mente en absoluto consideraciones de tipo demográfico general como las esbozadas anteriormente, el hombre ha codiciado la fertilidad o la esterilidad de acuerdo con el momento vivido y las circunstancias sufridas y ha buscado, desde las épocas primitivas procedimientos o métodos para conseguir la esterilización voluntaria femenina.

Posiblemente fue el Dr. James Blundell de Londres (2) quien primero

1 Declaración de Naciones Unidas. 1967.

2 Pai. D. N. Voluntary Sterilization as a component of Family Planning Key Note Address 2, Int. Conf. on Voluntary Sterilization. Fe. 25 Marzo 1973 Ginebra.

introdujo la esterilización femenina como procedimiento en 1823. Sin embargo, ya en tiempos de Hipócrates se dice que la esterilización femenina era aconsejada para eliminar la perpetuación de enfermedades mentales (3) y Noonanaanota que el Talmud menciona las mujeres que han sido "divididas o partidas" en un contexto que no explica la operación pero sugiere que la esterilización en alguna forma era conocida (4).

En este siglo, la evolución de la esterilización, recorre tres fases que en cierto modo reflejan la evolución de sus indicaciones, eugenésicas, médicas y socio-demográficas. Durante la primera mitad del siglo algunos países aceptan la esterilización para ciertos casos de enfermedades mentales. De los años 20 a los años 40 la esterilización femenina se practica más que todo por indicaciones médicas y para salvaguardar aquellas mujeres en quienes el embarazo puede constituir un alto riesgo. De los años 40 o 50 más y más se recurre a ella para ofrecérsela a las mujeres de alta paridad que han completado su familia y que tienen dificultades en controlar su fecundidad por otros métodos.

Las actitudes sociales en relación con la esterilización femenina varían con la época, con las diversas comunidades, dentro de los mismos médicos y ginecólogos y aún dentro de las mismas mujeres. Sirva como muestra el contraste de países como Yugoslavia, que hace poco algunos de nosotros tuvimos oportunidad de visitar y en donde la esterilización femenina prácticamente es inexistente ya que las mujeres recurren al aborto legalizado, en contraposición con algunos países de nuestro continente como Puerto Rico en donde gran porcentaje de mujeres optan por ligarse las trompas mejor que recurrir a la

esterilización del marido y en preferencia sobre otros métodos anticonceptivos, anotando muchas de ellas que el compañero resiente todo otro tipo de contracepción.

Acceptabilidad

a) **Desconocimiento:** Es un procedimiento en general poco conocido por la comunidad, aún en estratos educados y aún en áreas urbanas. (Cuadro del Método conocido ENF. - Cuadro de conocimiento de esterilización femenina ENF. - Cuadro de conocimiento de métodos graficado ENF. - Cuadro de uso de métodos. Uso obviamente menor que el conocimiento. Todos datos colombianos). Pero no sólo el desconocimiento real es extenso sino que se acompaña de un desconocimiento parcial unido a multitud de tabúes o de temores fundados o infundados producto del tradicionalismo unos o de la ignorancia otros. Entre los temores más difundidos pudieran citarse: (acetato).

b) **Temor a la Inseguridad:** En muchas sociedades tradicionalmente los hijos han sido considerados como un seguro contra la vejez. Cuando lo usual es un desperdicio de vida por altas tasas de mortalidad, ellas inducen un deseo de más hijos como una reacción de protección a la inseguridad. No existe la suficiente confianza sobre la posible supervivencia para pensar en una familia más pequeña.

c) **Temor a herida o daño físico:** Cualquier herida o procedimiento quirúrgico provoca ansiedad. La asocia-

3 Bathia D. Role of sterilization operations in family planning Pakistan International Family Planning Conference. Enero 28 Feb. 4 1969, Dacca.

4 Noonan J. T. Contracepción Harvard Press. Pág. 11 Cambridge Mass. 1966.

ción con un ambiente o reclusión hospitalaria, anestesia, etc. constituyen un temor natural, en parte solucionado como veremos adelante por el avance tecnológico.

d) **Temor a daño sexual:** Todo lo que tenga que ver con el sexo, así sea la sola palabra sexo, despierta vivencias de profundas raíces que muchas veces nos obligan a reacciones que afloran en forma insospechada. Si a esto se agrega el concepto mal informado que reúne esterilización con castración o con trastornos del tipo del hirsutismo o de modificaciones en la libido el temor se convierte en pavor.

e) **Temor a daño familiar:** La posibilidad de una catástrofe familiar con muerte de la mayoría de los hijos o del cónyuge hacen ver con aprehensión un procedimiento considerado como muy drástico en el sentido de la reversibilidad, ya que hasta el presente no hay ningún método ciento por ciento reversible. Recordemos sin embargo, que de 2.930.-863 individuos esterilizados en el gran Bombay, sólo 291 solicitaron la recanalización. Al parecer la necesidad de una reversibilidad real no es muy grande pero el hecho de poder confiar en una reversibilidad más segura es una necesidad cuya búsqueda debe ser reforzada.

f) **Temor a daño moral:** Por pensar que el procedimiento pueda producir una sociedad más permisiva, basado en el concepto a nuestro parecer erróneo de que el temor al embarazo y no la sana orientación es el freno que evita la promiscuidad.

g) **Temor a daño del grupo:** Por creencias religiosas o regionales.

Aplicabilidad (acetato)

La tecnología avanza a pasos agi-

gantados y al simplificar el procedimiento ha aumentado su aplicabilidad. Los siguientes factores han sido básicos:

a) Simplicidad de la técnica en sí, cuyo entrenamiento no requiere necesariamente el entrenamiento previo de un especialista.

b) Disminución de los costos.

c) La transformación de un procedimiento hospitalario a un procedimiento ambulatorio con menor reposo en cama, menor tiempo de recuperación, menor ausentismo al trabajo y por ende menor lucro cesante.

d) Las esterilizaciones en el Postparto inmediato con técnica que no aumenta ni el costo ni la estadía hospitalaria de la mujer que acaba de terminar su gestación.

