

BAJA FECUNDIDAD  
¿EL FUTURO DE EUROPA?



# Entre Nous

REVISTA EUROPEA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

NÚM. 63 - 2006



EUROPA

**Entre Nous es una publicación de:**

Programa de Investigación y Salud Reproductiva.  
Oficina Regional Europea de la OMS  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhague Ø  
Dinamarca  
Tel.: (+45) 3917 1602  
Fax: (+45) 3917 1818  
Correo electrónico: [entrenous@euro.who.int](mailto:entrenous@euro.who.int)  
[www.euro.who.int/entrenous](http://www.euro.who.int/entrenous)

**Editora Jefe**

Dra. Gunta Lazdane

**Editora**

Jacqueline Bryld

**Ayudante de edición**

Dominique Gundelach

**Maquetación**

Sputnik Reclame Aps, Dinamarca.  
[www.sputnikreclame.dk](http://www.sputnikreclame.dk)

**Imprenta**

Central tryk Hobro a/s

*Entre Nous* está financiada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Nueva York, y apoyada por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud en Copenhague, Dinamarca.  
Se publica tres veces al año. La tirada actual es de: 3000 ejemplares en inglés, 1100 en español, 2000 en portugués, 1000 en búlgaro, 1500 en ruso y 500 en húngaro.

**Entre Nous se edita:**

**En búlgaro:** por el Ministerio de Sanidad de Bulgaria, en el marco de un proyecto del FNUAP.

**En húngaro:** por el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Escuela Universitaria de Medicina de Debrecen. Apartado de Correos 37, Debrecen, Hungría.

**En portugués:** por la Dirección General de Salud, Alameda Afonso Henriques 45, P-1056, Lisboa, Portugal.

**En ruso:** por el Centro de Información de la Salud de la OMS para las Repúblicas de Asia Central.

**En español:** por el Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Condesa de Venadito, 34, Madrid, España.

Las versiones española y portuguesa se distribuyen directamente por la representación del FNUAP y las Oficinas Regionales de la OMS en los países de lengua española o portuguesa de África y América del Sur.

*Entre Nous* puede traducirse a cualquier lengua nacional y ser reproducida en publicaciones, periódicos y revistas, así como en páginas web, siempre que se indique la fuente de información *Entre Nous*, FNUAP y Oficina Regional Europea de la OMS.

**Los artículos publicados en *Entre Nous*, no representan necesariamente la opinión del FNUAP o de la OMS. Toda solicitud de información debe ser remitida a las personas firmantes de cada artículo.**

Para más información sobre las actividades respaldadas por la OMS y los correspondientes documentos, dirigirse a la unidad de Salud Comunitaria y de la Familia en la dirección señalada arriba.

La solicitud de publicaciones de la OMS deberá dirigirse directamente a la agencia de ventas de la OMS en cada país o a Distribución y Venta, OMS, CH-1211, Ginebra 27, Suiza.

**Editorial**

*Por Gunta Lazdane y Jacqueline Bryld* **3**

**¿Ha caído Europa en la trampa de la baja fecundidad?**

*Por Nikolai Botev* **4**

**Consideraciones sobre derechos humanos ante el desafío de la baja fecundidad**

*Por Jane Gauthier* **8**

**Tendencias actuales de las tasas de fecundidad –e infertilidad– en Europa**

*Por Karl Nygren, Gunta Lazdane* **10**

**Determinantes de la baja fecundidad en Europa**

*Por Hans-Peter Kohler* **12**

**Señales de cambio poblacional en Europa**

*Por David E. Bloom, David Canning* **14**

**Baja fecundidad, baja prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos y elevado número de abortos – El caso de Serbia**

*Por Mirjana Rasevic, Katarina Sedlecki* **16**

**Defensa de la familia – la experiencia de Letonia**

*Por Linda Anderson* **18**

**Salud sexual y reproductiva en los países con bajas tasas de fecundidad**

*Por Radosveta Stamenkova, Todor Chernev* **20**

**La fecundidad más baja posible en Italia: qué saben las y los gestores y respuestas políticas**

*Por Francesca C. Billari* **22**

**Qué hay detrás de la sorprendente estabilidad en las tasas de fecundidad en Rumania**

*Por Vasile Ghetau, Laurian Arghisan* **24**

**Cambios recientes en la política familiar de Austria y Alemania – Una respuesta ante la muy baja tasa de fecundidad**

*Por Alexia Prskawetz, Isabella Buber, Tomas Sobotka, Henriette Engelhardt* **27**

**Recursos**

*Por Jacqueline Bryld* **30**

**CONSEJO EDITORIAL DE ENTRE NOUS****Dra. Assia Brandrup-Lukanow**

Directora, División de Salud, Educación y Protección Social de la Agencia Alemana para la Cooperación Técnica (GTZ)

**D. Bjarne B. Christensen**

Jefe de Secretariado Sex og Samfund, Asociación Danesa de Planificación Familiar.

**Dra. Helle Karro**

Jefa del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina. Universidad de Tartu, Estonia.

**Dr. Evert Ketting**

Escuela de Salud Pública de los Países Bajos Utrecht, Países Bajos.

**Dra. Malika Ladjali**

Especialista Principal del Programa, UNESCO/Dirección zonal, París.

**Dña. Adriane Martín Hilber**

Oficiala Técnica Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS/ Dirección zonal, Ginebra.

**Dña. Nell Rasmussen LLM**

Directora PRO- Centret, Copenhague

**Dr. Peer Sieben**

Director Nacional y Representante del FNUAP, Rumania.

**Dña. Vicky Claeys**

Directora Regional de la Red Europea de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF-EN). Bruselas.

**Dr. Robert Thomson**

Consejero sobre Sexualidad, Salud Reproductiva y Derechos Equipo del Servicio Técnico Nacional del FNUAP para Europa (en Bratislava)

Jacqueline  
Bryld



Gunta  
Lazdane



**Más de la mitad de los países que conforman la Región Europea de la OMS tiene unas tasas de fecundidad que se definen como bajas o muy bajas. Esta característica significativa de la población de la región europea está, en algunos países, causando preocupación, debido a los cambios estructurales en el mercado laboral y la economía nacional, o a los que podrían darse en el futuro. En este número de *Entre Nous* se ilustra cómo las soluciones políticas a estas "crisis demográficas" son complejas y específicas para cada contexto.**

En el Museo de la Anticoncepción se expone la historia del ser humano intentando planificar la familia y prevenir embarazos no deseados. Desde el descubrimiento de la anticoncepción hormonal a mediados del siglo pasado, la investigación en este ámbito ha derivado en la existencia de una amplia variedad de opciones para las parejas, todas ellas orientadas a asegurarles el «derecho a tener una vida sexual satisfactoria y segura; así como a decidir libre y responsablemente el número de hijos o hijas, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos» (Programa de Acción (POA) elaborado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD), 1994).

Durante los últimos 20-30 años la comunidad internacional ha cambiado su posición en cuanto a las metas de desarrollo, pasando de centrar su atención en el control de la población mundial, a la consolidación de los derechos en salud sexual y reproductiva. Diferentes acuerdos internacionales han sentado las bases y establecido recomendaciones para alcanzar «un estado de completo bienestar físico,

mental y social y no únicamente la ausencia de dolencia o enfermedad, en todo lo relacionado con la salud sexual y reproductiva» (POA ICPD, 1994). Durante la 57 Asamblea Mundial de la Salud en 2004 se aprobó la primera Estrategia Global sobre Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud con el fin de acelerar el avance hacia el cumplimiento de las metas y objetivos de desarrollo internacionales. Desde entonces, han sido muchos los países que han analizado la salud reproductiva de sus poblaciones y han desarrollado sus propias estrategias para mejorarla. Paralelamente a este proceso, surge la siguiente pregunta: «¿cuál es la importancia de estos acuerdos internacionales así como del objetivo de lograr el acceso universal a los servicios de salud reproductiva en todos los países de la región europea de la OMS, en la que más de la mitad de los Estados Miembros presentan tasas de fecundidad bajas y un crecimiento poblacional negativo?».

Dejemos algo claro –estos acuerdos son de gran importancia y algunas personas opinarían que ahora más que nunca–. Desde la ICPD en 1994 y el Informe Mundial en 2000, ha habido diferentes intentos de mermar los compromisos globales dirigidos a asegurar los derechos reproductivos y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Como se puede leer en varios artículos de este número de *Entre Nous*, apoyar los derechos reproductivos de las mujeres y los hombres, incluso en el contexto europeo, puede ser un desafío ya que algunos países han sostenido políticas pro-natalistas que, en algunos casos, han entrado en conflicto con el afianzamiento de los derechos reproductivos.

De hecho, buena parte de la clase política en Europa, sigue de cerca la tendencia de las tasas de fecundidad, siendo significativo que diferentes países hayan establecido comités nacionales de alto nivel para valorar las posibilidades de cambio de la tendencia demográfica actual. Por ejemplo, el Presidente Vladimir Putin mencionó la crisis demográfica de Rusia durante su debate sobre el estado de la nación de este año y ha hecho de esta cuestión una de sus mayores prioridades: «en primer lugar una menor tasa de mortalidad; en segundo lugar, una política migratoria eficiente y en tercer lugar mayores tasas de natalidad».

Esta edición de *Entre Nous* está pensada para ayudar a conocer más a las personas que ejercen en política, respecto a la tendencia general de las tasas de fecundidad en Europa y sobre la forma en que algunos países están tratando de responder a lo que ya se conoce como «la crisis de la fecundidad», por ejemplo, mediante el apoyo

a las parejas con descendencia o la creación de entornos amigables para las familias. Hemos invitado a diferentes especialistas en este tema procedentes de instituciones académicas, asociaciones profesionales y agencias de la ONU para debatir sobre el papel de los servicios de atención sanitaria en el incremento de las tasas de natalidad. En muchos artículos se hace hincapié en el papel de los factores sociales y nacionales que presentan ejemplos de políticas nacionales en países de diferentes partes de la región europea.

Queda más allá de toda duda que todos los esfuerzos deberían ir dirigidos a asegurar que la educación en salud sexual se integra en el análisis de los valores humanos y las responsabilidades de cada adolescente. Es también evidente que la información y el conocimiento aumentan la posibilidad de tomar una decisión informada y de prevenir errores en el comportamiento sexual que podrían tener consecuencias a largo plazo. Los servicios de salud reproductiva deben responder a las necesidades de todas las mujeres y hombres así como satisfacer sus objetivos en lo relativo a la planificación familiar. La Comunidad global está intentando lograr el acceso universal a la salud reproductiva en el año 2015 en menos de 10 años. Es nuestra obligación asegurar que los servicios de salud reproductiva sean accesibles y de calidad en todos los países, incluyendo aquellos en los que existen tasas bajas de fecundidad.

Esperamos que esta edición de *Entre Nous* resulte de utilidad para sus actividades futuras en el área de los derechos de salud sexual y reproductiva y más allá.

**Gunta Lazdane**  
[gla@euro.who.int]  
Editora Jefe

**Jacqueline Bryld**  
[jbr@euro.who.int]  
Editora

# ¿HA CAÍDO EUROPA EN LA TRAMPA DE LA BAJA FECUNDIDAD?

La «trampa de la baja fecundidad»

**Actualmente las tasas de fecundidad en Europa (a) han descendido hasta unos niveles muy bajos –la mayoría de los países tienen una tasa de fecundidad total (TFR) por debajo de 1,5 nacimientos por mujer–. Varios estudios recientes sugieren que estas tasas han alcanzado un umbral a partir del cual la tendencia es a seguir descendiendo. Por ello, una vez que la TFR cae por debajo de 1,5, es mucho más difícil que se recupere. Lutz (1) denominó a este fenómeno como «la trampa de la baja fecundidad» (b). La mayoría de los países de Europa del sur, central y del este, incluyendo la parte europea perteneciente a la antigua Unión Soviética, parecen haber caído en esta «trampa».**

Además, en algunos de estos países la TFR está incluso por debajo de 1,3, un nivel que Kohler Billari y Ortega (2) denominan como «la fecundidad más baja posible» (c) – ver figura 1.

Han existido ocasiones en el pasado en que la población ha experimentado tasas muy bajas de fecundidad (p. ej. el bien conocido caso de Francia durante la Primera Guerra Mundial). Hasta principios de los años 70, cuando la tasa de fecundidad de la antigua Alemania Occidental cayó por debajo del 1,5, esto sólo había ocurrido bajo circunstancias muy excepcionales (por ejemplo, guerras) y siempre seguido de una rápida recuperación. Fueron Italia y España los primeros países en romper la barrera de la «fecundidad más baja posible» en 1993, seguidos en los dos años siguientes por varios países de Europa central y del este (Bulgaria, República Checa, Lituania y Eslovenia). Alemania occidental ostentó la dudosa fama de ser el primer país en tener una TFR por debajo de 1 en tiempo de paz –la TFR se situó por debajo de 1 durante el periodo de 1991 a 1996, bajando hasta 0,77 en 1993 y 1994.

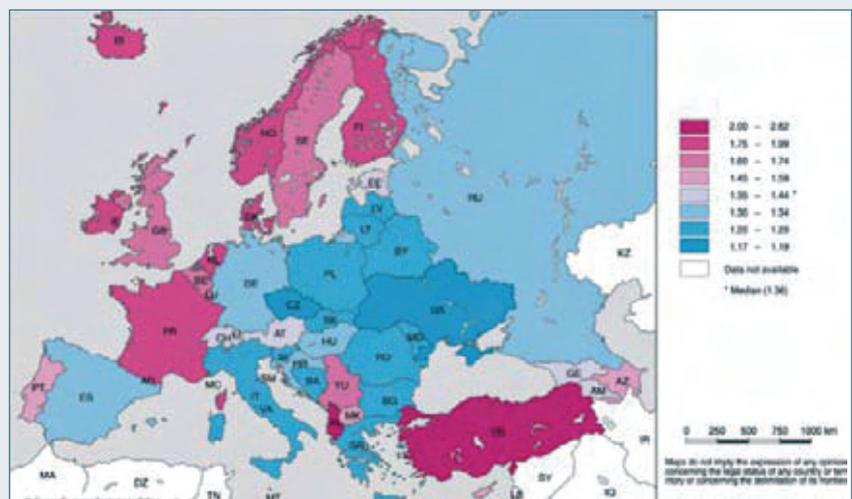
Los niveles bajos de fecundidad no se limitan sólo a Europa. Diversos países asiáticos han caído también en la «trampa de la baja fecundidad» – Hong Kong fue el primero en hacerlo en 1985, y en la actualidad, junto con Macao y otra Región Administrativa Especial de la República Popular de China, tiene una TFR por debajo de 1. Japón, la República de Corea y Singapur también tienen TFR por debajo de 1,5. En Norteamérica, Canadá ha estado cerca de la

«trampa» durante varios años y los últimos datos sugieren que en 2002 su TFR era ya de 1.48 (3). En Latinoamérica, Cuba tuvo una TFR por debajo de 1,5 a mediados de los años 90, aunque el país es uno de los pocos ejemplos donde el indicador ha remontado sobre el umbral de 1,5.

## ¿Es el «Quantum» o es el «Tempo»?

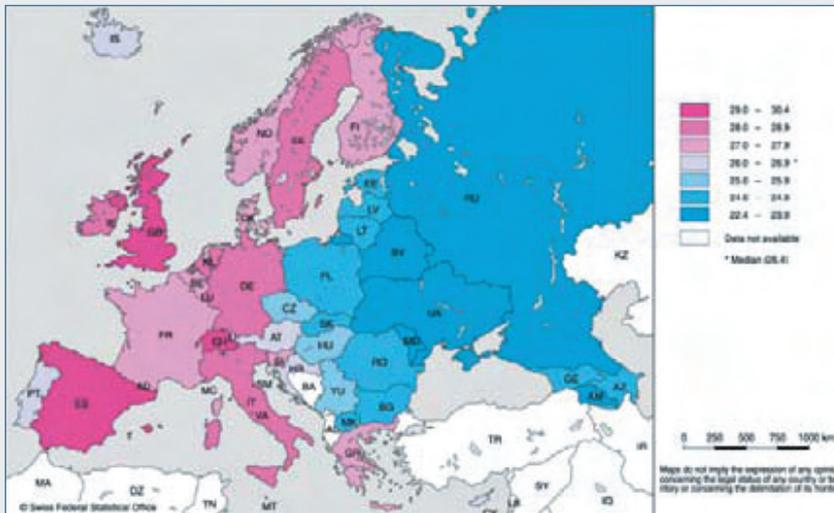
Esta es la pregunta que se han estado haciendo las personas expertas en relación a como interpretar el descenso en las tasas de natalidad. Ya que los niveles y tendencias de los indicadores de periodos de fecundidad, como la TFR, pueden medirse de dos maneras: cambios en el número de nacimientos por cada mujer, y cambios en el momento en que se producen. La TFR señala el promedio de nacimientos que una mujer tendrá al finalizar su edad reproductiva, si ella representara la tasa de fecundidad para su grupo de edad en un período determinado; esta medida extrapola una experiencia transversal al curso vital de una cohorte. El retraso de la maternidad introduce distorsiones en este cálculo. La tasa de fecundidad completa (CFR), por otro lado, presenta la media real del número de nacimientos que una mujer de una cohorte real tiene al final de su edad reproductiva. Los cambios en la tasa de fecundidad completa a menudo se denominan como «quantum», mientras que, los cambios en el momento de los nacimientos, se les conoce como efectos de «tempo». Cabe señalar que la cuestión de fondo es el retraso en la maternidad y que las TFRs subestiman de

**Figura 1**  
Tasa de fecundidad total (TFR) en Europa durante 2003 (nacimientos por mujer)





**Figura 2**  
Promedio de edad de las mujeres al primer nacimiento durante 2003



**Tabla 1.**  
Proporción de mujeres entre 18 y 34 años y de más de 55 que han declarado que «ninguno» es el número ideal de hijos o hijas (%)

País	Grupo de edad 18-34	Grupo de edad 55+	País	Grupo de edad 18-34	Grupo de edad 55+
Austria	12.6	6.1	Letonia	1.9	1.8
Bélgica	9.4	5.5	Lituania	2.2	2.2
Bulgaria	0	0.8	Luxemburgo	6.2	4.4
Chipre	1.8	0	Malta	1.9	5.8
República Checa	5.2	1.0	Países Bajos	12.2	5.7
Dinamarca	2.0	1.6	Polonia	4.1	1.6
Estonia	1.5	4.0	Portugal	3.7	2.3
Finlandia	4.3	3.3	Rumanía	3.1	2.1
Francia	3.7	3.9	Eslovaquia	2.0	1.3
Alemania	16.6	5.0	Eslovenia	3.4	1.3
Grecia	3.4	0.6	España	3.9	3.9
Hungría	4.1	1.4	Suecia	3.1	1.5
Irlanda	4.8	3.4	Turquía	0.8	0
Italia	3.8	2.4	Reino Unido	3.5	3.6

Fuente: Fahey, T. y Z. Spéder (2004). *Fertilidad y cuestiones familiares en la Europa ampliada*. Dublín, pag. 30.

alguna manera la fecundidad completa que será alcanzada por las cohortes de mujeres en edad reproductiva.

El mapa de la figura 2 presenta el promedio de edad de las mujeres en el momento de su primer parto a término en Europa a lo largo de 2003, y muestra el alcance del retraso en la maternidad. Para dar perspectiva a estos datos señalemos que, en 1975, el promedio de edad más alto al primer nacimiento, registrado en Europa entre las mujeres, era de 25,7 años (en Suiza); en ese momento, en la mayoría de los países, este indicador se situaba entre los 22 y los 24 años. La mayoría de las investigaciones realizadas interpretan este dato como parte de la tendencia general a retrasar las decisiones irreversibles o difícilmente reversibles, generalmente asociadas con cambios ideológicos y de otro tipo relacionados con la «segunda transición demográfica». De nuevo, de acuerdo con las predicciones de la teoría de la segunda transición demográfica sobre la importancia de la autonomía personal y de autoexpresarse, las diferencias individuales dentro de una población en cuanto al momento de tener descendencia, también se están incrementando (4).

Otra de las tendencias subyacentes a la baja fecundidad en Europa, es el incremento de mujeres que en muchas partes de Europa no tienen descendencia. La maternidad continúa siendo casi universal entre las mujeres de los países del centro y este de Europa, donde la proporción de estas que llegan a los 50 años de edad sin tener descendencia está bastante por debajo del 10% con variaciones relativamente pequeñas entre las diferentes cohortes. En el resto de Europa, sin embargo, esa proporción se sitúa generalmente por encima del 10 por ciento y continúa incrementándose. De acuerdo con algunas estimaciones, el deseo de no tener descendencia entre las mujeres nacidas después de 1970, podría aproximarse al 25 por ciento en países como Austria, Alemania (especialmente en la parte occidental) e Inglaterra y Gales (5). Aunque resulta sorprendente para las personas expertas, existe cada vez más evidencia de que, en algunos países de Europa occidental, (especialmente en Austria, Alemania y Países Bajos) el no tener descendencia, se presenta como el estilo de vida ideal (4). Los datos extraídos del estudio Eurobarómetro de 2002, indican que más de una de cada diez mujeres (de entre 18 y 34 años) en estos países, afirma que «ninguno» es el número ideal de hijos o hijas que desean tener (ver tabla 1).

Existe también evidencia de que el hecho de no tener descendencia, aunque se desee, también se está incrementando. Esto se debe,

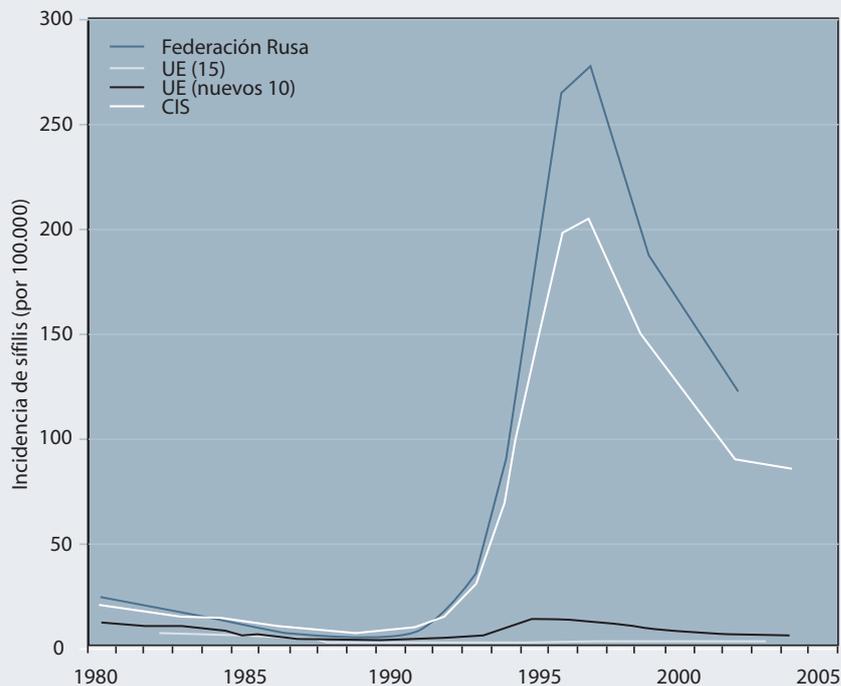
en parte, a factores relacionados con la formación de parejas (p. ej. la dificultad para encontrar pareja adecuada); y en parte, también a factores biológicos (infertilidad). Estos niveles y tendencias, respecto a la infertilidad, son difíciles de determinar debido a cuestiones relacionadas con su definición y su medida, sin embargo, existe evidencia de que, puesto que se ha retrasado la edad en la maternidad hasta el final de la edad reproductiva de la mujer, momento en que se reduce la posibilidad de la fecundación, la infertilidad aumenta y el riesgo de aborto se incrementa, cada vez más mujeres tienen problemas para quedarse embarazadas. En algunos países del este de Europa y en la Federación de Estados Independientes, se señalan con frecuencia otros dos factores que contribuyen al incremento de la infertilidad – la elevada incidencia de abortos de repetición y de infecciones de transmisión sexual (ITS). La figura 3 muestra el dramático incremento de las ITS tras la desaparición de la antigua Unión Soviética (d).

Además de posponer la maternidad y del aumento en la opción de no ser madre, están ocurriendo otros cambios asociados al descenso en la fecundidad. Uno de los más importantes, es la debilitación del vínculo entre matrimonio y maternidad. Esto ha conducido a una inversión en la relación entre fecundidad y nupcialidad, puesto que las tasas de natalidad son ahora más elevadas en los países con las proporciones más altas de nacimientos en solteras, mayor frecuencia de divorcios y una edad media más elevada al primer matrimonio (para más detalles ver (4)). La proporción de nacimientos de madres solteras se ha incrementado en toda Europa. En el norte del continente más de la mitad de los nacimientos tienen lugar fuera del matrimonio – Islandia es el país con la proporción más elevada, donde hasta el 65 por ciento de los nacimientos se dan en esta situación. Cabe destacar, sin embargo, que la gran mayoría de estos nacimientos suceden en parejas que conviven.

### Políticas pro-natalistas: ser o no ser

La duda de Hamlet ha estado presente en muchas personas dedicadas a la política en Europa. Las actitudes y las formas de intervención para influir sobre las tasas de natalidad, varían a lo largo de Europa. Francia, un país que hasta la Segunda Guerra Mundial, tenía la tasa de fecundidad más baja del mundo, ha mantenido una política pro-natalista de larga duración. En este país existe consenso entre todos los partidos políticos sobre este tipo de política y sobre la necesidad de que existan programas de

**Figura 3.**  
Incidencia de sífilis por cada 100.000 habitantes



Fuente: OMS/Europa, Base de Datos Europea HFA, junio 2006.

NOTA: la leyenda se refiere a: EU (15) – los 15 Estados Miembros de la Unión Europea antes de mayo de 2004; EU (10 nuevos) – los 10 nuevos Estados Miembros de la Unión Europea desde el 1 de mayo de 2004; CIS – los 12 países de la República de Estados Independientes.

apoyo a las familias. Estos programas en Francia incluyen, entre otras medidas, ayudas económicas bastante cuantiosas para las familias, exención temporal en el pago de impuestos, y otros incentivos. Muchas personas piensan, que el hecho de que Francia tenga en la actualidad uno de los niveles más elevados de fecundidad de Europa es debido a esta política. En general, sin embargo, la evidencia sobre el éxito de este tipo de políticas es limitada y existe debate sobre su eficacia y eficiencia.

Los regímenes comunistas de Europa central y del este también poseen una tradición pro-natalista activa. En diferentes momentos han impuesto restricciones al aborto y han promovido incentivos fiscales, o de otro tipo, para aumentar las tasas de natalidad. Este dato pone de manifiesto que en estos regímenes se consideraba aceptable la intervención política en la vida privada, y que la población lo toleraba. Como resultado, algunas de estas políticas crearon serios problemas en el ámbito de la salud reproductiva. El ejemplo más conocido

probablemente sea la política de Ceausescu en los años 60. En la actualidad, los sentimientos nacionalistas y/o étnicos se han apropiado de la preocupación sobre la baja tasa de fecundidad en algunos países de Europa del este, y con frecuencia se escuchan voces a favor de las medidas dirigidas a incrementar la tasa de natalidad a expensas de los derechos y la salud reproductiva y en detrimento del estatus de las mujeres.

En el resto de Europa, los gobiernos se han guiado por el entendimiento de que cualquier persona tiene derecho a decidir libremente el número de hijos e hijas que tendrá. Además, existen objeciones hacia las medidas pro-natalistas ya que podrían poner en peligro lo que se ha conseguido en el ámbito de la igualdad de género, puesto que un aumento en la tasa de fecundidad podría incidir de manera negativa en las oportunidades formativas y aspiraciones profesionales de las mujeres pudiendo limitarlas a los roles familiares tradicionales. Las lecciones que nos ha dado la historia, donde la postura pro-natalistas se ha



asociado al fascismo y a prácticas eugenésicas, también se han evocado con frecuencia. Sin embargo, en vista del dramático descenso de la natalidad, cada vez más gobiernos están reconsiderando su postura. Tal y como ha mostrado el sistema de Naciones Unidas de seguimiento a las percepciones y políticas gubernamentales sobre población, entre 1996 y 2003, la proporción de gobiernos europeos que perciben sus niveles de fertilidad como muy bajos se ha incrementado en un tercio, y aquellos que perciben la tasa de crecimiento poblacional como muy baja, casi se ha doblado. Por ello, el porcentaje de gobiernos que han declarado que están poniendo en marcha políticas para aumentar los niveles de fecundidad y las tasas de crecimiento poblacional, se ha incrementado en un veinticinco por ciento y en más del cincuenta por ciento respectivamente (6).

Todo esto trae al caso la cuestión de encontrar las formas más efectivas y eficientes para responder ante los cambios demográficos en Europa. Como se ha señalado anteriormente, el debate sobre este tema está de actualidad. Podrían señalarse, como importantes, diferentes puntos a tener en cuenta: (1) las políticas demasiado centradas en el incremento de las tasas de natalidad no tienen posibilidad de triunfar; en su lugar, el cambio demográfico necesita abordarse mediante políticas de población integrales (p.ej. las que tocan todos los procesos subyacentes y no sólo la fecundidad), que, de hecho, necesitan ser parte integral de las políticas sociales; (2) dos de los elementos de estas políticas deben centrarse en programas de integración social de la juventud, especialmente a través del empleo y mediante una mejor conciliación de la vida familiar y laboral; (3) la consistencia y la continuidad deben estar entre las características principales de estas políticas – la mayoría de las personas expertas están de acuerdo en que, si las políticas en Francia han tenido éxito, es porque han sido aplicadas de manera consistente a lo largo de varias décadas; (4) estas políticas también tienen que contextualizarse, por ejemplo, deben reflejar las condiciones y circunstancias específicas de un país; (5) ciertamente también tienen que ser no coercitivas, y deben respetar los derechos de las personas y ser aceptables para todo el espectro político; (6) por último, pero no menos importante, las políticas deben ser económicamente viables, es decir, deben entrar dentro de la capacidad fiscal del país durante un largo periodo – asumir compromisos que no son sostenibles económicamente puede poner en riesgo el crecimiento económico y agravar la

situación de la población de un país.

De alguna manera, la duda de Hamlet ya no está presente para los gobiernos – la mayoría de ellos ya saben que tienen que actuar.

## NOTAS FINALES

- (a) A menos que se indique, para los propósitos de este artículo, definimos Europa en sentido estrictamente geográfico, y no en el sentido más amplio en que se utiliza en Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones internacionales.
- (b) Jean Bourgeois-Pichat fue probablemente el primero en asumir que la fecundidad total de 1,5 nacimientos por mujer representa un «valor límite», al que muchos países europeos podrían estar aproximándose (7). La noción de que una vez que la TFR cae por debajo de 1,5, permanecerá baja, fue sugerida por primera vez por Peter MacDonald (8).
- (c) La noción de fecundidad más baja posible se refiere a una TFR mayor de 1,3 pero menor de 1,5, Kohler, Bilari y Ortega (2). La expresión «fecundidad más baja posible» es discutible, al menos en cuanto que excluye la posibilidad de «denominar» las situaciones con una fecundidad aún más baja.
- (d) A pesar de que el gráfico muestra datos sobre la infección de sífilis, que son más fácilmente identificables y son bien conocidos, también puede entenderse como un marcador para la infección por clamidia y gonorrea, las dos ITSs más estrechamente vinculadas a la infertilidad.

## REFERENCIAS

1. Lutz, W. y V. Skirbekk. Políticas que abordan el efecto Tempo en los países con tasas bajas de fecundidad. *Revista sobre Población y Desarrollo* 31 (4): 699-720 (2005).
2. Kohler, H.-P., F. C. Billari y J.A. Ortega. La emergencia de países con fecundidad más baja posible en Europa durante los años 90. *Revista sobre Población y Desarrollo* 28 (4): 641-681 (2002).
3. Naciones Unidas. *Anuario Demográfico 2003*. Nueva York (2004).
4. Billari, F.C. La transición hacia tener descendencia en las sociedades europeas. *Informe para la Conferencia Europea sobre Población 2005*, Consejo de Europa (2005).

5. Sobtka, T. *Aplazamiento de la Maternidad y Baja Fecundidad en Europa*. Ámsterdam (2004).
6. Naciones Unidas. *Políticas sobre la Población Mundial 2005*. Nueva York (2006).
7. Bourgeois-Pichat, J. Baja fecundidad y descendencia final. *Población* 31 (6): 1045-97 (1976).
8. MacDonald, P. *Baja Fecundidad en Singapur: Causas, consecuencias y políticas. Informe para el Foro sobre Población y Desarrollo en el este de Asia*, Beijing (2005).

**Nikolai Botev**

[Botev@unfpa.org]

Consejero sobre Población y Desarrollo  
Equipo de Servicios Técnicos de País para Europa y Asia central  
Fondo para la Población de Naciones Unidas.

# CONSIDERACIONES SOBRE DERECHOS HUMANOS ANTE EL DESAFÍO DE LA BAJA FECUNDIDAD

**La preocupación sobre el descenso en la natalidad, en particular donde las tasas de fecundidad se encuentran por debajo de la tasa de reemplazo generacional, con frecuencia ha llevado a los gobiernos a implantar, o a considerar la implantación, de políticas pro-natalistas. Este artículo examina brevemente la situación donde se implantaron estas políticas y comenta la efectividad y las implicaciones para los derechos humanos de las mismas. Esta fuera del alcance de este artículo, el analizar las posturas xenofóbicas que a menudo se encuentran tras las políticas pro-natalistas.**

Los países europeos han experimentado cambios demográficos intensos en los últimos treinta años. Las tasas de fecundidad han disminuido constantemente, en la mayoría de los casos muy por debajo de la tasa de reemplazo de 2,1 nacimientos por mujer (1). Además de unas muy bajas tasas de fecundidad, una mortalidad baja, da como resultado una aceleración en el envejecimiento de la población. Estas tendencias han generado una mayor preocupación sobre el descenso en el número de personas que se incorporan al mercado laboral, sobre el impacto en el futuro crecimiento económico y sobre la dificultad de las economías para proporcionar pensiones y atención sanitaria para la tercera edad.

Las tasas de fecundidad en la UE de los 15 se han situado por debajo del nivel de

reemplazo generacional durante tres décadas y, en la actualidad se encuentra a dos tercios de ese nivel. Portugal, España, Italia y Grecia se encontraban entre los países con tasas de fecundidad más elevadas a mediados de los 70 y en la actualidad poseen las tasas de fecundidad más bajas de Europa. Los países de Europa central y del este también han experimentado un descenso significativo en sus tasas de fecundidad. A excepción de Albania (más de dos nacimientos por mujer) y Macedonia (1,77), el resto de los países mantienen tasas por debajo del 1,4 (2). Incluso, algunos de los países de Europa del este tienen las tasas de fecundidad más bajas registradas en el mundo.

Frente a unas tasas de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, algunos gobiernos están considerando la implantación, o ya han implantado, políticas pro-natalistas dirigidas a aumentar la tasa de natalidad en sus países. Dichas políticas tendrían que ser examinadas desde dos perspectivas a fin de entender su efecto real. En primer lugar, estas políticas no deberían violar los derechos humanos, ni la autonomía de las mujeres y los hombres sobre los que actuarán. En segundo lugar, las políticas deben ser examinadas cuidadosamente a fin de determinar si de verdad serán efectivas para alcanzar los resultados deseados. Además, las políticas pro-natalistas deberían considerarse conjuntamente con las políticas de migración del país ya que, si lo que se desea es aumentar la población de un país, el incremento en el número de nacimientos no es la única forma para conseguirlo. Un enfoque integral basado en los derechos humanos para fomentar el crecimiento de la población, incluiría políticas de inmigración progresivas desarrolladas desde un marco anti-racista.

## El caso de Rumania y Rusia

Desde 1966 hasta 1989, Rumania tuvo una de las políticas de población más represivas de los países del Pacto de Varsovia. Los derechos básicos sobre cuestiones reproductivas y la autonomía personal no fueron tenidos en cuenta por el gobierno en su intento por aumentar la natalidad. Así, en 1966, el aborto fue ilegalizado y cesó la importación de métodos anticonceptivos; por otro lado, la educación sexual también dejó de estar disponible, o se convirtió en una campaña de propaganda en la que se falseaban los riesgos de la anticoncepción. Los efectos de estas carencias en educación sexual, durante este largo periodo de tiempo, hacen que aún hoy en día, muchas personas en Rumania no estén informadas sobre materias

relacionadas con la salud sexual y sobre las opciones reproductivas. (4)

A pesar de estas medidas coercitivas tomadas por el gobierno, las mujeres en Rumania han luchado por ejercitar sus derechos reproductivos. Durante este periodo de tiempo, en el que no había acceso al aborto legal ni a los métodos anticonceptivos, las mujeres recurrían al aborto ilegal e inseguro como primer método de control de natalidad. Así, unos de los resultados de estas violaciones de los derechos reproductivos básicos en Rumania, fue el índice de mortalidad materna más alta de toda Europa y uno de los más elevados de mortalidad infantil (3). La política pronatalista del gobierno, a pesar de todo, no logró incrementar la tasa de fecundidad, pero sí logró aumentar el sufrimiento de las mujeres y las familias en Rumania. Se estima que casi el 20% de las mujeres en edad reproductiva han podido sufrir infertilidad y que, como media, cada mujer ha podido someterse a, al menos, cinco abortos inseguros de manera ilegal al llegar a los 40 años (3). Esta elevada tasa de mortalidad materna implica que existen miles de menores en situación de orfandad vulnerables a la enfermedad y la pobreza.

En 2003, el Ministerio de Educación rumano implantó un plan de formación sobre educación sexual. Aunque representa un paso importante hacia la disminución en la tasa de abortos en Rumania, existen también numerosas variables sociales que contribuyen a la magnitud de dicha tasa. La transición desde una economía centralizada bajo el régimen comunista, hacia una economía de mercado, ha dado como resultado un incremento en los niveles de pobreza del 7% en 1989 al 44% en 2000 (4). Además, hay que contar con las desigualdades de género que causa el que las mujeres se concentren en los empleos mal pagados o en el desempleo. Esta realidad económica limita los derechos reproductivos de las mujeres y hace virtualmente imposible que puedan acceder a los métodos anticonceptivos.

La tasa de fecundidad de Rusia, se encuentra entre las más bajas del mundo, en el 1,62 nacimientos por mujer en 2005 (5). La esperanza de vida al nacer ha experimentado un descenso significativo y está muy por debajo de la media europea, situándose en 71,9 años para las mujeres y en 58,9 años para los hombres (5). Asociado al descenso en la fecundidad, Rusia sufre la pandemia de VIH/SIDA que más rápido se extiende en el mundo y que, además, afecta especialmente a la gente joven. Como resultado de todos estos factores, la



población de Rusia ha envejecido rápidamente en la última década. Por otro lado, el desempleo y la pobreza se han extendido, generando aún más dificultades para las personas que desean tener descendencia. En mayo de 2006, Vladimir Putin ofreció una bonificación de 250,000 rublos (unos 9,200 \$ americanos) a todas las mujeres que tuvieran un segundo nacimiento(6). Como se expone más adelante, esta medida no parece ser suficiente para invertir el descenso en la tasa de fecundidad.

### Políticas que abordan las bajas tasas de fecundidad

En lugar de implantar un enfoque coercitivo para aumentar las tasas de fecundidad, los gobiernos deberían entender que existe una estrecha relación entre el contexto social y dichas tasas. Las tasas de desempleo elevadas, o el empleo inestable, la inadecuación de la vivienda, la falta de acceso a la atención infantil, una atención sanitaria de mala calidad y las dificultades para conciliar la vida laboral y familiar, inducen a las personas a tener menos descendencia de lo que les gustaría. Por ello, la inversión de los gobiernos en servicios sociales, podría ser una forma más efectiva de incrementar las tasas de fecundidad.

Cuando una sociedad se organiza de manera que las madres y padres pueden conciliar la vida laboral y familiar, caen los costes indirectos asociados a la crianza. Este hecho puede explicar parcialmente por qué los países en que las mujeres son parte importante en el mercado laboral, tienen también unas tasas relativamente altas de fecundidad, mientras que los países donde las mujeres tienen una presencia poco significativa en el mercado laboral, tienen unas tasas de fecundidad más bajas. Por ejemplo, Suecia experimentó un incremento en la tasa de fecundidad a finales de los años 80. No había un único factor responsable de este aumento sino más bien, parece que la combinación de la disponibilidad de una atención a la infancia de calidad, unas bajas por maternidad y paternidad amplias y equitativas, y un contexto donde existe igualdad entre hombres y mujeres, contribuyeron a elevar los niveles de fecundidad.

La economía de mercado, independientemente de lo exitosa que sea, siempre proporcionará menores beneficios a aquellas personas con descendencia que a aquellas que no la tienen (9). Con el fin de aumentar las tasas de fecundidad de manera no coercitiva, es necesario llevar a cabo cambios en la organización social y

económica a gran escala. Será necesario reconocer la descendencia como un bien social, y no solamente como una satisfacción personal opcional. Así, debería también reconocerse que los beneficios familiares, tales como la baja por maternidad y paternidad, no son sólo beneficios para las familias que los disfrutaban, sino para toda la sociedad.

Los gobiernos que se están planteando implantar políticas pro-natalistas a fin de contrarrestar los efectos del descenso en las tasas de fecundidad, deben saber que es esencial que estas políticas respeten los derechos humanos, asuman un enfoque integral, aseguren medidas diseñadas para fomentar el avance de las mujeres en la sociedad y consideren las necesidades especiales de la adolescencia.

### Conclusión

Los acuerdos internacionales, tales como el Programa de Acción adoptado por los gobiernos de 179 países en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en 1994 (ICPD), así como sus revisiones a los cinco y diez años; la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres de Beijing, así como su seguimiento a los cinco y diez años, van más allá de la planificación familiar tradicional y tienen como antecedentes los derechos humanos y los derechos reproductivos, basándose en este enfoque para las cuestiones sobre población. Estos acuerdos aceptan la necesidad de asegurar los derechos de las mujeres y la igualdad, involucrando a las mujeres en la formulación de leyes y políticas relacionadas con la población y el desarrollo.

Estos son principios esenciales que deben seguirse por parte de los gobiernos tanto en el desarrollo como en la implantación de políticas sobre natalidad. Estas políticas deben articular claramente las referencias a los principios de los derechos humanos, incluyendo la decisión informada y libre, la no discriminación, el acceso igualitario a la atención en salud reproductiva y los derechos de las mujeres. Las políticas también deberían recoger explícitamente medidas que aseguren la no-discriminación de las minorías o de las poblaciones indígenas.