Prevalencia y efectividad

José Curt en Puerto Rico (5) anota que en un estudio llevado a cabo en toda la isla en 1940, 7% de las mujeres habían sido esterilizadas. Seis años más tarde esta cifra se había elevado a un 16%. Sin embargo, tal aumento en la prevalencia de la esterilización no trajo una declinación en la fecundidad de la isla. La esterilización se practicaba esencialmente en aquellas mujeres que ya habían tenido un número grande de hijos. En 1965 la información de una investigación por muestreo demostró que un 34% de las madres portorriqueñas de 20 a 49 años habían sido esterilizadas. Al comparar la fecundidad de las mujeres esterilizadas con las de las no esterilizadas al final de

5 Curt J. N. Evidence relating to acceptability of sterilization. The Puerto Rican experience. Int. Conf. on Voluntary sterilization. Feb. 25 — Marzo 1º 1973 Ginebra.

su vida fecunda el número promedio de hijos de las esterilizadas es de 3.9 nacimientos por madre y en las de las no esterilizadas es de 7.

En Tailandia la esterilización post-parto ha aumentado en popularidad incrementándose de 12.000 en 1968 a por encima de 30.000 en 1972 (6).

En la India el número de esterilizaciones ha sido enormemente grande y se calcula que por cada esterilización se ahorran 1.5 embarazos.

En Venezuela la esterilización femenina ha aumentado en la Clínica de Maternidad Concepción Palacios en Caracas de 0.9 por mil embarazos en 1939 a 20.6 por mil embarazos en 1968 (7).

En la ciudad de Panamá una muestra de mujeres de 15 a 45 años de edad indicó que el 40% de las mujeres que usaban algún método estaban ligadas (8). Un aspecto interesante es la comparación del promedio de hijos nacidos vivos tenidos por mujeres esterilizadas y por madres entrevistadas en la encuesta de Hogares (Acetato).

Parece significativo señalar como las mujeres esterilizadas terminan con un promedio de casi dos hijos menos que las de las madres no esterilizadas.

Mencionamos ya la práctica ausencia de la esterilización femenina en los países de la Europa Oriental.

Obviamente la esterilización femenina es un método en el que la efectividad teórica se confunde con la efectividad en uso. En 10 estudios publicados en década del 60 sobre 20.000 mujeres con aproximadamente 96.000 años mujer de seguimiento ocurrieron solo 34 embarazos como falla del procedimiento lo que daría una tasa de 0.4 por cien años mujer (9).

Seguimiento

(Acetato). Cuadro de Steptos.

ESTERILIZACION FEMENINA

Acceptabilidad

- a) Desconocimiento.
- b) Temor a la inseguridad. Alta mortalidad infantil induce el deseo de más hijos como expresión de inseguridad en el futuro.
- c) Temor a herida o daño físico.
- d) Temor a daño sexual o genital.
- e) Temor a daño familiar.
- f) Temor a daño moral por mayor permisibilidad o sociedad más permisiva.
- g) Temor o daño de grupo. Creencias religiosas o étnicas.

6 Rosenfield A. C. Sterilization procedures. Their role in developing country family planning programs. 2. Int. Conference o Voluntary Sterilization Fe. 25, Marzo 1973 Ginebra.

7 Agüero O. & Cárdenas-Conde L. Tubal ligation in Caracas Venezuela Human Sterilization Conference Proceedings. Oct. 28-31 Cherry Hill New Jersey. Ch. C. Thomas ed. 1972.

8 H. Araica. Breves Notas sobre Esterilización Femenina en Panamá. Ministerio de Salud de Panamá, mimeo 1971.

9 Diczfaluzi E. & Borell U. Control of Human Fertility. Almqvist & Wiksell Ed. Estocolmo 1971.

PROMEDIO DE HIJOS VIVOS EN MUJERES DE PANAMA

Edad	Esterilizadas (Inv. Hospitales)	Madres esterilizadas o no (1969) (Encuesta hogares)
Menores de 25 años	2.81	2.16
25 a 29 años	3.38	3.55
30 a 34 años	3.84	4.72
35 años y más	4.37	5.53

Fuente: H. Araica. Notas sobre Esterilización Femenina en Panamá.

ESTERILIZACION FEMENINA

CUESTIONARIO SOBRE 278 RESPUESTAS (12 MESES O MAS DESPUES)

1) Está usted satisfecha de la esterilización		SI	98 %
		NO	2 %
2) Sus períodos son:			
	Iguales		39 %
	Más abundantes		33 %
	Menos abundantes		28 %
3) Las relaciones sexuales son:			
	Más frecuentes		30 %
	Menos frecuentes		15 %
	Iguales		55 %
4) Las relaciones sexuales son:			
	Más placenteras		57 %
	Menos placenteras		14 %
	Iguales		29 %
5) Está su marido satisfecho		SI	93 %
		NO	4 %
		OTRAS	3 %

Fuente: P. C. Steptoe. Surgical Methods of Fertility Control Brit. Med. Bull. 26. 62 January 1970.

ESTERILIZACION FEMENINA

Aplicación

 LA TECNOLOGIA AVANZA A PASOS
 AGIGANTADOS

- a) Simplicidad en la técnica.
 - b) Menor costo.
 - c) Menor reclusión hospitalaria. Procedimientos ambulatorios.
 - d) Posibilidad de exclusión de anestesia general.
 - e) Procedimiento Post-parto inmediato que no implica aumento de costo o estadía hospitalaria, etc.
-