### Fuentes

1. Servanescu, F. Morris, L. Salud Reproductiva en países en transición en el contexto europeo, tabla 1. Elaborado para el Foro sobre Población Europea, 2004.
2. Popescu, R. *Fecundidad y Políticas Sociales en Europa* (2004), online: Academia Rumana <http://www.iccv.ro/romana/conf/conf.sibiu.2004/papers/05.%20Raluca.pdf>
3. Centro para los Derechos Reproductivos, «Replantear las políticas sobre población: el marco de los derechos reproductivos» (febrero, 2003), online: Centro para los Derechos Reproductivos <[http://www.crlp.org/pdf/pub\\_pP-rethinkingpop.pdf](http://www.crlp.org/pdf/pub_pP-rethinkingpop.pdf)> en pág 11.
4. Kirdorian, A.I. *Aborto en Rumania: consecuencias de las políticas pro-natalistas durante la era Ceausescu* (2004), online: Biología Humana en la Universidad de Virginia [http://www.virginia.edu/humanbiology/new\\_site\\_files/class\\_2004\\_papers\\_pdf/Iasmine%205%20page.pdf](http://www.virginia.edu/humanbiology/new_site_files/class_2004_papers_pdf/Iasmine%205%20page.pdf)
5. Fondo para la Población de Naciones Unidas, UNFPA. *Población, Salud e Indicadores Socio-económicos/Políticas de Desarrollo*, <http://www.unfpa.org/profile/russia.cfm>
6. Gross, G. *Campaña rusa para incrementar la tasa de natalidad*, online: <http://www.slate.com/id/2142366>

### Jane Gauthier

[jane@acpd.ca]

Directora Ejecutiva Asociada  
Acción Canadá para la Población y el Desarrollo.

# TENDENCIAS ACTUALES DE LAS TASAS DE FECUNDIDAD –E INFERTILIDAD– EN EUROPA

**«7.2. Todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios de atención de salud reproductiva, incluso las que no son fértiles, o aquéllas cuya fecundidad está en riesgo debido a infecciones de transmisión sexual», ICPD, POA 1994 (1)**

**Figura 1**

TASAS DE FECUNDIDAD TOTAL	
PAÍSES	ÚLTIMOS DATOS DISPONIBLES
Bielorusia (2004)	1,2
Bosnia y Herzegovina (2004)	1,2
Italia (2003)	1,2
San Marino (2003)	1,2
España (2003)	1,2
Polonia (2003)	1,22
Ucrania (2004)	1,22
República Checa (2004)	1,23
Letonia (2004)	1,24
Eslovenia (2004)	1,25
Lituania (2004)	1,26
República de Moldavia (2004)	1,26
Eslovaquia (2004)	1,26
Andorra (2004)	1,27
Hungría (2004)	1,28
Bulgaria (2004)	1,3
Grecia (2003)	1,3
Rumanía (2004)	1,3
Croacia (2003)	1,33
Federación Rusa (2004)	1,34
Malta (2004)	1,37
Armenia (2004)	1,38
Georgia (2003)	1,4
Alemania (2004)	1,4
Austria (2004)	1,42
Suiza (2004)	1,42
Portugal (2003)	1,44
Estonia (2004)	1,47
Chipre (2004)	1,49
Bélgica (2002)	1,53
Serbia y Montenegro (2003)	1,6
Luxemburgo (2004)	1,7
Reino Unido (2003)	1,72
Países Bajos (2004)	1,73
Mónaco (2003)	1,8
Albania (2004)	1,8
Dinamarca (2004)	1,8
Finlandia (2004)	1,8
Noruega (2004)	1,8
Suecia (2004)	1,8
Francia (2004)	1,89
Azerbaijan (2003)	1,9
Macedonia (2003)	1,9
Irlanda (2004)	1,95
Islandia (2004)	2,0
Kazajistán (2004)	2,2
Turquía (2004)	2,21
Uzbekistán (2004)	2,46
Kirguistán (2004)	2,5
Turkmenistán (2003)	2,7
Israel (2004)	2,9
Tajikistán (2003)	3,0

- Países con tasa de fecundidad más baja
- Países con tasa de fecundidad baja
- Países por debajo de la tasa de reemplazo
- Países con tasa de reemplazo

Fuente:  
Base de datos OMS HFA

La tasa de fecundidad es baja en la actualidad en toda Europa, muy por debajo del nivel de reemplazo – 2,1 nacimientos por mujer a lo largo de su vida, nivel que se requiere para mantener una población estable (ver figura 1). Parece que la población europea está en descenso.

No existen factores médicos consistentes que expliquen este fenómeno. La explicación es, más bien, de índole socio-económica y tiene que ver con la situación de la mujer en el contexto educativo, económico, laboral y familiar. Nacen menos niños y niñas y sus madres (y padres) son de mayor edad; además, el retraso en la maternidad es muy significativo en varios países, llegando a los tres años o más, y en según qué subgrupos, es aún mayor. Se han llevado a cabo varios intentos para aumentar la fecundidad de la población europea tratando que las mujeres tengan su primer nacimiento a una edad más temprana, y que tengan más de uno. Sin embargo, se trata de una cuestión muy compleja y no existe una única solución. La atención sanitaria en el ámbito de reproducción es parte de ella.

La prevalencia de infertilidad, por otro lado, es bastante estable en el tiempo y se sitúa en torno al 10-12%, si bien se dan algunas variaciones cuando se producen cambios en el estilo de vida (tabaquismo, estrés, sobrepeso, enfermedades de transmisión sexual). Estos cambios tendrán como consecuencia en el futuro, posiblemente, un aumento moderado de los problemas de fertilidad, mientras sigan incrementándose estos factores asociados al estilo de vida en Europa.

Las posibilidades de realizar una investigación y diagnóstico médico completo y correcto sobre los problemas de infertilidad de una pareja en Europa, hoy en día, son excelentes en la mayoría de las áreas. Hay fácilmente disponibles pruebas hormonales, de ultrasonido y radiológicas, mientras que hace 40 años apenas ninguna de ellas existía.

Así mismo, las opciones de tratamiento contra la infertilidad también se han incrementado notablemente desde hace 20 años, especialmente ahora que las técnicas de reproducción asistida, como la fecundación in vitro (FIV) están disponibles. Sin embargo, la disponibilidad de tratamientos de FIV difiere sustancialmente entre los países europeos y otros lugares. Hasta el momento, alrededor de tres millones de niños y niñas en todo el mundo han nacido tras una FIV, y el 60% lo hicieron en Europa desde 1978, año en que se realizó la primera FIV con éxito (en el Reino Unido).

La demanda de servicios de atención para la infertilidad proviene de la necesidad de tratamiento y está relacionada con la



confianza en los métodos de tratamiento (eficacia, seguridad y calidad de los servicios), con consideraciones éticas o culturales y con las alternativas disponibles, como por ejemplo, la adopción. Es decir, la disponibilidad de servicios se deriva de la demanda de la población junto con las políticas, la regulación legal y la localización de fondos públicos, si bien hay que señalar que algunos países europeos presentan una actitud generosa hacia los tratamientos de infertilidad (p.ej. países Nórdicos) mientras otros son más restrictivos (p.ej. Italia).

La atención sanitaria en el ámbito de la fertilidad forma parte de las acciones necesarias para aumentar la natalidad entre la población y abarca, tanto medidas profilácticas como la disponibilidad de tratamientos efectivos contra la infertilidad. El coste de la gestión de la infertilidad viene determinado por la cantidad de pacientes que necesitan tratamiento (en el propio país o en el extranjero; para toda la población o sólo para las personas con más recursos económicos); por su impacto en la población y la calidad del tratamiento (teniendo en cuenta el coste total de los múltiples embarazos y partos para la sociedad, los efectos secundarios y la salud infantil).

Los cuidados reproductivos ayudan a las personas a cumplir sus expectativas con respecto a la familia. Sin embargo, el aumento en el éxito de los tratamientos y la mayor disponibilidad de los mismos en algunos países, está alcanzando un nivel que empieza a influir en el crecimiento de la población.

En los Países Nórdicos, en la actualidad, hasta un 4% de los nacimientos se producen gracias a tratamientos de FIV, y otro 2-3% mediante otros tratamientos de fertilidad, lo

que supone un total del 6-7% de todos los nacimientos. Sin embargo, la situación difiere entre países debido a varias razones (fig. 2).

Existen dos factores a tener en cuenta en lo relativo a la disponibilidad y el coste de los tratamientos de la infertilidad. En muchos países europeos el coste es asumido parcialmente por la sociedad, es decir, por su sistema sanitario. Como resultado, tras el diagnóstico de infertilidad, las parejas buscan tratamiento pronto, estas parejas son más jóvenes y la eficacia de la terapia es más elevada. Si el coste tiene que ser asumido en gran parte por la pareja, ésta esperará algún tiempo para ahorrar el dinero antes de iniciar la búsqueda de tratamiento. Este tipo de pacientes suele ser de mayor edad, la eficacia de la terapia es más baja y, con frecuencia, la buscan allí donde está disponible, derivando en un «turismo de pacientes».

La infertilidad es una discapacidad, y las parejas merecen todo el apoyo moral, legal y económico de la sociedad a fin de lograr el mayor nivel de salud reproductiva posible. Por tanto, las inversiones en investigación y tratamiento de la infertilidad son beneficiosas tanto para la persona a nivel individual, como para la sociedad.

En Europa una de cada seis parejas se ve afectada por el hecho de no tener descendencia deseándola. En muchos países, debido a su legislación o al coste del tratamiento, no todas las personas tienen igual acceso al mismo y queda restringido a los hombres y mujeres que pueden costárselo. Los Países Nórdicos poseen un marco favorable para llevar a cabo tratamientos contra la infertilidad efectivos y modernos, y todas las personas disfrutan de un acceso igualitario a estos servicios. En muchos sentidos, este modelo desarrollado

sería muy positivo también para otros países europeos. Es necesario que los grupos políticos y profesionales, junto a los grupos de pacientes, establezcan un diálogo de donde se extraigan conclusiones positivas y donde se lleven a cabo acciones que ayuden a las personas a cumplir sus metas reproductivas y frenar así el descenso de la población.

### Referencias

1. <http://www.iisd.ca/Cairo/program/p07000.html>

### Lecturas adicionales

1. Vayena, E. Rowe, P.J. y Griffin, P. David (eds). Práctica actual y controversias en reproducción asistida. *Informe sobre un encuentro de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, Salud Familiar y Comunitaria*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra (2002).
2. Andersen, A.N. et al. Tecnología de Reproducción Asistida en Europa – resultados generados del registro europeo ESHRE. *Reproducción Humana*, vol 21, nº 7:1680-1697 (2006).
3. Adamson, G.D. et al. Informe Mundial sobre fecundación in vitro, 2000. *Fertilidad y Esterilidad*, vol. 85. 6ª edición: 1586-1622 (2006).

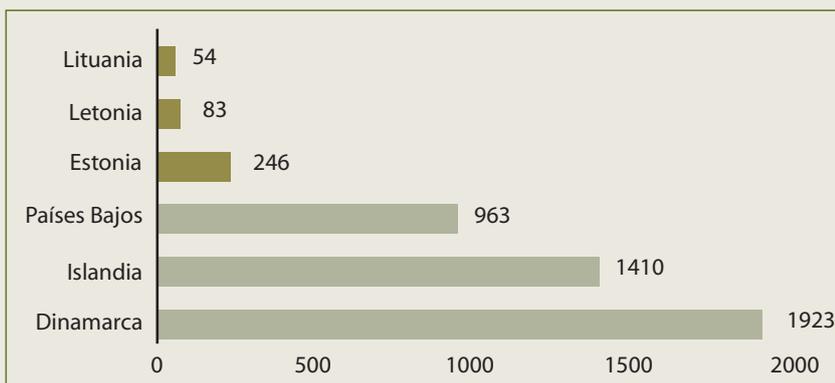
### Karl G. Nygren

[karl-gosta.nygren@telia.com]  
Presidente del Consorcio para el Seguimiento de la FIV de ESHRE, Sociedad Europea para la Reproducción Humana y Embriología.

### Gunta Lazdane

[GLA@euro.who.int]  
Consejera Regional Investigación y Salud Reproductiva Oficina Regional de la OMS para Europa.

**Figura 2.**  
**Reproducción asistida en Europa**  
**(nº de ciclos/por millón de habitantes, 2001)**



# DETERMINANTES DE LA BAJA FECUNDIDAD EN EUROPA

Como consecuencia de una tasa de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo generacional, que ha estado presente durante varias décadas comenzando desde los años 60 y 70, las tasas de natalidad bajas han comenzado a generar un crecimiento negativo de la población, es decir, que habrá una generación en las próximas décadas que, debido a la anterior tasa de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, pronto tendrá un descenso del número potencial de madres y padres.

La población global está en un momento de cambio ya que, por primera vez, la mayoría de la población mundial vive en países o regiones con tasas de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. Existen varios factores que inciden sobre esta baja tasa de fecundidad. En primer lugar, la extensión de esta tasa tan baja en países que previamente presentaban un índice elevado de fecundidad ha sucedido de manera notablemente rápida e implica que se ha dado una convergencia global de los indicadores de fecundidad, que ha sido más rápida que la convergencia de otras características socio-económicas. En segundo lugar, la idea existente anteriormente respecto a que los niveles de fecundidad se estabilizarían de manera natural hasta llegar a la tasa de reemplazo –es decir, un poco más de dos nacimientos por mujer– ha sido ya desechada. El mantenimiento de una tasa de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, se ha convertido en algo corriente, y Europa es líder en la tendencia hacia la baja y muy baja tasa de fecundidad. Aunque existe una variación considerable en las tasas de fecundidad entre los diferentes países de Europa – con TFRs que varían en 2002 del 1,13 de la República Checa hasta casi el 2,0 en Irlanda, la mediana de la tasa de fecundidad total, es decir, el nivel de TFR por debajo del cual se sitúa el 50% de la población europea, está en la actualidad, cerca de 1,3. Las implicaciones de una tasa tan baja son importantes. Por ejemplo, si no existe inmigración, unos niveles de TFR de, o por debajo de, 1,3 implican una reducción del número anual de nacimientos del 50% y, por lo tanto, una reducción del 50% de la población en menos de 45 años. Además, como consecuencia de una tasa de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, que ha prevalecido en muchas partes de Europa durante varias décadas desde los años 60 y 70, las bajas tasas de natalidad han comenzado a generar un crecimiento negativo de la población, es decir, que habrá una generación en las próximas décadas que, debido a la anterior tasa de fecundidad por debajo del nivel de

reemplazo, tendrá pronto un descenso del número potencial de madres y padres (4). Si esta tendencia continuara, implicaría un envejecimiento importante de la población en el futuro, una disminución del tamaño de la población y una disminución de la efectividad de las intervenciones políticas dirigidas a incrementar el número de nacimientos.

## Factores sociales que inciden en la baja fecundidad

El análisis demográfico sugiere que el descenso en la intención de tener al menos una hija o hijo, no ha sido una causa primaria en la tendencia a las tasas de fecundidad muy bajas y muy bajas en Europa central y del este (2; 6). Al tiempo que parece aumentar la opción de no tener descendencia, parece esperable que permanezca en unos niveles relativamente bajos incluso en los países con tasas de fecundidad muy bajas (las excepciones incluyen países como Alemania o Austria, donde la proporción de personas que eligen no tener descendencia parece que va en aumento). Estos datos sugieren que los incentivos biológicos, sociales y económicos para tener descendencia son lo suficientemente fuertes como para que la mayoría de las mujeres (o parejas), decidan tener al menos un hijo o una hija (3). Sin embargo, mientras que el primer nacimiento no es necesariamente inevitable, incluso en los países con tasas de fecundidad muy bajas, éste cada vez tiene lugar más tarde. En muchos de los países con tasas bajas de fecundidad, el primer nacimiento se demora hasta una media de edad que nunca antes se había alcanzado en el mundo. Las razones subyacentes a esta demora son, con frecuencia, una respuesta racional ante la situación específica que vive la juventud, caracterizada por una elevada incertidumbre asociada al desempleo, la inestabilidad laboral y los rápidos cambios socio-económicos. La juventud, ante esta situación, prefiere demorar cualquier decisión que implique un compromiso a largo plazo, tal como la decisión de tener descendencia, y prefiere invertir en educación, formación y experiencia laboral.

Estas respuestas racionales, sin embargo, no proporcionan una explicación completa a la demora en la maternidad. Además, existen mecanismos sociales –derivados de los cambios en las normas respecto al momento de tener descendencia, cambios en las actitudes hacia la familia y una alta competitividad en el mercado laboral– que tienden a reforzar esta demora. El retraso es una respuesta individual ante los nuevos

contextos socioeconómicos, que hacen de esta decisión algo racional, y que se retroalimenta socialmente, consolidando así un cambio consistente y persistente en la edad media de las madres a su primer nacimiento a nivel de poblacional. Esta transición tan difundida hacia un nuevo patrón de maternidad en Europa, además, implica que los factores socioeconómicos e institucionales específicos que los favorecen, se han establecido como determinantes esenciales que hacen variar las tasas de fecundidad de unos países a otros. Un ejemplo significativo en este contexto, es la inversión que se ha observado en la relación entre la participación de las mujeres en el mercado laboral y la fecundidad. La teoría económica convencional predice que un aumento en el salario medio de las mujeres, implicaría un aumento en su incorporación al mercado laboral por un lado, y un descenso en las tasas de natalidad, por otro, debido al aumento en el coste por nacimiento en combinación con la escasa «elasticidad» del salario frente al número de hijos e hijas. Sin embargo, algunos estudios recientes muestran que la correlación, a través de diferentes países, entre el nivel total de fecundidad y la incorporación de las mujeres al mercado laboral (FLFPR) se ha invertido (5): mientras que unos niveles elevados de fecundidad en los años 70 iban asociados a niveles bajos de participación de las mujeres en el mercado laboral, la fecundidad elevada se asociaba con elevada incorporación laboral a finales de los 90. Además, los niveles más bajos de fecundidad en Europa desde mediados de los años 90 se encuentran, con frecuencia, en los países con la FLFPR más baja. Por otro lado, en los países del sur de Europa, esto ha sucedido en el contexto de un mercado laboral rígido caracterizado por una escasa compatibilidad entre maternidad e incorporación al mercado laboral para las mujeres, principalmente debido a la dificultad para recuperar un puesto de trabajo tras la maternidad y a la escasa flexibilidad de los horarios laborales.

Por tanto, la baja tasa de fecundidad en Europa se explica por la combinación de diversos factores: (a) los incentivos sociales hacia la demora en la edad de la maternidad que convierten esta decisión en una respuesta racional ante la incertidumbre económica a la que se enfrenta la juventud, el aumento en los años de formación, la dificultad para incorporarse al mercado laboral y otros factores similares. (b) los efectos de la retroalimentación social respecto al momento para la maternidad que refuerzan un ajuste en el deseo de tener descendencia ante los cambios



Hans-Peter Kohler

socioeconómicos. (c) el contexto institucional, caracterizado por un mercado laboral rígido, un apoyo insuficiente en el cuidado de las y los menores y la existencia de unos roles de género relativamente tradicionales, favorece una tasa de fecundidad baja e implica el incumplimiento de deseos frente a la maternidad que, casualmente, están asociados al retraso de la misma. Cada uno de estos factores contribuye a la reducción en la tasa de fecundidad, pero es la combinación e interacción de todos ellos lo que realmente produce una muy baja tasa.

### Fecundidad en EEUU versus Europa: ¿cómo se explica la diferencia?

En contra de la probable reducción de la población en Europa debido a la baja tasa de fecundidad y a un periodo de crecimiento negativo, la población de los E.E.U.U. continúa creciendo rápidamente. La mayor parte de este crecimiento responde a la tendencia natural –es decir, se da un mayor número de nacimientos que de muertes– mientras que la inmigración representa el 40% de este crecimiento. Se espera que la población de E.E.U.U. crezca un 50% en las próximas décadas. ¿Por qué E.E.U.U. es diferente? Se podría argumentar que la tasa de fecundidad de este país sigue los pasos de Europa y Japón, por lo que en los próximos años la TFR en E.E.U.U. descenderá a niveles más bajos en el futuro, como ha ocurrido en muchos países desarrollados en las últimas décadas. Por un lado, la composición de la población favorece una tasa de fecundidad elevada, puesto que algunos de los grupos de inmigrantes y minorías étnicas más numerosos tienen unas tasas de fecundidad superiores a la media nacional. Por otro lado, la fecundidad en la población general en E.E.U.U., es relativamente alta; la TFR entre las mujeres blancas no-hispanas estuvo entre 1,77 y 1,87 de 1990 a 2001, situándose por encima de la media nacional de la mayoría de los países de renta elevada. Aunque la heterogeneidad de la población de los Estados Unidos es un factor importante que incide en la relativamente elevada tasa de fecundidad, ésta no constituye la explicación principal. En su lugar, parece que existe un elemento primordial, que es su extraordinaria capacidad para conciliar la vida familiar y la laboral gracias a una serie de variables institucionales. En general, las mujeres (y las parejas) no suelen tener descendencia cuando su coste económico es muy elevado –entendido como pérdida de poder adquisitivo. En comparación con otros países de renta alta, este coste es menor en Estados Unidos puesto que su mercado

laboral permite una mayor flexibilidad de horarios y hace que sea más fácil entrar y salir del mismo. La importancia de esta situación se refleja en la positiva relación existente entre la participación de las mujeres en el mercado laboral y las tasas de fertilidad en los países desarrollados a lo largo de los últimos años. Como resultado, a pesar de la falta de apoyo económico por parte de organismos públicos para las familias con descendencia, parece que la flexibilidad que se ofrece a las personas en el mercado laboral norteamericano, facilita la conciliación de la vida laboral y familiar tradicional.

### Respuestas políticas

La única estrategia viable a largo plazo para frenar el envejecimiento de la población y el descenso poblacional, será el aumento en la tasa de fecundidad. Las opciones políticas disponibles ante la baja o muy baja tasa de fecundidad en Europa, sin embargo, son limitadas (1). La evidencia empírica existente permite extraer conclusiones algo confusas sobre los efectos de algunas políticas en la fecundidad. Bien pensado, la evidencia apoya una débil correlación positiva entre cambios en el comportamiento reproductivo y algunas políticas pero las medidas políticas, que potencialmente afectarán a dicho comportamiento, pondrán de manifiesto su efecto sólo a largo plazo. Las medidas políticas que pretenden hacer compatible la incorporación al mercado laboral de la mujer con la maternidad se encuentran, en nuestra opinión, entre las más prometedoras. Su efectividad, sin embargo, puede estar limitada debido al momento de crecimiento negativo en que se encuentra la población como resultado de décadas con una tasa de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo generacional en muchos países de Europa desde los años 60 y 70. Incluso si las políticas resultan efectivas a la hora de incrementar la tasa de fecundidad, e incluso aunque aumente la inmigración en Europa, se prevé una pérdida de peso demográfico en la población global, un descenso en su tamaño durante las próximas décadas y un envejecimiento sustancial de la población para la Europa del siglo XXI.

Resulta claro que las instituciones económicas actuales no son sostenibles si continua esta tendencia y que el curso de la vida de la población ya ha sido –y continuará siendo– modificado en respuesta a esta reducción de la fecundidad y al aumento de la esperanza de vida. El ajuste a la realidad demográfica del siglo XXI constituirá, por tanto, un gran desafío para las y los políticos y las empresas por un lado, y para las

personas y familias por otro. Que el ajuste sea exitoso, que esta tendencia pueda derivar en un menor bienestar de las personas, que se implementen políticas adecuadas, es, todavía, un tema por resolver.

### Referencias

1. M. Balter. Déficit de bebés. *Science*, 312 (5782): 1984-1897, 2006.
2. H.-P. Kohler, F.C. Billari y J.A. Ortega. Aparición de la tasa de fecundidad más baja en Europa durante los años 90. *Population and Development Review*, 28(4):641-681, 2002.
3. H.-P. Kohler, J.R. Behrman y A. Skytthe. ¿Pareja+descendencia= felicidad? Evaluación del efecto de la fecundidad y la pareja sobre el bienestar subjetivo entre parejas danesas. *Population and Development Review*, 31 (3):407-445, 2005.
4. W.Lutz, B.C. O'Neil y S. Sherbov. La población europea en un momento de cambio. *Science*, 299 (5615):1991-1992, 2003.
5. S.P.Morgan. ¿La baja tasa de fecundidad constituye la crisis del siglo XXI?. *Demography*, 40 (4):589-603, 2003.
6. T.Sobotka. Retraso de la maternidad en Europa. Series sobre Estudios de Población. Ámsterdam, Países Bajos, 2004.

**Hans-Peter Kohler**  
[hpkohler@pop.upenn.edu]  
Profesor de Sociología  
Universidad de Pensilvania.

# SEÑALES DE CAMBIO POBLACIONAL EN EUROPA

Mientras la población mundial continúa creciendo, con unas tasas de fecundidad medias o altas y un descenso en la mortalidad infantil que genera cohortes de gente joven numerosas, la de Europa está cambiando de otra manera. Los descensos acusados en la fecundidad amenazan con disminuir la población de la región de manera estable, al tiempo que el aumento en la esperanza de vida inclina la balanza demográfica de la juventud a la vejez, con una serie de impactos potenciales importantes sobre la calidad de vida.

Este artículo habla sobre las perspectivas demográficas de Europa y sus implicaciones para el crecimiento de la población y su estructura etaria (a). Valora también los posibles efectos del cambio poblacional en la economía y la sociedad europeas.

Finalmente, concluye con un debate sobre las políticas utilizadas en varios países a fin de frenar el descenso poblacional y mitigar el impacto del envejecimiento.

## El futuro de la población europea

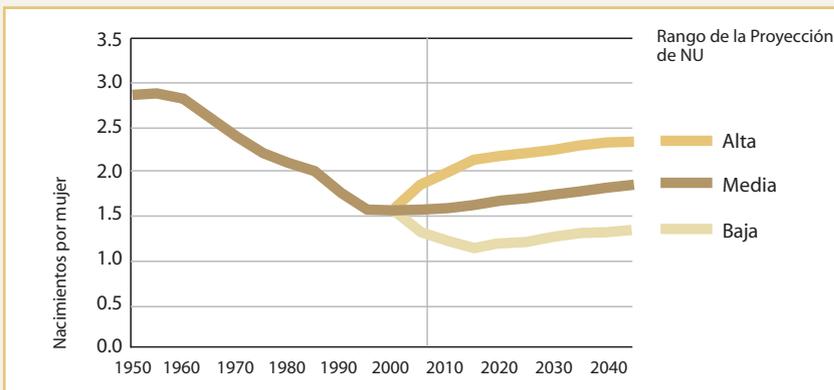
Desde 1950, Europa ha experimentado un cambio demográfico rápido. La tasa de fecundidad de la región ha descendido constantemente hasta un nivel muy bajo, la tasa de crecimiento de la población se ha ralentizado y probablemente se volverá negativa, y el ratio de población en edad de trabajar y de jubilación, está a punto de desplomarse de manera preocupante.

A mediados del siglo pasado, la tasa de fecundidad total en Europa se mantuvo en casi 2,9 nacimientos por mujer (1). En la actualidad, la media es de menos de 1,6 nacimientos por mujer (ver figura 1), muy por debajo de la tasa de reemplazo generacional, situada en 2,1. Para los próximos 40 años, Naciones Unidas prevé un pequeño aumento en la tasa de fecundidad en el panorama medio cambiante, con un rango que se sitúa entre 1,33 y 2,33 nacimientos por mujer para el año 2045, aunque aún existe mucha incertidumbre sobre este pronóstico.

La pirámide poblacional en Europa, parece que también cambiará sustancialmente puesto que, al tiempo que descendía la fecundidad, la esperanza de vida ha aumentado en la mayor parte de la región. Desde 1950, la esperanza de vida ha aumentado de los 66 hasta los 73 años (2) y sería aún mayor si no fuera por Rusia, que la mantiene más baja y donde la esperanza de vida para los varones es de sólo 59 años. Como resultado, se espera que la proporción de población europea de 65 y más años se incremente del 16% al 24% entre 2000 y 2030 (3).

Este envejecimiento de la población europea implicará también un cambio sustancial en la proporción de personas en edad de trabajar frente a las que no lo están. En la actua-

Figura 1. Tasa de fertilidad total



Fuente: Naciones Unidas, *Perspectivas para la Población Mundial, 2004*.

lidad hay más de dos personas con edades entre 15 y 64 años por cada una fuera de este rango de edad; mientras crezca la proporción de personas mayores y disminuya la de gente joven, esta proporción irá cayendo hasta llegar a 1,5 personas en edad de trabajar frente a cada una dependiente en el año 2050. Esta proporción será más baja que nunca entre 1950 y 2050.

## Consecuencias del cambio

Las posibles consecuencias de estos cambios demográficos abarcan aspectos económicos, sociales y políticos.

La combinación de una tasa de natalidad baja y de una población envejecida, puede dejar a Europa sin las suficientes personas en edad de trabajar como para mantener a las dependientes. Para las primeras, el hecho de soportar los pagos de las pensiones, la sanidad y la seguridad social de las personas mayores, puede suponerles una tarea gravosa. Puede incluso que sea necesario subir los impuestos para que las economías puedan mantenerse. Algunas personas han previsto consecuencias catastróficas, al tiempo que el periódico «Economist» argumenta que «el renacimiento político y económico de Europa que se previó en la Convención Europea (de julio de 2003) está a punto de frustrarse» (4).

Una ratio con un número menor de personas trabajadoras que de dependientes, tenderá a disminuir la renta per cápita bruta de un país, ante lo cual, tanto las personas a nivel individual como las economías, tenderán a ajustarse de manera natural a fin de mitigar los efectos. Optar por el capital frente a las tecnologías de trabajo intensivas, podría frenar la caída del producto interior bruto a medio plazo. Puesto que las personas viven más años y están más sanas durante más tiempo, algunas podrían elegir trabajar más allá de la edad de jubilación, reduciendo así la presión fiscal sobre las trabajadoras jóvenes

(en algunos países las leyes deberían incluso cambiarse para ajustarse a este deseo).

El aumento en la esperanza de vida significa que aquellas personas que elijan jubilarse necesitarán ahorrar más dinero a fin de mantener un buen nivel de vida. Unos ahorros mayores implican que existen más fondos para invertir en negocios; con menos descendencia, además, los padres y las madres tenderán a invertir más en la salud y educación de cada una de sus hijas e hijos. En los países en que la salud y la educación básica son gratuitas, esto no será importante, pero en aquellos en los que no lo son, el incentivo para invertir en la infancia, reforzaría el capital humano.

Incluso aunque el producto interior bruto per cápita no descendiera bruscamente, el estado de la economía empeoraría igualmente. El presidente de Rusia, Vladimir Putin, ha descrito el descenso en la población como el «problema más grave» al que se enfrenta el país. El debilitamiento de las economías y de las poblaciones podrían hacer perder poder económico y político a los países cuya tendencia demográfica y económica se mueven en sentido contrario.

## Respuestas al cambio

Muchos países europeos han comenzado a atajar el descenso de la población y a frenar su envejecimiento. Un estudio de Naciones Unidas en 2005, mostró que los gobiernos de 32 países europeos percibían sus tasas de fecundidad como demasiado bajas. Veintisiete de ellos habían implantado políticas para aumentarlas (5).

Las medidas para incentivar a las parejas a tener descendencia, varían en cada país. Van desde la reducción de las ayudas para optar a métodos anticonceptivos hasta medidas de conciliación de la vida familiar y laboral para las madres y padres. En los países más desarrollados, en conjunto, la proporción de gobiernos que dan apoyo directo para méto-



dos anticonceptivos ha descendido desde el 62% en 1976 hasta el 38% en 2005 (5). Al mismo tiempo, algunos países, como Italia y Polonia, proporcionan pagos únicos a las parejas que tienen descendencia (en Italia esto se produce a partir del segundo nacimiento), mientras que en otros, las madres y padres se benefician de una reducción de impuestos dependiendo del número que tengan.

Una vez que se logra que las parejas tengan descendencia, los gobiernos procuran hacer la maternidad y paternidad más fácil. Algunos países, como Francia y Reino Unido, proporcionan una cantidad de dinero mensual a las parejas con descendencia. En Francia, esta paga aumenta cuando se trata de familias con tres hijos o hijas. Además, las madres, y a veces también los padres, pueden optar a bajas por maternidad y paternidad pagadas – en España la baja dura hasta 16 semanas para las madres mientras en Noruega llega hasta los 10 meses, financiados completamente por el Estado. Cuando las mujeres se reincorporan al trabajo, reciben además un dinero mensual del estado para el cuidado de la descendencia – Francia proporciona el pago de las guarderías para los y las niñas más pequeñas durante el día, mientras Italia cuenta con guarderías gratuitas (6).

Pero la eficacia de estas políticas no está clara. Francia, un país que promueve el tener descendencia (políticas pro-natalistas) con uno de los enfoques más integrales del mundo, tiene la tasa de fecundidad más elevada de Europa con 1,9 nacimientos por mujer (1). Por otro lado, varios estudios han mostrado que las políticas que fomentan la natalidad, reducen también sus costes, permiten a las madres y padres trabajar, e involucran a los padres en el cuidado de las y los menores, aumentan la natalidad (7-12).

Por otro lado, los beneficios de las políticas pro-natalistas en Singapur, que incluyen la exención de impuestos, pagos únicos por maternidad y las facilidades para acceder a vivienda para las familias con tres o más hijos o hijas, tuvieron una vida muy corta, e implicaron un ligero aumento en la natalidad a principios de los años 80 antes de caer hasta el 1,42 nacimientos por mujer en 2001 (13). Esto puede ser debido en parte a una aceptación e implantación limitada de algunas políticas. El Eurobarómetro de la opinión pública en la Unión Europea, mostró que el 84 por ciento de los hombres encuestados no habían disfrutado, ni pensaban disfrutar, de la baja por paternidad porque, o bien no existía tal baja, o no podían permitírselo económicamente, o la perciben como algo principalmente para las mujeres, o su esposa o pareja no trabajaba (14).

Los gobiernos también pueden disminuir la carga fiscal que supone una población envejecida mediante la prolongación de la

vida laboral de las personas. Retrasar la edad de la jubilación, asegurar que cada persona recibe (y sabe que recibirá) todos los beneficios económicos a los que tiene derecho, y alentar a las y los trabajadores para que ahorren para su jubilación, son algunas de las medidas que ya se han considerado en países como Reino Unido.

### Conclusión

Como se ha descrito anteriormente, los países europeos que se están esforzando por solucionar el problema del cambio demográfico tienen tres tipos de medidas a su disposición: políticas pro-natalistas, aumento de la inmigración y fomento de la prolongación de la vida laboral y del ahorro. Ninguna de estas medidas será fácil de «vender» al electorado, además la efectividad de las mismas tampoco ha sido probada. Tanto la investigación como el apoyo de los gobiernos puede ayudar a convencer a la población de que este tipo de políticas son necesarias y que pueden funcionar. Los desafíos que se derivan de estos cambios poblacionales que despuntan en Europa no son insuperables, pero no hay tiempo que perder: las políticas pro-natalistas no producen personas en edad de trabajar en menos de una generación; la inmigración, probablemente, no se incrementará rápidamente, y al mismo tiempo, aumentará la proporción de personas mayores, pero el poder político puede realizar otros cambios aún más complejos. Dada la dimensión de los desafíos, las personas dedicadas a la política deberían comenzar a actuar lo antes posible.

### Notas finales

a) Entendemos por «Europa» aquellos países definidos por la Organización Mundial de la Salud como parte de la Región Europea – ver <http://www.euro.who.int/AboutWHO/About/MH/> para la lista completa de países.

### Referencias

1. *Perspectivas de la Población Mundial: revisión de 2004*. Naciones Unidas, Departamento de Economía y Asuntos Sociales, División de Población, Nueva York (2005)
2. Yaukey, D. y Anderton D.I. *Demografía: estudio de la población humana. Prospect Heights, II*. Waveland (2001)
3. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Salud pública y envejecimiento. Tendencias en el envejecimiento de la población – Estados Unidos y el resto del mundo. *Informe seminal sobre Morbilidad y Mortalidad* 52(06):101-106 (2003).
4. Economist. *Implosión de la población europea*. Economist, Londres, 17 de julio (2003). Introducción a las *señales de cambio poblacional en Europa*.

5. *Políticas de Población Mundial 2005*. Naciones Unidas, Departamento de Economía y Asuntos Sociales, División de Población, Nueva York (2006).
6. BBC News (2006). Bebes tristes en la UE. BBC Online. Marzo. Disponible en: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/europe/4768644.stm>
7. Hoehn, C. Respuestas políticas al envejecimiento de la población y descenso de la población en Alemania. En *Encuentro de Personas Expertas de Naciones Unidas sobre Respuestas Políticas ante el Envejecimiento de la Población y el Descenso de la población*. Octubre (2002).
8. Lesthaeghe, R. Cuestiones Demográficas en Europa: Fecundidad, Familia y Reemplazo Migratorio. En: *Encuentro de Expertos de Naciones Unidas sobre Respuestas Políticas ante el Envejecimiento de la Población y el Descenso en la población*. Octubre (2002).
9. McDonald, P. Tasa de fecundidad no sostenible políticamente. *Population Today*, agosto 2001.
10. Milligan, K. Subvencionando a la cigüeña: nueva evidencia sobre los incentivos económicos y la fecundidad. *Consejo Nacional sobre Investigación Económica, Informe de Trabajo 8845*. Marzo, 2002.
11. Chamie, J. Baja natalidad: ¿los gobiernos pueden marcar la diferencia?, UNPD, Nueva York, 2 de abril de 2004.
12. Hoem, J., Prskawetz A. y Neyer, G. Terceros nacimientos en Austria: el efecto de las políticas públicas, los logros en educación y la fuerza de trabajo subalterna. *Stockholm Research Reports in Demography*, 134. Unidad de Demografía de la Universidad de Estocolmo (1999).
13. Legislar para procrear: la solución a la crisis de la natalidad. *The Scotsman*. 13 de octubre de 2004.
14. Comisión Europea. Actitudes europeas ante la baja por paternidad. Eurobarómetro, 2004.

### Agradecimientos

El autor quiere agradecer a la Fundación de John D. y Catherine T. MacArthur por su apoyo en este trabajo.

### David E. Bloom

[dbloom@hsph.harvard.edu]  
Clarence James Gamble. Profesor de Economía y Demografía. Departamento de Población y Salud Internacional. Escuela de Salud Pública de Harvard.

### David Canning

[dcanning@hsph.harvard.edu]  
Profesor de Economía y Salud Internacional. Escuela de Salud Pública de Harvard.

# BAJA FECUNDIDAD, BAJA PREVALENCIA DE USO DE MODERNOS Y ELEVADO NÚMERO DE ABORTOS

*El caso de Serbia*

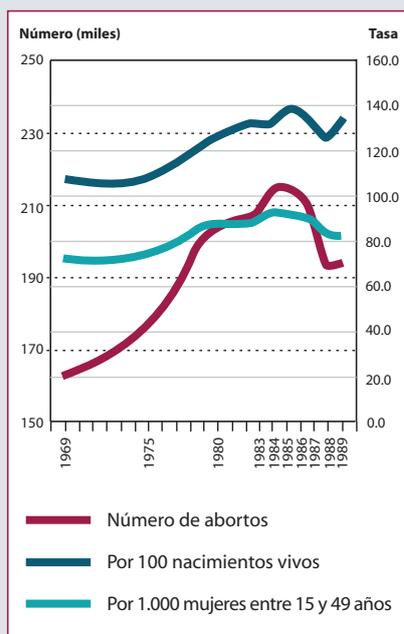
**El cambio en la tendencia de la fecundidad en Serbia (sin incluir Kosovo y Metohija), comenzó durante la última década del siglo diecinueve. La tasa de fecundidad total de alrededor de 2,1 se dio ya a mediados de los años 50. Sólo veinte años después, en 1971, la tasa había descendido un 20% por debajo del nivel de reemplazo generacional y se estabilizó más o menos en las dos décadas siguientes. Existe un descenso obvio en el número de nacimientos en todas las regiones de Serbia en los años 90. Entre 1991 y 1999, la tasa de fecundidad total en Serbia descendió de 1,73 a 1,41. En 2000 y 2001 esta tasa se incrementó ligeramente, y durante el periodo entre 2001 y 2004 permaneció estable en un nivel cercano a 1,50.**

Paralelamente, la transición desde los métodos tradicionales de control de la natalidad hacia los métodos modernos, no tuvo lugar en Serbia. El método del coitus interruptus no se ha sustituido por la anticoncepción hormonal o por los dispositivos intrauterinos. Aunque no hay estadísticas oficiales sobre métodos anticonceptivos, de acuerdo con los resultados de varias investigaciones en este ámbito, alrededor del 10% de las mujeres en edad reproductiva no han tenido

ninguna experiencia con métodos anticonceptivos modernos y eficaces. Precisamente, los resultados del último estudio muestran que el 11,2% de las mujeres en edad reproductiva utilizan una combinación de anticoncepción hormonal y dispositivo intrauterino o condones (1). La consecuencia del modelo conservador de control de la natalidad es el elevado número de abortos provocados.

Los datos existentes sobre abortos se consideran fiables desde 1969 hasta 1989 (figura 1). El número de abortos continuó creciendo constantemente hasta 1985, desde los 167.383 a los 222.573 en 1985, lo que significa que la cifra se incrementó en un tercio. En 1986, 1987 y 1988, la cifra absoluta de abortos descendió hasta que, en 1989 se situó en 201.660, el mismo número que el año anterior. El número estimado de abortos provocados en la actualidad se estima entorno a 200.000 por año, o lo que es lo mismo, 90,5 abortos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años (2).

**Figura 1.**  
**Número de abortos en Serbia entre 1969 y 1989**



Fuente: Datos oficiales sobre salud y estadísticas vitales.

En 1989, último año para el que existen datos estadísticos, el perfil de las mujeres que habían realizado una interrupción voluntaria del embarazo, muestra que la mayoría de ellas tenían entre 20 y 39 años (90%), estaban casadas (92,1%) y con uno o dos hijos e hijas

vivas (75,8%). Es necesario mencionar también el hecho de que el 22% de las mujeres que abortaron, lo habían hecho anteriormente cuatro o más veces.

Los hallazgos de la investigación muestran una serie compleja de factores vinculados al modelo conservador de control de la natalidad que implica un enorme número de abortos en Serbia. Los principales son el conocimiento insuficiente sobre métodos anticonceptivos y aborto; la creencia de que los métodos anticonceptivos modernos son peligrosos para la salud, y determinadas barreras psicológicas, que tienen también que ver con la relación con la pareja (3). Además, existen pocos esfuerzos organizados dirigidos a promover la educación sexual y la información sobre anticoncepción, así como ciertas limitaciones en el programa de planificación familiar. Hay que señalar que la ampliación de la ley del aborto tuvo lugar en el momento en que descendió el número de nacimientos y con una presencia muy discreta de métodos anticonceptivos modernos.

Es decir, las indicaciones socio-médicas fueron aceptadas como motivos para interrumpir el embarazo desde 1952. En 1969, la ley se modificó de nuevo permitiendo el aborto a petición de la mujer hasta la décima semana de gestación y, después de la décima semana, con la aprobación de una comisión médica. El límite de edad era 18 años, pero desde 1995 la interrupción voluntaria del embarazo puede realizarse, bajo petición, en mujeres de 16 o más años.

La elevada prevalencia de abortos voluntarios, es el principal problema de salud reproductiva de Serbia, teniendo en cuenta el coste de este procedimiento tanto para la tasa de fecundidad como para la calidad de vida de las mujeres. La incidencia de complicaciones tras la interrupción del embarazo en Serbia, se describe como elevada. El resultado de un estudio representativo mostró que la tasa de complicaciones tempranas es del 21,3% (4). Aunque las complicaciones graves se daban raramente, el riesgo de que tuvieran lugar es más alto que en el resto de países desarrollados.

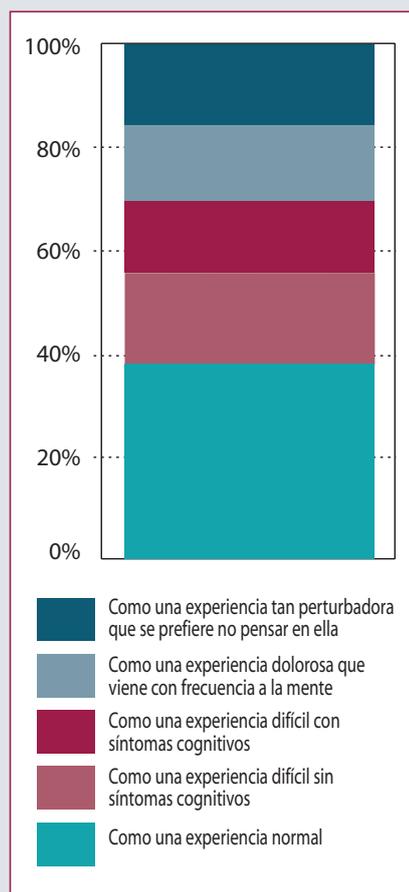
Las razones para esta elevada incidencia de complicaciones tras un aborto inducido se considera que tiene que ver con el enorme número de abortos que se realizan cada día, con un pre-operatorio inadecuado y con el uso predominante de técnicas convencionales.

Los resultados del estudio sobre las consecuencias psicológicas del aborto (3) han confirmado que las mujeres valoran este procedimiento como una experiencia compleja y difícil. Alrededor del 45% de las mujeres se enfrentó a reacciones emocionales inexplicables incluso dos meses después de la inter-



vención (figura 2). El trauma psicológico puede ser de diferentes grados; retrospectivamente el aborto se experimenta como una experiencia difícil pero sin síntomas a nivel cognitivo (14%), como una experiencia dolorosa que viene a la mente con frecuencia (14,6%), o como una experiencia perturbadora en la que una prefiere no pensar (15,9%).

**Figura 2.**  
**Cómo experimentan el aborto las mujeres**



Fuente: Rasevic M. *Hacia un entendimiento del Aborto en Serbia*. Instituto de Ciencias Sociales, Belgrado (1993).

Desde los años 90 se han llevado a cabo dos acciones para la promoción de la salud reproductiva en Serbia. La primera acción está relacionada con el desarrollo de una red de centros de asesoramiento sobre salud reproductiva para gente joven. La segunda acción tiene que ver con alertar a los colegios para que se mantenga y promueva la salud reproductiva entre la juventud.

El desarrollo de un modelo de servicios de consejo sobre salud reproductiva amigables

para jóvenes, está basado en el principio de proporcionar una atención integral para la gente joven y no sólo la prestación de servicios para atender sus problemas de manera aislada. La implantación de estos principios asume la integralidad de las medidas de prevención y de tratamiento en los servicios sanitarios, a saber, el establecimiento de servicios de consejo sobre salud reproductiva dentro de los centros de atención primaria, sobre todo, como parte de la unidad de atención a jóvenes en edad escolar. Los servicios de salud reproductiva adaptados a la juventud, ya se han abierto en una cuarta parte de los municipios de Serbia, de acuerdo con este modelo.

La educación sobre salud reproductiva en Serbia nunca ha formado parte del programa formativo en las escuelas. La actualización de la ley escolar en 2003 permite llevar a cabo acciones para que se mantenga y se promueva la salud reproductiva entre las y los jóvenes en los colegios. En esta línea, se elaboró un manual para profesorado de diferentes asignaturas y para personas expertas en educación primaria, dada la falta de material educativo adecuado para trabajar con el alumnado de los tres últimos cursos. El manual está dirigido al trabajo concreto con el alumnado y, en él se abordan los siguientes temas: pubertad, vida emocional de la gente joven, aparato reproductor, embarazo adolescente, habilidades sociales, conductas de riesgo, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH y significado de la familia y la crianza. En la actualidad, el manual se encuentra en proceso de publicación.

Es muy importante capacitar a la gente joven para tomar decisiones responsables y saludables. Debido a los avances en salud reproductiva, aparte de los efectos directos sobre la salud, se han alcanzado otra serie de beneficios: se ha aumentado el nivel de cultura sanitaria y sexual de las personas, al tiempo que la prevención y la vida saludable se han convertido en un estilo de vida y una manera de pensar en la que se promueve la asunción de la responsabilidad personal sobre la propia salud. Pero se trata sólo del primer paso para lograr una disminución en el número de abortos.

Cabe señalar que el modelo conservador de control de la natalidad en Serbia es serio y complejo y, por ello, requiere muchas soluciones. Supone la difusión del conocimiento, la promoción de una red de servicios de planificación familiar, el acceso a todos los métodos anticonceptivos, la ampliación de las categorías profesionales de los equipos que trabajan ofreciendo orientación sobre anticoncepción, y señala la importancia del consejo post-aborto y de la implicación de

los hombres en la responsabilidad de la planificación familiar. También es muy importante establecer una base legal para la esterilización voluntaria, puesto que el acceso a este tipo de método de control de natalidad, se correlaciona claramente con la reducción en el número de abortos de repetición.

No parece que se vayan a alcanzar resultados rápidamente. La estabilidad en el número de abortos inducidos indica que existen causas subyacentes de la frecuencia de los mismos y que dichas causas son numerosas y estables en el tiempo. Teniendo esto en cuenta, y la lentitud de cualquier cambio espontáneo, puede esperarse que el problema de los abortos continúe presente en los próximos años. Sin embargo, su presencia a lo largo del tiempo dependerá, en gran medida, de la toma de conciencia y la habilidad para enfrentarse a este problema.

## Referencias

1. *II Encuesta de agrupación de indicadores múltiples*. UNICEF. Belgrado, 2000.
2. Rasevic, M. *La planificación familiar como un estilo de vida*. Instituto de Ciencias Sociales, Belgrado, 2000.
3. Rasevic, M. *Hacia la comprensión del Aborto en Serbia*. Instituto de Ciencias Sociales, Belgrado, 1993.

## Mirjana Rasevic

[mrasevic@eunet.yu]  
Principal Asesora de Investigación  
Directora del Instituto de Ciencias Sociales de Belgrado  
Universidad de Belgrado.

## Katarina Sedlecki

[ksedlec@eunet.yu]  
Especialista en Ginecología y Obstetricia  
Directora del Centro de Planificación Familiar  
Instituto de Atención Sanitaria Materno-Infantil de Serbia  
Belgrado, Serbia.

# DEFENSA DE LA FAMILIA: LA EXPERIENCIA DE LETONIA

## Situación familiar y demografía en Letonia

En muchos países de Europa existen problemas debidos a las bajas tasas de natalidad y al envejecimiento de la población, lo que, a menudo, deriva en una crisis demográfica. Este es también el caso de Letonia, donde se está viviendo una crisis demográfica y una crisis de la familia como valor. Desde 1989, su población ha descendido en un 13%, pasando de 2,6 millones de habitantes en ese año, a menos de 2,3 millones en 2005. En 2005 Letonia tenía una tasa de fecundidad de 1,29, que había descendido desde el 2,0 en 1990 y había aumentado desde el 1,21 de 2001.

La tasa de divorcio es una de las más altas de Europa con más de un 51% de matrimonios divorciados. Existe también un gran número de abortos: en 2003, se realizaban 691 abortos por cada 1000 embarazos y en 2004, la proporción era de 641 por cada 1000 embarazos (1). Una de las razones que explica este número tan elevado de abortos es el hecho de que no se toman las suficientes medidas de prevención ante el aborto, ya que existe un escaso conocimiento de los métodos anticonceptivos y sobre cualquier otra información relacionada con la salud sexual y reproductiva.

## Principales razones asociadas a la crítica situación demográfica

Las principales razones para este descenso en la curva demográfica en conjunto son: el apoyo insuficiente por parte del estado hacia las políticas de conciliación de la vida laboral y familiar de mujeres y hombres, y el sistema de valores predominante en la sociedad, que prioriza el alcanzar mayores niveles de bienestar sobre formar una familia y tener descendencia.

Como consecuencia del descenso en la tasa de fecundidad, el número de personas menores y jóvenes ha disminuido mientras ha aumentado la de personas mayores (el envejecimiento de la población se ha acelerado debido también al aumento de la esperanza de vida durante la última década). El número de menores y jóvenes de hasta 14 años desde 2000, ha descendido a 99.500; al mismo tiempo el número de personas mayores de 65, se ha incrementado hasta las 32.000. Así, la baja tasa de natalidad es uno de los factores que incide en el aumento de la carga demográfica de Letonia, lo que implica que la sociedad en general, y los gobiernos locales, tendrán que dedicar mayores

recursos para cubrir las necesidades sociales.

## Medidas para solucionar la situación demográfica crítica

Desde 2003, el gobierno de Letonia ha reconocido oficialmente su tarea de enfrentarse a la crisis demográfica y desarrollar un contexto social favorable para las familias como principal prioridad política. La Declaración del Consejo Ministerial, define claramente a la familia como una prioridad (2). Consecuentemente, el gobierno ha puesto en su agenda política las medidas necesarias para satisfacer las necesidades de las familias y la infancia. Con el fin de crear un contexto favorable a las familias, de proporcionar una protección efectiva de los derechos de la infancia y de mejorar la situación de la infancia, la familia y la juventud, se decidió que era necesario crear un organismo especial que abordara los problemas de familia, infancia y juventud. Así, en mayo de 2004, se creó el Ministerio de Asuntos Familiares e Infancia, el organismo de la administración pública responsable de diseñar e implantar la protección de los derechos de la infancia, así como las políticas de juventud y familia.

## Aumento de los recursos económicos destinados a la atención de la infancia y prestaciones por nacimiento.

Los principales logros desde 2004 tienen que ver con un aumento sustancial de las ayudas económicas concedidas para la atención de la infancia, y con un enorme incremento en el número de subsidios concedidos por nacimiento. En 2005, las prestaciones aumentaron – la cantidad de dinero que recibe una persona que cuida de su bebé hasta que cumple un año, si se encuentra empleada y esta de baja por maternidad o paternidad, se sitúa ahora en el 70 por ciento de la prima de seguro media, siempre por encima de los 56 LVL (80 euros) y por debajo de los 392 LVL (565 euros) al mes, y para una persona desempleada, la subvención es de 50 LVL (71 euros) al mes (3).

Desde el año 2006, el monto del subsidio por nacimiento es de 296 LVL (421 euros) – lo que constituye el 100% del valor de un ajuar para bebé. Por el primer nacimiento, además, se conceden 100 LVL (142 euros); por el segundo nacimiento 150 LVL (213 euros) más, y por los siguientes 200 LVL (285 euros). Esto supone un aumento significativo en comparación con 2005, cuando la cantidad del subsidio era de sólo 98 LVL (139 euros).

## Apoyo para las familias monoparentales

En 2003 existían 11.400 menores que no recibían la suficiente atención o apoyo de sus progenitoras o de sus progenitores. El mantenimiento de una hija o un hijo incluye los gastos de crianza que el padre y la madre tienen la responsabilidad de asumir, independientemente de su situación económica. En 2004, con el fin de mejorar esta situación, se estableció el Fondo de Mantenimiento Garantizado para asegurar el derecho a la seguridad social en la infancia, garantizando así una cantidad mínima de dinero para cada menor dependiente sólo de la madre o el padre que tiene la custodia. Este fondo proporciona una cantidad mínima para el mantenimiento de menores fijada por el Gobierno y se adjudica mediante decisión judicial. Además, sólo se concede si la administración ha comprobado que no es posible obtener el dinero de la madre o el padre porque no puede o porque incumple con una medida judicial.

## Apoyo también fuera del contexto familiar

Las niñas y los niños, en situación de abandono, dependiendo de su edad y de su estado de salud, pueden recibir tres tipos de ayuda de los servicios sociales y de los organismos educativos. Con el fin de crear un ambiente familiar para estas niñas y niños y para disminuir el número de menores institucionalizados, se está implantando un conjunto de acciones de coordinación y apoyo para familias de acogida, personas que ejercen de tutoras, adoptantes y especialistas que trabajan en la administración local. Como resultado de las mismas, en mayo de 2006 el número de familias de acogida era 204, más que en 2003 y 2004 cuyo número era de 15 y 47 respectivamente. En 2003 se adoptaron 15 menores dentro del país y 62 a través de la adopción internacional. En 2005 ya había 88 menores en adopción en el propio país y 111 mediante adopción internacional. Mientras, el número de menores en centros de acogida continúa disminuyendo, en comparación con el año pasado, se registraron 3.093 nuevos ingresos de menores en este tipo de centros, y el 1 de enero de 2006 el número era de 2.881.

Al proporcionar una oportunidad para desarrollar un ambiente saludable en los orfanatos y para menores sin familia, el estado está fomentando la posibilidad de que participen activamente en el desarrollo de la sociedad civil y, una vez que alcancen la edad de incorporarse en el mercado laboral, lo hagan de manera exitosa y sean capaces de



vivir de manera independiente (inclusión social).

### Derechos de la infancia

Mediante el análisis de las quejas recibidas en el Ministerio de Asuntos Familiares e Infancia sobre las violaciones en el campo de la protección de los derechos de la infancia, se ha podido concluir que el número de casos de abuso emocional y físico, tanto en las familias como en los centros educativos, está aumentando. También se ha observado que las madres y padres, el personal empleado de los centros de acogida, el personal profesional de centros de preescolar y educación primaria, desconocen las implicaciones de los derechos de la infancia. Teniendo en cuenta el dato mencionado anteriormente, el 1 de diciembre de 2005 se creó un nuevo organismo público, la Inspección para la Protección de los Derechos de la Infancia, con el objetivo de procurar el reconocimiento a estos derechos en Letonia y de implantar un sistema para su protección.

### Una línea de teléfono para la infancia y juventud

En la primera mitad de 2005, la Inspección Estatal para la Protección de los Derechos de la Infancia, realizó una encuesta en los centros educativos con el fin de averiguar si había información sobre la existencia de líneas de teléfono para menores. El resultado fue que las chicas y los chicos que participaron en el estudio, no supieron nombrar ninguna línea de teléfono. Considerando el funcionamiento real de estas líneas de teléfono y el número de denuncias formuladas sobre posibles violaciones de los derechos de la infancia en Letonia, desde 2006 existe una línea de teléfono gratuita dependiente de la Inspección para infancia y adolescencia donde se proporciona apoyo en situaciones vitales difíciles, así como apoyo psicológico y práctico para la resolución de problemas.

La línea de teléfono es una manera de averiguar y reajustar los fallos de la administración estatal y así proporcionar un mejor apoyo para las familias y la infancia, mejorando su entorno.

### Plan de acción para la implantación de la «Política Estatal sobre Familia»

Con el fin de establecer unas condiciones favorables para la familia, en 2004, el gobierno puso en marcha un plan de acción para la implantación de la «Política Estatal

sobre Familia», para el período 2004-2013 (4). Las acciones más importantes de este plan, son las siguientes:

- Desarrollar un sistema público para la promoción del empleo mediante la creación de una red de información sobre las profesiones más demandadas; estas medidas proporcionarán la oportunidad de re-cualificarse a las personas desempleadas.
- Desarrollar propuestas para solucionar el difícil problema de la vivienda para las familias.
- Reconsiderar la cuantía de los subsidios y ayudas para la familia que proporciona el estado.
- Ampliar el conjunto de habilidades para la vida familiar que se enseñan en los programas educativos de estudios sociales para el alumnado de 5º a 12º curso. Aumentar el número de centros regionales que ofrecen ayuda integral en situación de crisis (entre otras cosas ofrece estancias breves para madres con menores en situación de crisis). Crear una red de centros para el apoyo de las familias en cada ayuntamiento co-financiada por el estado.

Debido al envejecimiento de la población en Letonia, es posible que hasta el año 2050 su población, especialmente el número de personas sanas, descienda rápidamente, lo que también incidirá de manera negativa sobre la situación económica del país. De acuerdo con los datos que proceden de la agencia de crédito internacional Standart & Poros, la población sana desde 2005 hasta 2050 podría descender del 69 por ciento al 59 por ciento. Esta agencia también pronostica un descenso global en la población de Letonia desde 2,3 millones en 2005 hasta 1,9 millones en 2050, lo cual irá seguido de una presión continua y en aumento sobre los presupuestos del estado. Con el fin de mejorar la situación demográfica, es necesario continuar aumentando el apoyo del estado hacia las familias y continuar creando unas condiciones adecuadas que incluyen el apoyo económico y servicios para las familias a fin de crear un entorno social favorable para el crecimiento de las familias.

### Referencias

1. Infancia en Letonia, Recogida de Datos Estadísticos (2005). Para más información, por favor, visite: <http://www.csb.lv/satr/cat2006.cfm?nodala=03>.
2. Rīcības plāns koncepcijai «Valsts ģimenes politika» Ministru Kabinets

2004.gada 30 novembri

[http://www.bm.gov.lv/lat/gimenes\\_valsts\\_politika/](http://www.bm.gov.lv/lat/gimenes_valsts_politika/)

3. [http://www.bm.gov.lv/lat/informacija/informacija\\_vacakiem/?doc=613&underline=pabalsti](http://www.bm.gov.lv/lat/informacija/informacija_vacakiem/?doc=613&underline=pabalsti)

4. Valsts ģimenes politika. [http://www.bm.gov.lv/lat/gimenes\\_valsts\\_politika\\_ministrijas\\_aktivitates\\_gimenes\\_atbalstam/?doc=532&underline=%ECimene](http://www.bm.gov.lv/lat/gimenes_valsts_politika_ministrijas_aktivitates_gimenes_atbalstam/?doc=532&underline=%ECimene)

### Linda Andersone

[[linda.andersone@bm.gov.lv](mailto:linda.andersone@bm.gov.lv)]  
Subdirectora del Departamento de Política para la Familia y la Infancia  
Ministerio de Asuntos Familiares e Infancia.

# SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS PAÍSES CON BAJAS TASAS DE FECUNDIDAD

*El ejemplo de Bulgaria en cuanto a la puesta en marcha de políticas contra la baja fecundidad*

Desde un punto de vista demográfico, Bulgaria no es un país muy prometedor. La población de Bulgaria está entre las que más rápido descienden en Europa y se ha reducido en 908.000 personas desde 1990 hasta 2004, de acuerdo con los datos extraídos de la Estrategia Nacional para el Desarrollo Demográfico de Bulgaria 2006-2020 (1). A finales de 2004 había 7.761.049 millones de personas residiendo en Bulgaria y, de éstas, una de cada cuatro tenía más de 60 años. La población descendió en 337.000 personas durante el periodo entre los dos últimos censos, realizados en 1992 y 2001. La tendencia demográfica sugiere bajas tasas de natalidad y una de las más elevadas de Europa de mortalidad. Si consideramos que esto sucede en combinación con una migración constante compuesta principalmente por personas en edad reproductiva, se presenta un panorama bastante negativo.

A la luz de estas tendencias demográficas, que no resultan sorprendentes teniendo en cuenta el desarrollo demográfico en el resto de Europa, la pregunta es: «¿qué se ha hecho? ¿y qué debería hacerse?». El debate sobre la crisis demográfica, el envejecimiento de la población del país, la migración, las personas que llegan al país procedentes principalmente de países en desarrollo y las diferentes tendencias demográficas entre los diferentes grupos étnicos, comenzó hace años y ahora es más profundo y global. Desafortunadamente, pero no sorprendentemente, en algunos aspectos, se está siguiendo el mismo modelo político que se utilizó en los Balcanes, como se muestra más adelante.

## ¿Qué induce unos niveles bajos de fecundidad?

¿Qué impide a las personas en edad reproductiva tener descendencia? La migración, por un lado – la gente joven en edad reproductiva, la mayoría con un buen nivel de formación, prefiere tener descendencia en el extranjero, donde tiene más seguridad económica. De acuerdo con diferentes fuentes, más de un millón y medio de personas búlgaras viven en el extranjero y, la mayoría, se han establecido allí. Otra parte del movimiento migratorio consiste en personas que emigran la mitad del año (sobre todo a países vecinos), y vuelven a Bulgaria la otra mitad del año. La migración estacional, de niveles de formación considerablemente inferiores, utiliza casi siempre vías ilegales, lo que aumenta su vulnerabilidad ante el tráfico de personas y resulta difícil incluirles en las estadísticas.

Este tipo de migración conlleva un cambio en el modelo tradicional de familia, que incluye tres generaciones, ya que la generación más joven normalmente permanece en el país con algún miembro cercano de la familia de origen.

Sin mencionar la migración, ¿que frena a aquellos que permanecen en el país a la hora de tener descendencia?. Por un lado, las cuestiones económicas – el bajo estatus económico, la inestabilidad, la inseguridad, la falta de inversiones significativas en programas sociales y uno de los niveles de vida más bajos de Europa. Además, el modelo de familia está cambiando y siguiendo el existente en Europa occidental, donde la mayoría de la gente joven y una buena parte de todas las personas en edad reproductiva, viven en pareja sin formalizar su relación (en Bulgaria no es posible considerar tal situación como parejas «legales» y el padre debe reconocer formal y oficialmente a su descendencia).

Otro asunto importante relacionado con la fecundidad, es la infertilidad. En Bulgaria existen unas 240.000 parejas infértiles (cifra total para todas las parejas con infertilidad primaria y secundaria). El porcentaje de casos de hombres y mujeres infértiles es prácticamente igual y la principal causa de infertilidad secundaria se relaciona con una historia prolongada de infecciones ginecológicas durante la adolescencia –principalmente debidas a una educación sexual y sobre salud inapropiada–, lo que implica una preparación inadecuada para la vida sexual entre las y los adolescentes. Es importante subrayar que, a pesar de todos los esfuerzos que realizan las ONGs en este sentido y las agencias de Naciones Unidas en el país, e incluso, tras haber conseguido el apoyo del Ministerio de Sanidad en los últimos años, el Ministerio de Educación todavía muestra resistencias y se retrasa en la inclusión de la educación sexual y en salud en los programas educativos de los colegios. Actualmente, la gente joven puede elegir educación sexual como asignatura optativa en algunos institutos de ayuntamientos seleccionados y recibir formación interactiva con pares así como educación en habilidades para la vida por parte de ONGs y el UNFPA. La perspectiva respecto a la inclusión de la educación sexual y en salud como asignatura, no es muy prometedora.

## Abordar la baja natalidad

La reforma del sistema sanitario, y su principal instrumento – el Sistema de Seguro de Salud, que comenzó a funcionar en 1998-1999, está avanzando despacio y se enfrenta a

serios problemas. La introducción de la figura de internistas, de unidades de salud privadas, así como la corrupción en los hospitales y el presupuesto de salud tradicionalmente modesto han conducido a diferentes crisis: hospitales en bancarrota, falta de programas preventivos sistemáticos que afectan directamente a temas reproductivos (por ejemplo, a la realización de pruebas preventivas para el cáncer de mama y de útero) de más de un millón de personas que están fuera del Sistema Público de Salud. Por el momento, el seguro de salud no cubre los gastos de anticoncepción, ni el tratamiento de la endometriosis, y hasta final de 2005 tampoco cubría los gastos relacionados con el tratamiento de la infertilidad. En 2006, se han realizado algunos avances que, en el mejor de los casos, es una buena señal para el desarrollo futuro. El fondo del seguro de salud ahora cubre un ciclo de fecundación in vitro por año a las mujeres de menos de 40 años. Esto resulta insuficiente, teniendo en cuenta que la cobertura es parcial – sólo cubre el material y los utensilios, comparado con el número de ciclos que se cubren en otros países de la UE, pero es un buen principio y una señal de que están cambiando actitudes.

Otras aproximaciones, para mejorar los datos de fecundidad baja, desde el campo médico son: reducir la mortalidad infantil (incluyendo la mortalidad perinatal); mejorar y optimizar los programas y el tratamiento preventivo de enfermedades de importancia social como las cardiovasculares, la obesidad o las enfermedades respiratorias; poner más énfasis en el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y asegurar que existen opciones en todo el país para la realización de pruebas voluntarias y consejo (VCT) sobre VIH/SIDA y otras ITSs, incluyendo la hepatitis B y C. El programa financiado por el Fondo Global contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM) en Bulgaria, implantado por el Ministerio de Sanidad y otras ONGs y contrapartes gubernamentales, cubre una cantidad de 16 millones de dólares americanos para el periodo entre 2004 y 2008. Así, la red de servicios de atención, donde se oferta consejo y pruebas (VCT), se crea con la financiación de este programa. Además de atender a toda la juventud, se pone especial atención en los grupos vulnerables y que acceden a los recursos con mayor dificultad – minorías de etnia romani, de personas consumidoras de droga por vía endovenosa, personas que ejercen la prostitución y personas que viven con el VIH/SIDA. Entre las principales estrategias dirigidas a mejorar la salud reproductiva de la población en

**Radosveta Stamenkova**



**Todor Chernev**



general, junto con el objetivo de prevenir el VIH/SIDA, se encuentran los programas educativos y de prevención, la formación y la concienciación. La integración del SIDA y de los derechos de salud sexual y reproductiva constituye un paso importante en la dirección correcta. Mejorar la situación de la salud reproductiva en Bulgaria es una de las principales prioridades del Ministerio de Sanidad, el UNFPA y varias ONGs entre las que se encuentra la que realiza los mayores esfuerzos y cuenta con la mayor experiencia, la Asociación Búlgara de Planificación Familiar y Salud Sexual (BFPA). Además es una prioridad, la prevención y la promoción de la salud, la salud materno-infantil, incluyendo el diagnóstico temprano y la realización de pruebas durante el embarazo. La Estrategia Nacional de Salud 2007-2012 recoge algunos de los principales objetivos para abordar la baja tasa de fecundidad, sin establecer directamente un enfoque pronatalista. Por ejemplo, la meta estratégica 1 establece: «mejorar la salud de la nación», y tiene entre sus objetivos concienciar a la población sobre los estilos de vida saludables y las amenazas para la salud así como sobre la optimización del sistema de salud laboral; además, pretende la introducción de un sistema nacional de seguimiento de la salud en edad escolar y mejorar las condiciones de los centros médicos y sociales dirigidos a la infancia.

### Medidas económicas

¿Qué sucede con las medidas económicas? La Estrategia Nacional de Salud, en su meta 8 se centra en: «garantizar la estabilidad económica y la sostenibilidad del sistema nacional de atención sanitaria». Para lograrlo, es necesario aumentar la proporción del producto interior bruto destinado a la atención sanitaria, optimizando el sistema de obtención de recursos económicos y mediante la búsqueda de donaciones e inversiones dentro de los fondos de la UE para el país. La Estrategia Nacional de Salud prevé aumentar los fondos públicos destinados a la atención sanitaria, a 5.5% del producto interior bruto para el próximo año y un incremento gradual hasta el 8% del mismo en 2012. Se espera que esto no sea una declaración más que quede sin llevarse a la práctica. Puesto que los incentivos económicos directos para potenciales madres y padres son muy limitados: la baja por maternidad y paternidad que se paga en su totalidad es de cinco meses (sin embargo, lo positivo es que puede disfrutarla tanto la madre como el padre, o incluso otra persona de la familia). En la actualidad, existe un proyecto de ley en

el parlamento que recoge ampliar la baja por maternidad/paternidad hasta los 12 meses y se pretende que las madres desempleadas reciban, durante el mismo periodo de tiempo, el salario mínimo (75 euros). Cuando finaliza la baja por maternidad/paternidad, la ayuda mensual por menor en las familias desfavorecidas socialmente es de sólo unos 10 euros. En comparación con los tres años de baja por maternidad y paternidad que había en 1989, no puede decirse que el gobierno haya promovido el hecho de que la gente joven permanezca en el país y tenga descendencia en Bulgaria. Un buen propósito es el de proporcionar una suma de dinero por cada nuevo nacimiento para ayudar a la familia durante los primeros meses; la cantidad aún tiene que ser negociada – el aumento de esta inversión debería ser considerable y afectaría al mercado laboral también mediante la inclusión de buenos puestos de trabajo equiparables con los salarios medios en Europa, con el fin de conseguir que la gente joven se sienta segura económicamente y motivada para quedarse en el país.

### La respuesta futura

El gobierno, la clase política y la sociedad han comenzado a escuchar, en los dos últimos años, a personas científicas y demógrafas. La crisis demográfica es una cuestión que ahora se debate en el ámbito público. En realidad casi todos los partidos y movimientos políticos tienen una política o un posicionamiento ante la crisis demográfica. El Presidente, las ministras y ministros, líderes de partidos y otras personas relevantes consideran importante actuar pronto, pero no existe una estrategia realista, y las premisas son más emocionales y populistas que estructuradas y competentes. Esto plantea serios problemas potenciales: por ejemplo, utilizar el eslogan demográfico para menoscabar los derechos reproductivos de las personas (pretendiendo que la regulación existente sobre el aborto es demasiado liberal, lo que podría llevarnos al lado oscuro de los abortos inseguros, las tensiones y los debates). Esto no es muy probable, pero existe otro problema que debemos señalar y que es más preocupante: el intento de representantes políticos de plantear la situación como un problema étnico (enfaticando que la comunidad romani tiene unos datos poblacionales mejores que otros grupos étnicos, o no queriendo entender que los movimientos migratorios de otras partes del mundo, tarde o temprano, nos afectarán). Este tipo de actitudes deben evitarse, principalmente mediante el establecimiento de unas

condiciones económicas y sanitarias favorables para el trabajo y la reproducción para las generaciones jóvenes. Por nuestro futuro común en Europa.

### Fuentes

1. Consejo Nacional para Cuestiones Étnicas y Demográficas y asociaciones. *Desarrollo demográfico de la República de Bulgaria*, Sofía (2005)

### Otros documentos importantes

1. Ministerio de Sanidad. *Estrategia Nacional de Salud 2007-2012*, Sofía. Puede descargarse en [www.mh.government.bg](http://www.mh.government.bg)
2. Ministerio de Sanidad, UNFPA y asociaciones. *Investigación sobre la frecuencia y Causas de Esterilidad en Bulgaria*, Sofía, 2005.

### Todor Chernev

[[tchernev@safesex.bg](mailto:tchernev@safesex.bg)]  
Miembro del Consejo de Dirección Maternidad del Hospital Universitario «Maichin Dom» de Sofía  
Presidente Honorífico de la BFPA

### Radosveta Stamenkova

[[rstamenkova@safesex.bg](mailto:rstamenkova@safesex.bg)]  
Directora Ejecutiva  
Asociación Búlgara de Planificación Familiar y Salud Sexual

# LA FECUNDIDAD MÁS BAJA POSIBLE EN ITALIA: QUÉ SABEN LAS Y LOS GESTORES Y RESPUESTAS POLÍTICAS

Existe un estereotipo omnipresente sobre la familia típica italiana, que la representa como una familia numerosa. Muy al contrario, Italia es la «campeona» en cuanto a tasas bajas de fecundidad desde principios de los años 90. La tasa de fecundidad total (TFR) cayó por debajo de 1,3 nacimientos por mujer –el umbral conocido como «la fecundidad más baja posible»– en 1993 y alcanzó un nivel mínimo de 1,18 en 1995. Se puede decir que la fecundidad total se ha incrementado, atendiendo al nivel de 1,34 de 2005 (estimación realizada por el Instituto Nacional Italiano de Estadística). ¿Hasta qué punto y desde cuándo se ha percibido la tasa de fecundidad más baja posible como un tema político? ¿Tienen los cambios políticos y, en particular, las ayudas económicas y los servicios de atención a la infancia algo que ver en el reciente aumento de la fecundidad en Italia? En adelante, trataremos de debatir sobre estas cuestiones y, si es posible, contestar a estas preguntas.

## Una sociedad poco adecuada para la familia y la infancia

Existen explicaciones contradictorias en la literatura científica sobre la razón por la que la fecundidad en Italia se encuentra en los niveles más bajos posibles. Sin embargo, hay un acuerdo general respecto a que tanto los organismos públicos como todo el entorno político no pueden caracterizarse como adecuados a la familia y la infancia.

De acuerdo con los datos de Eurostat de 2003 la media de gasto público en bienestar de las familias y la infancia es de 2,2% del producto interior bruto entre los países de la UE de los 15. En Italia, esa proporción es del 1%, según datos de la OCDE mostrando un nivel constante desde 1980 que oscila entre el 0,8% y el 1,3%. Este panorama no ha cambiado la política de desgravación fiscal: la OCDE ha estimado recientemente «el gasto social neto», es decir, el gasto social teniendo en cuenta los efectos de los impuestos y el gasto social privado voluntario. El gasto social neto, en Italia, ocupa el puesto 19º de 23 países, con el 1% del PIB, frente al 2,1% de la media de la OCDE.

¿Por qué sucede esto? Una posibilidad es que la clase política italiana no haya percibido que la tasa de fecundidad era demasiado baja hasta hace poco. Un estudio periódico de Naciones Unidas sobre la visión de los gobiernos y la clase política, revela algo interesante: todavía en 1996 (, es decir cuando Italia estaba ya entre los países de fecundidad baja y los indicadores ya estaban disponibles para el público, la tasa de

fecundidad era percibida por el gobierno como «satisfactoria» y las políticas no iban dirigidas a intervenir en este campo. En 2003, el gobierno italiano comenzó a darse cuenta de que la tasa de fecundidad era «demasiado baja», pero aún entonces no consideró que fuera necesario intervenir. En aquel momento el gobierno publicó el «Libro Blanco sobre el Estado de Bienestar», donde señalaba la baja tasa de fecundidad como un problema grave (1). El «Libro Blanco» incluye afirmaciones tales como: «el aumento en la tasa de natalidad es una condición necesaria si queremos una renovación generacional para Italia consistente con la conservación de la cohesión social y el desarrollo económico. De hecho, como se ha señalado anteriormente, la decisión de tener o no tener descendencia continúa siendo de cada pareja, y es indudable que todo es mucho más difícil si no existen políticas de apoyo a la familia» (1). Finalmente, en el estudio de Naciones Unidas de 2005, el gobierno declaró que era necesario adoptar políticas dirigidas a aumentar la tasa de fecundidad.

En mayo de 2006, hubo un cambio político del centroderecha a una coalición de centroizquierda, pero el nuevo gobierno también consideró que la tasa de fecundidad era demasiado baja y que sería deseable alcanzar unos niveles más altos. Resulta interesante que éste sea uno de los puntos en los que existe acuerdo entre los dos principales partidos políticos de Italia. Existe mucho menos consenso entre la clase política italiana (y la sociedad italiana) sobre temas de derechos y salud reproductiva, especialmente sobre el derecho básico a elegir libre y responsablemente el momento y el número de hijos e hijas que se desean tener. El gobierno de centroderecha, durante el periodo 2001-2006, apoyado por la Iglesia Católica, aprobó leyes que prohibían el uso de píldoras abortivas, por un lado, y también el uso de varias técnicas de inseminación artificial (como la inseminación artificial mediante donante). Estas cuestiones apenas se relacionan con el debate de la baja tasa de fecundidad, lo que indica una escasa reflexión general sobre los derechos reproductivos. Ahora nos centraremos en las ayudas económicas y los servicios.

## Ayudas económicas en relación a la infancia: nuevos intentos

El reciente aumento en la tasa de fecundidad total (con una diferencia de 0,16 entre las estimaciones de 2005 y 1995), probablemente está muy relacionado con la forma de calcular la tasa, ya que este es un indicador problemático cuando –como

sucede en Italia– la edad media en la que se produce la maternidad, no es constante. Sin embargo, aquí nos centraremos en los cambios políticos que han tenido lugar durante este período y exploraremos sus efectos potenciales sobre la fecundidad.

En Italia, un subsidio para las familias trabajadoras, se introdujo por primera vez en los años 30. Tras algunas ampliaciones en las décadas siguientes, en 1983 pasó a ser un ingreso cuestionado. Las personas que trabajaban en el régimen autónomo y las desempleadas, quedaban excluidas de esta ayuda. De hecho, las partidas presupuestarias destinadas a fondos para ayudas familiares, desde entonces, han pasado a destinarse al pago de pensiones para las personas mayores. La baja por maternidad pagada para las mujeres con trabajos remunerados, se amplió hasta cinco meses. ¿Han cambiado en algo estas políticas tras alcanzar la tasa de fecundidad más baja posible y con la nueva conciencia de la clase política?

La respuesta es sí. Se introdujo un nuevo tipo de política, principalmente con el objetivo de luchar contra la pobreza, en enero de 1999, junto con otros pequeños cambios en el régimen de impuestos; esta política continúa vigente en julio de 2006 y consta de dos componentes. En primer lugar, se cuenta con una ayuda económica considerable para las familias con al menos tres menores de 18 años que vivan en el domicilio y con bajos ingresos: 118 euros al mes en 2005, es decir, aproximadamente un 7% de los ingresos anuales del umbral de prueba. La cuota que reciben los hogares ha sido especialmente elevada para las familias numerosas, especialmente en las partes menos favorecidas del país, como el sur de Italia, donde en el año 2000 el 64% por ciento de las familias con tres o más hijos e hijas, se beneficiaron de esta ayuda. En segundo lugar, existe una ayuda para las familias en las que el padre o la madre no tienen trabajo remunerado (generalmente se trata de la madre), y con ingresos relativamente limitados que dura 5 meses (284 euros al mes en 2005). Esta ayuda está pensada para apoyar a las madres que no pueden optar a los beneficios de una baja por maternidad. Un primer análisis de los efectos de esta medida, muestra un leve, pero estadísticamente significativo impacto sobre un tercer nacimiento, y sobre la tasa de abortos entre las madres potencialmente beneficiarias con dos nacimientos previos(2).

En septiembre de 2003, se aprobó otra ayuda económica a raíz de la presentación del «Libro Blanco» con una validez limitada para 2003 y 2004 (retrospectivamente). La ayuda se traducía en un pago de 1000 euros



inmediatamente después de cada nacimiento. El primer nacimiento y los nacimientos de madres que no fueran ciudadanas de la UE, quedaban excluidos de esta medida (la proporción de bebés con padres o madres de nacionalidad extranjera era de 8,7% en 2004, la gran mayoría con madres de nacionalidad no europea). Esta medida no se renovó, pero se puso de nuevo en marcha a finales de 2005 con efecto retroactivo también para los primeros nacimientos, pero sin incluir aún a bebés con madres que no tuvieran nacionalidad de la UE. Esta ayuda se sumaba a las mencionadas anteriormente. La naturaleza retrospectiva de la ayuda y el hecho de que se daba de una sola vez, además de que no fue pensada para que fuera constante y de su escasa cuantía, hacen pensar que probablemente no tenga mucha influencia sobre la tasa de natalidad. Por otro lado, la exclusión de bebés con madres que no tengan nacionalidad de la UE, es difícilmente justificable.

### ¿Importa el aumento en el número de niños y niñas de 0 a 2 años en guarderías?

La literatura científica ha mostrado que –al menos en el mundo occidental– las tasas de fecundidad son más elevadas en los países donde la proporción de mujeres incorporadas al mercado laboral es mayor, es decir, que la correlación en los países entre fecundidad e incorporación de la mujer al mercado laboral, es positiva. En Italia, de acuerdo con los datos recientes de Eurostat en 2005, la tasa total de mujeres empleadas es de 57,6% frente a la media de la EU de los 15, donde ésta es de 65,2%. La capacidad para compatibilizar el trabajo remunerado, la maternidad y la crianza, es la clave para la emergente compatibilidad entre vida laboral de las mujeres y la relativa alta fecundidad. Los servicios de guarderías son fundamentales en este aspecto, incluso en un país donde tradicionalmente han sido las madres o familiares –generalmente mujeres– quienes se han encargado del cuidado de hijos e hijas. Puesto que las madres y estas familiares se han ido incorporando al mercado laboral, no han podido, o no han deseado, continuar de cuidadoras, la conciliación de vida familiar y laboral sigue estando estrechamente vinculada a que las necesidades de hijos e hijas estén cubiertas (2).

Las guarderías (públicas o privadas, generalmente abren de 8 de la mañana a 6 de la tarde), son el principal recurso solicitado para menores, de 0 a 2 años, en Italia. El número de guarderías ha ido en aumento (a nivel nacional) pasando de 2.180 en 1992 a

4.885 según los últimos datos (referidos al año 2004-2005). Ello implica que la proporción de menores de 0 a 2 años que acuden a las guarderías se ha incrementado desde el 5,8% en 1992 al 9,9% en 2004/05, con una población de esa edad prácticamente constante durante este periodo.

¿Hasta qué punto el aumento de la tasa de fecundidad en los últimos 10 años está relacionado con el incremento y disponibilidad de este tipo de centros?. La literatura científica aún no tiene respuesta para esta pregunta. Las guarderías en Italia son competencia de las Regiones, quienes llegan a acuerdos con los ayuntamientos o las instituciones que las gestionan y, por ello, existen enormes diferencias entre las distintas partes del país. Así, el reciente aumento en la tasa de fecundidad ha sido mayor en el norte y centro de Italia, donde las mujeres se han incorporado en mayor proporción al mundo laboral y existen más guarderías.

Otro tema relacionado es si el aumento en el número de guarderías se ajusta a las necesidades de madres y padres. Existen indicios claros de que estas necesidades no están siendo cubiertas: a nivel nacional, en 2000, sólo el 68,1% de las solicitudes para guarderías fueron aceptadas. En los últimos años, los datos por Regiones, indican que continúa sin responderse a esta necesidad.

### Comentarios finales: presupuesto público y política económica

Italia se enfrenta a sus problemas de fecundidad en un periodo de serias limitaciones presupuestarias, y con una deuda pública próxima al 108% del producto interior bruto. Si se pretende que el gasto social para familias e infancia llegue a la media de la UE de los 15, será necesario dedicar más del 1% del PIB a este fin. Es poco probable que esto suceda, también debido a la «política económica»: el perfil de votante en 2006, tenía aproximadamente 47 años, lo que hace que resulte problemático para cualquier futuro gobierno italiano tanto la redistribución del gasto social de otras partidas hacia familia e infancia, como el atender a los derechos reproductivos – por poner un ejemplo, un referéndum en 2005 para abolir las restricciones existentes sobre la inseminación artificial, fue invalidado por la elevada abstención en el voto.

### Referencias

1. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Libro Blanco sobre el Estado de Bienestar: propuestas para crear una sociedad*

*dinámica y solidaridad*. Roma, febrero, 2003. Existen versiones disponibles en italiano, inglés, francés, alemán y español desde el 2 de julio en:

<http://www.welfare.gov.it/Eachannel/MenuTematiche/PoliticheFamiliari/LibroBiancoWelfare.htm>

2. Billari, F.C., Zuanna, G.D. y Loghi, M. *Valoración del impacto de las ayudas económicas para las familias en contextos con la fecundidad más baja posible* (Italia). Informe presentado en la XXV Conferencia Internacional sobre Población para el Estudio Científico de la Población. Tours, Francia, 18-23 de julio de 2005.
3. Del Boca, D., Locatelli, M. y Vuri, D. *Opciones para el cuidado de menores para las madres trabajadoras: el caso de Italia*. *Review of Economics of the Household*, 3 (4): 453-477, diciembre 2005.

### Francesco C. Billari

[francesco.billari@unibocconi.it]  
Director del Centro de Investigación sobre Dinámica Social «Carlo F. Dondena»  
Universidad Bocconi

# QUÉ HAY DETRÁS DE LA SORPRENDENTE ESTABILIDAD EN LAS TASAS DE FECUNDIDAD EN RUMANÍA

**El drástico descenso de la fecundidad en Rumania después de 1989 no es una tendencia inusual en el contexto europeo, es, más bien, parte del descenso general registrado en los países del centro y este de Europa que están viviendo una transición económica y social tras la desaparición del régimen comunista.**

Resulta bastante sorprendente que, aunque se partió de niveles diferentes a finales de los años 80, las tendencias de la fecundidad fueran similares en contextos políticos, económicos y sociales diferentes en los años 90, resultando, después del año 2000, tasas de fecundidad total similares, situadas en 1,2 a 1,3 nacimientos por mujer (1). El descenso en la fecundidad en los años 90 en los países que pasaban por una transición económica y social, no estaba determinado, ni mantenido, por factores económicos inmediatos. Las causas eran diferentes, principalmente no económicas, y surgían de los cambios profundos a los que se enfrentaba la sociedad tras la desaparición del régimen comunista y que influían en la actitud de las parejas jóvenes en lo referente al lugar que ocupaban el matrimonio, la familia y la descendencia en la jerarquía de prioridades y decisiones (2).

El caso de Rumania no se ha analizado fuera de este contexto general. Pero existe una particularidad importante: antes de 1990, Rumania había impuesto una política fuertemente pro-natalista (con limitaciones muy serias en el acceso a métodos anticonceptivos y a la interrupción voluntaria del embarazo) por lo que la tasa de fecundidad era ligeramente superior a la del resto de los países comunistas en Europa (2,2-2,3 nacimientos por mujer). Resultaba obvio que esta tasa estaba siendo mantenida de manera artificial y que se esperaba un descenso mayor en los años 90, una vez que las leyes restrictivas sobre el aborto y la anticoncepción fueran abolidas a final de 1989. Además, la crisis económica y el acusado descenso en el nivel de vida deberían incidir aún más en ese descenso de la natalidad en comparación con otros países donde el deterioro en el nivel de vida era más moderado y temporal (República Checa, Eslovaquia, Polonia y Hungría). De hecho se ha dado un descenso más significativo de la fecundidad en Rumania. La particularidad de esta tendencia no es la magnitud del descenso, sino la concentración del mismo en sólo 3 ó 4 años en lugar de haber sucedido a lo largo de un periodo de tiempo mayor, como en el resto de países. La característica ya mencionada de la fecundidad en Rumania antes de 1990, puede explicar esta particularidad.

Este es el contexto regional en el que se sitúa la fecundidad en Rumania, analizado de forma global. Cuando se analiza en profundidad, regionalmente, por áreas urbanas y rurales, grupos de edad y situación socio-económica de las mujeres, podemos identificar algunas particularidades, dinámicas diferentes y cambios estructurales. Además, los efectos de las

medidas económicas tomadas por el gobierno en 2003, estimulan la tasa de natalidad y ofrecen interesantes y relevantes observaciones y conclusiones.

La tasa de natalidad y la tasa de fecundidad total, han permanecido estables desde mediados de los años 90, en el 10 por 1000 de la población y en 1,3 nacimientos por mujer. Detrás de esta estabilidad, hay cambios estructurales y de otro tipo, que podríamos definir como signos de modernidad en la fecundidad de Rumania. El patrón anterior de fecundidad en los países del este permanece aún bien definido, tanto por la curva de la tasa de fecundidad por edad, como por la edad media de las mujeres que dan a luz. Incluso si la media de edad de las mujeres al parto aumentara en dos años (de 23 a 25 años) aún se situaría en un nivel bajo comparado con el de los países desarrollados europeos. Convivir como pareja de hecho, no es muy frecuente, pero existe evidencia de que este estilo de vida se está difundiendo entre la gente joven, y se espera que este fenómeno sea todavía más frecuente en el futuro. A pesar de que los programas de planificación familiar se pusieron en práctica justo después de 1989 por parte del gobierno con el apoyo de las organizaciones no gubernamentales (ONGs) y otras organizaciones internacionales, era un momento en que la formación de la población en lo relativo a la anticoncepción aún estaba sufriendo las consecuencias de la antigua política pro-natalista, el uso de anticonceptivos modernos era raro y el número de abortos extremadamente alto, con todas las consecuencias y riesgos que ello conlleva para la salud de las mujeres y bebés. El número de interrupciones voluntarias del embarazo, especialmente en los últimos años, en que no se conocen las cifras reales, ha aumentado en las clínicas privadas, cuyos informes estadísticos son incompletos. El Estudio sobre Salud Reproductiva de 2004 (3) indicaba que la tasa total de abortos era de 84/100 entre las mujeres de 15 a 44 años durante el periodo de los tres años anteriores al estudio. La comparación entre los datos oficiales sobre aborto y los proporcionados por las personas entrevistadas para el estudio, indican que no se notifican en torno al 25-30% de los que verdaderamente se realizan. Ese mismo estudio indica que el uso de métodos anticonceptivos modernos es del 45% para las mujeres y del 34% para los hombres, mientras que los métodos tradicionales son utilizados por el 17% y 24% respectivamente, un porcentaje que aún resulta elevado. Como consecuencia, la necesidad de métodos anticonceptivos modernos no está cubierta y afecta al 28% de todas las mujeres y al 40% de las mujeres



**Tabla 1. Nacimientos y fecundidad en el área urbana y rural, 2002-2005**

Año	Urbana				Rural			
	Nacimientos (Miles)	Cambio con respecto a años anteriores (Miles)	Tasa bruta de natalidad (Por 1.000)	Tasa de fecundidad total (Por mujer)	Nacimientos (Miles)	Cambio con respecto a años anteriores (Miles)	Tasa bruta de natalidad (Por 1.000)	Tasa de fecundidad total (Por mujer)
2002	98.2	-4.2	8.5	.99	112.3	-5.6	11.0	1.60
2003	100.9	+2.7	8.7	1.03	111.5	-0.8	11.0	1.61
2004	111.3	+10.4	9.4	1.11	104.9	-6.6	10.7	1.57
2005	117.8	+6.5	9.9	1.17	103.2	-1.7	10.6	1.55

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2001b, 2002, 2003, 2004, 2005 y 2006a, Bucarest.

casadas. Rumania tenía y aún tiene un grado de urbanización bajo (sólo el 55% de la población) y siempre han existido grandes diferencias sociales, económicas, demográficas y culturales entre el entorno rural y el urbano. Es importante señalar que, especialmente después de 2000, se ha dado una disminución en la diferencia de las tasas de natalidad y fecundidad entre el ámbito rural y el urbano, todo ello como resultado de una tendencia opuesta en la tasa de natalidad durante los últimos años – un descenso en el área rural y un ligero aumento en el área urbana (ver tabla 1).

Sólo se registró una tendencia positiva en la tasa de natalidad en el área urbana y estaba determinada por las medidas económicas tomadas por el gobierno para apoyar a las mujeres con trabajo remunerado y con descendencia. Creemos que el examen de las características de esta reacción hacia las ayudas económicas, puede resultar útil e interesante (ver tabla 2). Las políticas del gobierno iniciadas en 2003, y mejoradas en 2004, establecen la posibilidad para la madre de beneficiarse de una baja maternal de 24 meses para criar a su bebé. La paga mensual durante ese periodo de tiempo es alta en comparación con el nivel medio de ingresos en Rumanía, ya que representa el 85% del ingreso medio en el país, y es considerablemente más alta que el salario neto de las mujeres con trabajo remunerado. Puesto que en las áreas urbanas es donde viven más mujeres con empleo, no resulta sorprendente que los efectos positivos de esta medida se hagan visibles en el aumento del número de nacimientos en áreas urbanas. El cambio en la tendencia de la tasa de natalidad durante los tres últimos años es muy significativo y relevante en relación a la influencia de los factores económicos en la tasa de natalidad.

Si se analiza la dinámica de los nacimientos, durante 2003-2005, de madres

con empleo (ver tabla 2), es evidente, en la distribución, el predominio de los nacimientos entre estas madres, que se benefician de las medidas económicas adoptadas por el gobierno. Los efectos positivos son, además, definitivamente más significativos en los años 2004 y 2005, tras la difusión de la información y una mayor conciencia sobre los beneficios de las ayudas económicas derivadas de la ley de 2003 y mejorada en 2004. En 2005, se observa una moderada reducción en el número de nacimientos entre las mujeres empleadas, si bien aún no se puede determinar la tendencia de 2006.

La tasa de natalidad descendió en Rumania durante los años 90 debido a que disminuyeron los segundos nacimientos, se retrasó el primer nacimiento o se decidió no tener descendencia. Como se observa en la tabla, durante 2003 y 2004, la tasa de natalidad se incrementó principalmente por los primeros nacimientos, lo que demuestra que las ayudas económicas eran más efectivas entre las mujeres empleadas que no tenían descendencia. Se observa además un cambio interesante en 2004 y que se consolidó en 2005. Durante el primer año hay un aumento significativo del segundo nacimiento mientras en 2005 ese incremento es más importante que el primer nacimiento. Con la información extraída, queda clara la dinámica del segundo nacimiento, esto es: una buena parte de las mujeres que tuvieron un primer hijo o hija y se beneficiaron de las medidas económicas mencionadas anteriormente, decidieron tener un segundo nacimiento y disfrutar de otros 24 meses de baja de maternidad bien pagada. Es un hecho que esta actitud está bien establecida y que se confirmará en el futuro.

El moderado aumento de la tasa de natalidad entre las mujeres empleadas en áreas urbanas, tiene otro lado positivo, el que se registra sobre todo entre las mujeres con

un nivel educativo más alto – finalización del instituto y universidad, ya que esto debería tener también un efecto positivo sobre su descendencia. La proporción de bebés de madres con un nivel de formación alto aún es pequeño – 16% en 2005. Este dato no sólo prueba la ya conocida baja tasa de fecundidad entre las mujeres con un nivel de formación alto, sino también el nivel educativo medio de Rumania. El porcentaje de nacimientos entre las mujeres con un nivel de formación alto era incluso más bajo antes del moderado aumento en la tasa de natalidad en 2002 (9% en 2002).

La tasa de fecundidad en Rumania está en proceso de rápidos cambios estructurales debido a un descenso en la proporción de nacimientos entre las mujeres más jóvenes y el aumento de los mismos entre las mujeres de 30 años. Es la modernización de la fecundidad, acercándose al modelo de los países desarrollados. Este aumento de la fecundidad entre las mujeres empleadas en áreas urbanas, confirma también este cambio estructural: el incremento más alto en la fecundidad se ha registrado en las mujeres mayores de 30 años.

Solamente unos apuntes finales más sobre las medidas adoptadas por el gobierno rumano en 2003 y sus efectos. Estamos observando los efectos positivos de las ayudas económicas para las mujeres y parejas, que son modestos, pero lograron frenar el descenso en la tasa de natalidad, incluso aunque ésta permanezca baja – 10 por mil. Hay dos observaciones más que es importante señalar. Hemos mencionado que las medidas adoptadas determinaron que un número de mujeres tuvieran dos hijos o hijas; esto supone el riesgo de que, tras cuatro años de baja por maternidad con una paga elevada, comparada con el sueldo que las mujeres tenían antes de dicha baja, algunas familias pasen a tener un nivel adquisitivo menor debido a que una de las

**Tabla 2. Cambios anuales en el número de nacimientos según la situación laboral de las madres, orden de los nacimientos, nivel educativo y edad de la madre 2003-2005.**

SEGÚN SITUACIÓN LABORAL DE LA MADRE			
- Empleadora	+1	+4	-64
- Empleada	+2850	+7560	+7311
- Ama de casa	+898	+872	-2066
- Desempleada	-1221	-96	-205
- Autónoma	-153	+277	-341
- Otros	+350	+1816	+1797
SEGÚN EL ORDEN DE LOS NACIMIENTOS			
- Primero	+2011	+6963	+2646
- Segundo	+751	+2546	+3554
- Tercero	-24	+381	+410
- Cuarto y más	-13	+543	-178
SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE			
- Educación primaria	+308	+146	+193
- Secundaria	-742	+1979	-7
- Formación profesional	-25	+1033	+463
- Instituto	-84	+2187	+263
- Universitaria	+3035	+3431	+3317
- Otros	+233	+1657	+2203
FERTILIDAD MEDIA POR EDAD (PORCENTAJE)			
15-19	+4.4	+8.4	+1.9
20-24	-2.3	+2.2	-3.4
25-29	+3.6	+5.1	+5.5
30-34	+11.0	+17.5	+17.4
35-39	+12.6	+17.5	+9.5
40-49	+4.5	+13.0	+11.5
EDAD MEDIA DE LAS MADRES (AÑOS) EN			
- El primer nacimiento	25.7	26.0	26.3
- La crianza	27.1	27.3	27.6

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2001b, 2002, 2003, 2004, 2005 y 2006 a, Bucarest.

personas que la componen, gana ahora menos dinero. El nivel de vida de estas mujeres se verá reducido y aumentarán las dificultades para criar a su descendencia. Ante estas circunstancias, podemos enfrentarnos a un aumento en el abandono de menores, de las adopciones y del número de menores que llegan a centros de acogida (tanto públicos como gestionados por ONGs). Es difícil dar una respuesta a este planteamiento y sólo en los próximos años se comprobará si esta política ha tenido también efectos adversos. Será una

experiencia extremadamente útil para que el gobierno desarrolle nuevas políticas dirigidas a aumentar la tasa de natalidad.

Finalmente, sin querer minimizar la importancia de las medidas adoptadas, debemos tener en cuenta que están afectando sólo a las mujeres con trabajo remunerado, y que cotizan a la seguridad social. Por ello, sólo llegan a un pequeño segmento de todas las mujeres en edad reproductiva y sólo pueden contribuir en pequeña medida a recuperar la fecundidad en Rumania. Sin embargo, creemos que la

experiencia que proporcionará el hecho de haber adoptado estas medidas, resultará de gran utilidad para que, cuando los presupuestos del país lo permitan, formular e implantar políticas a nivel nacional dirigidas a aumentar la tasa de natalidad.

## Referencias

1. Consejo Europeo. Desarrollos demográficos recientes en Europa, 2004. Publicación del Consejo de Europa, Estrasburgo (2005).
2. Naciones Unidas y Comisión Económica Europea. Estudio económico sobre Europa 2000. N° 1. Naciones Unidas. Nueva York y Ginebra (2000).
3. Ministerio de Sanidad, Banco Mundial, UNFPA, UNAIDS, UNICEF. Estudio sobre Salud Reproductiva - Rumania 2004. Bucarest (2005).

## Vasile Ghetau

[vasile.ghetau@digicom.ro]  
Director Centro de Investigación sobre Población de la Academia Rumana

## Laurian Arghisan

[laurian@unfpa.ro]  
Jefe del Programa de Salud Reproductiva, Población y Desarrollo. UNFPA Rumania.

# CAMBIOS RECIENTES EN LA POLÍTICA FAMILIAR DE AUSTRIA Y ALEMANIA

*Una respuesta ante la muy baja tasa de fecundidad*

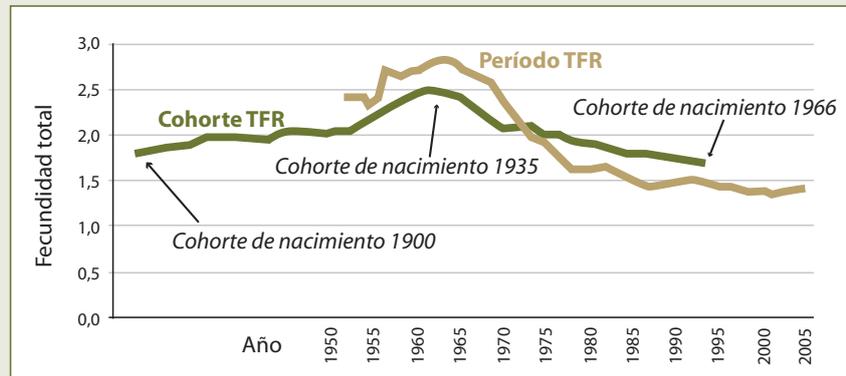
Las tendencias a largo plazo en la tasa de fecundidad en Austria y Alemania Occidental (figura 1.a. y figura 1.b.) han evolucionado paralelamente a las del resto de países de Europa occidental y del norte. Tras un marcado aumento en la fecundidad durante el periodo de recuperación económica y social tras la Segunda Guerra Mundial, que finalizó a principios de los años 60, se ha observado una caída importante en la tasa de fecundidad desde mediados de los 60 hasta mediados de los años 80 (principios de los 70, como es el caso de Alemania). La tasa de fecundidad total (TFR) continuó descendiendo después de 1980, aunque menos rápidamente que antes, y en ambos países ha permanecido estable alrededor del 1,4-1,5 nacimientos por mujer durante las dos últimas décadas. La fecundidad total ha descendido gradualmente entre las mujeres nacidas después de 1935 en Austria (1933 en Alemania), cayendo hasta un valor de 1,7 y 1,5 respectivamente, entre las mujeres nacidas después de 1965, tanto en Austria como en Alemania.

La baja tasa de fecundidad junto con el aumento en la esperanza de vida y unos flujos de migración más bien modestos, contribuyen al envejecimiento de la población –y en particular al envejecimiento de las personas empleadas– tanto en Austria como en Alemania. Como consecuencia, las políticas de familia dirigidas a aumentar la tasa de fecundidad, se han implantado recientemente en ambos países. Puesto que las diferencias en las tasas de fecundidad entre ambos países pueden atribuirse a diferencias en factores demográficos y socioeconómicos (Neyer, 2003), las políticas de familia deberían incidir en estos dos aspectos. Un factor demográfico clave que lleva a unas tasas bajas de fecundidad es el retraso en la maternidad, y entre los factores socioeconómicos, encontramos el incremento en la incorporación laboral de la mujer desde los años 70, por lo que se han impulsado las políticas que relacionan empleo y fecundidad.

En la clasificación de políticas de familia desarrollada por Gauthier (1), Austria y Alemania se encuentran dentro del tipo «conservador», que se caracteriza por un sistema estatal de apoyo a las familias y que tiende a variar de acuerdo con la situación laboral de las personas progenitoras, y que también tiende a tener una visión más tradicional de la división del trabajo por sexos. El nivel de apoyo económico es medio-alto.

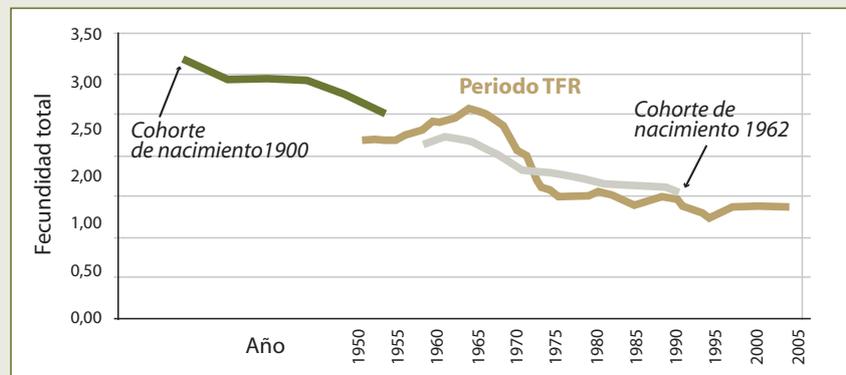
Ambos países ofrecen reducciones de impuestos bastante generosas y ayudas para las familias. En cambio, el apoyo a las personas progenitoras empleadas, es de un nivel medio. Las bajas para el cuidado de menores

**Figura 1a. Indicadores de fecundidad en el periodo (1951-2005) y cohorte (1900-1966), Austria**



Fuente: Sobotka (2005)

**Figura 1b. Indicadores de fecundidad en el periodo (1995-2005) y cohorte (1900-1962) Alemania (del Este y Occidental combinadas)**



Fuente: Oficina Federal de Estadística, Instituto Federal de Investigación sobre Población (2006).

a cargo son relativamente largas, pero en cambio los centros para el cuidado de menores son escasos (especialmente para menores de 3 años). Así, las políticas sociales en Austria y Alemania favorecen que las mujeres abandonen el mercado laboral y apoyan a los hombres como cabeza de familia; para más detalles ver tabla 1 y Neyer (2).

Es necesario mencionar que las políticas de familia en la antigua República Democrática de Alemania, eran bastante diferentes a las de Alemania occidental y eran explícitamente pro-natalistas desde 1972. En el este, el pleno empleo, entre hombres y mujeres, era considerado como la principal prueba de la igualdad de género. Existían numerosos centros gratuitos, para el cuidado de niños y niñas, incluyendo ludotecas para después del colegio y guarderías, así como otras medidas de apoyo social que permitían a las mujeres continuar con su empleo incluso durante los años de crianza. El acuerdo

institucional existente en la Alemania occidental, difería del acuerdo de la Alemania del este en la particular manera en que las mujeres se incorporaban al mercado laboral. Mientras que el trabajo a tiempo completo era universal en la antigua Alemania del este, en la parte occidental, cuidar de las hijas e hijos se consideraba una razón legítima para abandonar el empleo. Además, una «reducción por ama de casa» en los impuestos aseguraba que este modelo de familia era factible. Por otro lado, la incorporación total al mercado laboral se suponía que era un «derecho y una obligación» en la Constitución de Alemania del este, pero la realidad era que las mujeres no tenían la opción real de no participar en el mercado laboral. Finalmente, compaginar el trabajo a tiempo completo con la crianza además del trabajo doméstico, era complicado para muchas mujeres debido a la falta de desarrollo del sector servicios.

**Tabla 1. Políticas de familia en Alemania y Austria**

PREVISIONES SOBRE MATERNIDAD 1999-2001		Duración en semanas	Compensación salarial %		Licencia por paternidad
Austria		16	100		ninguna
Alemania		14	100		ninguna

LICENCIA POR MATERNIDAD/PATERNIDAD 1999-2002	Duración	Beneficios	Edad máxima de la niña o niño	Tiempo parcial	Padre
Austria	2 años	tipo fijo (30 meses+ 6 meses para el padre)	3; 3 meses no pagados hasta que tenga 7 años	sí	6 meses que se pierden si no se disfrutan
Alemania	3 años	tipo fijo 2 años (criterio medio)	3; 1 año pagado hasta que tenga 8 años	sí	sí

MENORES EN CENTROS CON FINANCIACIÓN PÚBLICA EN EUROPA, 1993/1994 Y 1998/2000							
	Menores de tres años en centros con financiación pública		Atención garantizada para menores de 3 años	Menores (de 3 a 6 años) en centro con financiación pública		Atención garantizada para menores de 3 a 6 años	Menores (de 6 a 10 años) que acuden a centros con financiación pública después del colegio
	1993/94	1998/2000		1993/94	1998/2000		
Austria	3%	4%	no	75%	79%	no	6%
Alemania	2%	10%	no	85%	78%	sí	5% (Alemania occidental) 34% (Alemania del Este)

AYUDAS POR MENOR 2000-2002	Principio básico	Por número de menores	Por edad
Austria	universal	sí	sí
Alemania	universal	sí	no

Fuente: Neyer (2003)

### Austria

En Austria, los cambios frecuentes habidos en la legislación referente a bajas por maternidad y paternidad durante los últimos años, han generado incentivos para que las parejas espacien el segundo o sucesivos embarazos de manera que puedan recibir una subvención continua mientras se quedan en casa y cuidan de la descendencia. Además, algunas variaciones recientes en la política de familia, promueven una mayor compatibilidad entre vida familiar y laboral.

En 1990 y 2002, debido a un cambio en la política, se decretó un aumento en la duración de la baja por maternidad para, de esa manera, motivar a las madres a tener otro embarazo pronto. Así, en julio de 1990, la baja por maternidad y paternidad pagada, se amplió desde el primer hasta el segundo cumpleaños de la hija o el hijo e incluso hasta el tercero en el caso de que se tratara de una reducción de jornada (ver (2) para una descripción más detallada de los tipos de baja por maternidad y paternidad). Pero de nuevo en julio de 1996, se produjo una reducción de la duración hasta un máximo de 18 meses tras el nacimiento si sólo el padre o la madre disfrutaba de la baja, haciendo así el deseado espaciamiento entre los nacimientos, más difícil.

El estudio de Lalive y Zweimüller (3), muestra un aumento en la probabilidad de tener un segundo hijo o hija, en los siguientes 36 meses tras el primero, del 15 por ciento (4,9 puntos porcentuales), lo que puede atribuirse a la nueva normativa puesta en marcha en 1990. Parte de este aumento se debía a un menor espaciamiento entre los nacimientos, incluso diez años después del primer nacimiento, continuaba notándose un efecto positivo (3,9 puntos porcentuales). Si nos centramos en el tercer nacimiento, Hoem et al. (4) sugieren que muchas mujeres lo tenían, poco después del segundo con el fin de disfrutar de una baja por maternidad ininterrumpida. En cambio, Prskawetz y Zagaglia, no encontraron el mismo efecto para el segundo (5).

Desde enero de 2002, la baja por maternidad y paternidad, ya no está vinculada a la experiencia laboral previa y, tanto la madre como el padre puede disfrutar de hasta 30 meses de baja. También se ha permitido una mayor flexibilidad para poder compaginar la baja con un trabajo a tiempo parcial, siempre que la persona que lo compagine no supere unas ganancias de 14.600 euros brutos al año. Este nivel de ingresos habitualmente es superado por las mujeres que trabajan a tiempo completo, teniendo como conse-

cuencia que pierden el derecho de beneficiarse de las ayudas sociales. En lugar de facilitar las oportunidades de incorporación laboral a las mujeres proporcionando servicios, el gobierno dio preferencia a prolongar la baja para el cuidado de menores, lo que le permite quedarse en casa. Un análisis preliminar indica que los incentivos positivos del mercado laboral (aumento en el límite de exención) se ven sobrepasados por los negativos causados por la prolongación de la baja de maternidad y paternidad.

La conciliación de la vida laboral y familiar resulta complicada para las mujeres austriacas debido a la insuficiencia de recursos, tanto públicos como privados, para la atención de menores, así como a la insuficiencia en los horarios de apertura de los colegios y guarderías. Entre 1998 y 2000, sólo el 4% de las y los menores de tres años y el 79% de las y los de tres se beneficiaban de algún fondo público destinado a esta finalidad. (tabla 1). Cuando se incluyen también los recursos públicos, aquel porcentaje aumenta hasta el 10%.

Desde julio de 2004, las mujeres empleadas a tiempo completo, tienen derecho a disfrutar de una reducción de jornada tras dar a luz – si la empresa tiene más de 20 personas empleadas y la madre tiene al menos tres



años de antigüedad en esa empresa antes de su embarazo. Desafortunadamente, son muy pocas las madres que reúnen estas condiciones. Por lo general, en Austria es raro encontrar empleos a tiempo parcial. En 1999, la tasa de empleo entre las madres con hijos e hijas menores de 6 años y pareja era del 66% y del 76% entre las madres solteras.

## Alemania

Existe una clara diferencia entre las políticas de familia de Austria y Alemania, y reside en el sistema de impuestos. Mientras la mayoría de los países europeos introdujeron un sistema de impuestos individual a principios de 1990, en Alemania –incluso hoy en día– las mujeres casadas con trabajo remunerado, declaran los ingresos junto con sus pareja y los beneficios fiscales obtenidos a través del sistema de declaración de impuestos por núcleo familiar, son mayores para las familias con una sola persona empleada que para las que tienen dos. Este sistema fiscal de «ingresos compartidos» proporciona importantes beneficios fiscales para las familias tradicionales e impone «severas multas sobre las mujeres empleadas».

Con el fin de fomentar la incorporación de las mujeres al mercado laboral, se ha legalizado el derecho al trabajo a tiempo parcial desde 2001. Otro aspecto importante para conciliar la vida social y familiar es la creación de servicios para la infancia. Desde 1996, las niñas y los niños mayores de tres años, tienen derecho legal a plaza en un centro público, pero este derecho en realidad sólo se garantiza en centros relativamente caros y durante unas horas con un horario poco flexible, sin comidas, de manera que las madres y padres tienen que buscar otro recurso para el horario de tarde.

Existe evidencia empírica relativa al efecto de las medidas políticas sobre la fecundidad en Alemania. Las ayudas económicas de todo tipo para la descendencia tienen un impacto significativo sobre la fecundidad. El número de plazas en los centros parecía tener efecto significativo a la hora de tener o no tener el primer hijo o hija en Alemania del este (6), mientras que no ha sido posible demostrar que la disponibilidad de recursos institucionales tengan un efecto positivo sobre las tasas de natalidad en la parte occidental.

En junio de 2006 se aprobó una nueva ley en Alemania que (a partir de 2007) sustituyó la actual ayuda familiar de 300 euros al mes por otra dependiente de los ingresos familiares, siguiendo el modelo de los países nórdicos. Esta nueva ayuda está pensada para sustituir al 67% de las ganancias previas hasta un máximo de 1.800 euros al mes y hasta 12 meses (con una prórroga de dos

meses si el padre disfruta la baja por paternidad durante este periodo). Las parejas que deciden tener los nacimientos de una manera más seguida, se benefician en mayor medida de las ayudas económicas para las familias.

En resumen, las políticas de familia en Austria y Alemania se centran principalmente en los incentivos económicos que ayuden a las madres jóvenes a reincorporarse al mercado laboral y, mucho menos, en cambios estructurales que promuevan la conciliación de la vida familiar y laboral. Sin embargo, en ambos países, existe una tendencia clara hacia el incremento en el número de recursos destinados al cuidado y atención de menores, en parte reforzada también por el objetivo global de la UE de aumentar la tasa de mujeres empleadas al 60% en 2010. El hecho de que estos recursos estén siendo descentralizados o privatizados en la actualidad, podría llevar a un aumento en la desigualdad económica y social en cuanto a la facilidad de acceso y la capacidad para costearse los, tal y como ha señalado Neyer (2). Los estudios existentes sobre los efectos de las políticas de familia en la tasa de fecundidad, sugieren que los efectos de la política habitualmente son mayores sobre el momento de los nacimientos, induciendo con frecuencia periodos más cortos entre ellos e incidiendo en el número de hijos e hijas. Sin embargo, existen menos datos objetivos sobre que los cambios en el «quantum» sean duraderos. Para que las políticas de familia incidan sobre la tasa de fecundidad, resulta indispensable que también integren medidas relacionadas con el mercado laboral, con la atención a menores y el género.

## Notas finales

1. La definición de Gauthier de 2000 sobre política de familia, incluye ayudas económicas y beneficios como ayudas directas a familias, reducción de impuestos para familias con menores, bajas por maternidad y paternidad, recursos para el cuidado y atención de la descendencia, subsidios y algunos cambios en la legislación familiar.
2. Si tanto el padre como la madre disfrutaban de la baja por maternidad y paternidad, tienen derecho a seis meses adicionales pagados desde 1996, es decir, tres años en total desde 2002. Sin embargo, puesto que la baja continúa siendo disfrutada casi exclusivamente por las mujeres (en 2004 los hombres representaban sólo el dos por ciento de las bajas por maternidad y paternidad, Gisser y Fliegenschnee, 2004), sólo algunas parejas se benefician de esta posible prórroga.

## Referencias

1. Gauthier, A. *Política de Familia en los Países Industrializados: ¿existe convergencia?* Population 57:447-474 (2002)
2. Neyer, G. *Políticas de Familia y Tasa Baja de Fecundidad en Europa Occidental*: MPIDR. Informe 2003-2021 (2003).
3. Lalive, R. Y J. Zweimüller. *¿Cuál es el efecto de la baja por maternidad y paternidad sobre la fecundidad y la vuelta al trabajo? Datos extraídos de un «experimento real»* Ponencia IZA DP N° 1613, Instituto para el Estudio del Trabajo (2006). Acceder en [www.iza.org](http://www.iza.org)
4. Hoem, J.M., A. Prskawetz y G.R. Neyer. *¿Autonomía o ajustes conservadores? El efecto de las políticas públicas y logros educativos sobre el tercer nacimiento, 1975-1996*. Population Studies, vol 55(3), 249-261 (2001).
5. Prkawetz, A. y Zagaglia, B. *El segundo nacimiento en Austria*. Libro del Año de Investigación sobre Población en Viena, 143-170 (2005).
6. Hank, D. Dreyenfeld, M. y Spief C. *Cuidado a menores y fecundidad en Alemania* Zeitschrift für Soziologie 33:228-244 (2004)
7. Sobotka, T. *Fecundidad en Austria: revisión*. Libro del Año de Investigación sobre Población en Viena, 243-259 (2005).

## Alexia Prskawetz

[alexia.fuernkranz-prskawetz@oeaw.ac.at]  
Directora suplente y Lider del Grupo de Investigación  
Instituto Vienés de Demografía  
Academia de Ciencias Austriaca

## Isabella Buber

[isabella.buber@oeaw.ac.at]  
Instituto Vienés de Demografía  
Academia de Ciencias Austriaca

## Tomás Sobotka

[tomas.sobotka@oeaw.ac.at]  
Investigador científico  
Instituto Vienés de Demografía  
Academia de Ciencias Austriaca

## Henriette Engelhardt

[henriette.engelhardt-woelfler@sowi.uni-bamberg.de]  
Profesora de Ciencias de la Población  
Departamento de Demografía  
Universidad de Bamberg, Alemania.

## Informes relevantes

### **Instituto Federal de Investigación sobre Población y Fundación Robert Bosch (eds): «El futuro demográfico de Europa – hechos, datos, políticas– resultados del estudio sobre aceptación de las políticas de población (PPAS)», Stuttgart, 2005.**

Este informe resume los resultados de una investigación internacional comparativa sobre las actitudes de la población ante el cambio demográfico y las políticas de población. También se analiza lo que opina la población de catorce países europeos sobre la familia, la descendencia, la pareja, la igualdad y el envejecimiento. Este informe puede descargarse en: [http://www.bib-demographie.de/ppa/PPAS\\_brochure\\_en.pdf](http://www.bib-demographie.de/ppa/PPAS_brochure_en.pdf)

### **Kholer, H.-P et al: «Baja fecundidad en Europa: causas, implicaciones y opciones políticas». En F.R. Harris (Ed.): Escasez de bebés: ¿quién trabajará?, ¿quién pagará los impuestos?. Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers, 48-109, 2006.**

Este informe, publicado recientemente, presenta una visión actualizada de los patrones que sigue la fecundidad en Europa y proporciona un análisis sobre sus causas e implicaciones, y las posibles respuestas políticas ante la baja y muy baja tasa de fecundidad en Europa. El informe está disponible en: <http://www.ssc.upenn.edu/hpkohler/papers/Low-fertility-in-Europe-fina.pdf>

### **Neyer G.: «Políticas de familia y Fecundidad en Europa: políticas sobre fecundidad y su relación con las políticas de género, de empleo y de atención» Ponencia de MPIDR WP 2006-2010, Instituto de Investigación Demográfica Max Planck, Rostock, 2006.**

Esta ponencia explora la relación entre políticas de familia, fecundidad, empleo y atención. Sugiere que políticas de familia similares pueden producir efectos muy diferentes según el contexto. En ella, se argumenta que una buena valoración de los efectos de este tipo de políticas debe tener en cuenta también toda la variedad de relaciones de género, las estructuras del estado del bienestar y el desarrollo del mercado laboral. Este documento puede descargarse de: <http://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2006-010.pdf>

## Publicaciones recientes de la OMS



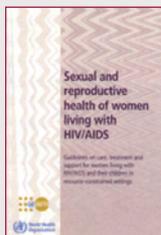
### **Aceleración del proceso hacia la consecución de los objetivos internacionales sobre salud reproductiva – Marco para implantar la Estrategia Global sobre Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra, 2006.**

Este documento proporciona un marco para la implantación de la Estrategia sobre Salud Reproductiva desarrollada en 2004. Se centra en las cinco áreas necesarias para mejorar la salud sexual y reproductiva definida en la estrategia. Para cada una de las áreas de acción clave, se sugieren actividades detalladas para su implantación a nivel político y de programa. Además se señala el papel de la OMS (con sus socios/as) en el apoyo a los países en cada área de acción. También se proporcionan una serie de indicadores sobre atención sanitaria y situación sanitaria relacionados con estas cinco áreas de acción con el fin de valorar y controlar los avances realizados.



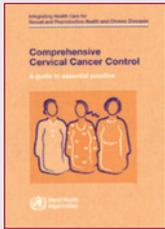
### **Estrategia global para la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual 2006-2015, OMS, Ginebra.**

Este documento se elaboró para complementar la estrategia global sobre salud reproductiva desarrollada en 2004. La estrategia expone cuatro ventajas fundamentales de invertir en el control de las ITSs: (i) reducción de la mortalidad y morbilidad asociada a las ITSs; (ii) prevención del VIH a través de intervenciones eficientes; (iii) prevención de las secuelas a largo plazo de las ITSs, tales como el cáncer, especialmente entre las mujeres; y (iv) reducción de los efectos adversos en el embarazo (en mujeres con ITSs). La estrategia señala las oportunidades para dar una respuesta efectiva para la prevención y el control de las ITSs al tiempo que propone intervenciones factibles basadas en la evidencia para ser puestas en marcha a nivel nacional.



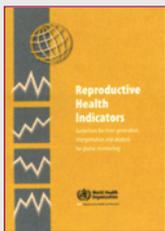
### **Salud sexual y reproductiva entre las mujeres que viven con VIH/SIDA – Directrices sobre atención, tratamiento y apoyo para las mujeres que viven con VIH/SIDA y sus hijos e hijas en contextos con escasez de recursos. Publicado por la OMS y co-producido por UNFPA. Ginebra, 2006.**

Esta publicación aborda las necesidades específicas en lo relativo a la salud sexual y reproductiva de las mujeres que viven con VIH/SIDA y contiene algunas recomendaciones sobre consejo, tratamiento con antirretrovirales, cuidados y otras intervenciones.



### Control integral del cáncer cervical – guía básica práctica, OMS, Ginebra 2006.

Esta guía está pensada para ayudar a las personas responsables de proporcionar servicios dirigidos a disminuir la carga que supone el cáncer cervical para las mujeres, las comunidades y los sistemas sanitarios. Se centra en el conocimiento y las habilidades necesarias para los equipos profesionales de salud, en los diferentes niveles de atención, a fin de mejorar la calidad de los servicios de prevención, detección, tratamiento y cuidados paliativos de este tipo de cáncer. La Guía presenta directrices actualizadas y recomendaciones basadas en la evidencia para todo el continuo de la atención.



### Indicadores de Salud Reproductiva – Directrices para su elaboración, interpretación y análisis para un seguimiento integral, OMS, Ginebra, 2006.

Este documento está dirigido a las administraciones públicas nacionales de sanidad y a la dirección de los programas de salud. Revisa brevemente las consideraciones teóricas y prácticas relativas a los indicadores, y debate sobre la definición, los datos, los recursos, los métodos de recogida de datos, la periodicidad de dicha recogida, la desagregación de los mismos, el uso, las limitaciones y los obstáculos más comunes para cada uno de los indicadores. Se espera que este documento contribuya a realizar un seguimiento y una evaluación consistente y global de la salud reproductiva.

## Próximos eventos importantes



### 23º Encuentro Anual de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología

1-4 julio, 2007, Lyon, Francia. Para más información sobre inscripciones y programa, por favor, visite:  
<http://www.eshre.com/emc.asp?pageld=206>



### 9º Seminario de la Sociedad Europea de Contracepción: «Del aborto a la anticoncepción» 21-22 septiembre 2007. Bucarest, Rumania

Para más información: [http://www.contraception-esc.com/future\\_esc\\_events.htm](http://www.contraception-esc.com/future_esc_events.htm)



### 10º Congreso ESC: «El impacto de la ausencia de métodos anticonceptivos y planificación familiar». 30 abril-3 mayo 2008. Praga, República Checa

Para más información: [http://www.contraception-esc.com/future\\_esc\\_events.htm](http://www.contraception-esc.com/future_esc_events.htm)

### «Educación sexual para la juventud en una Europa Multicultural» Encuentro BzgA-OMS en noviembre

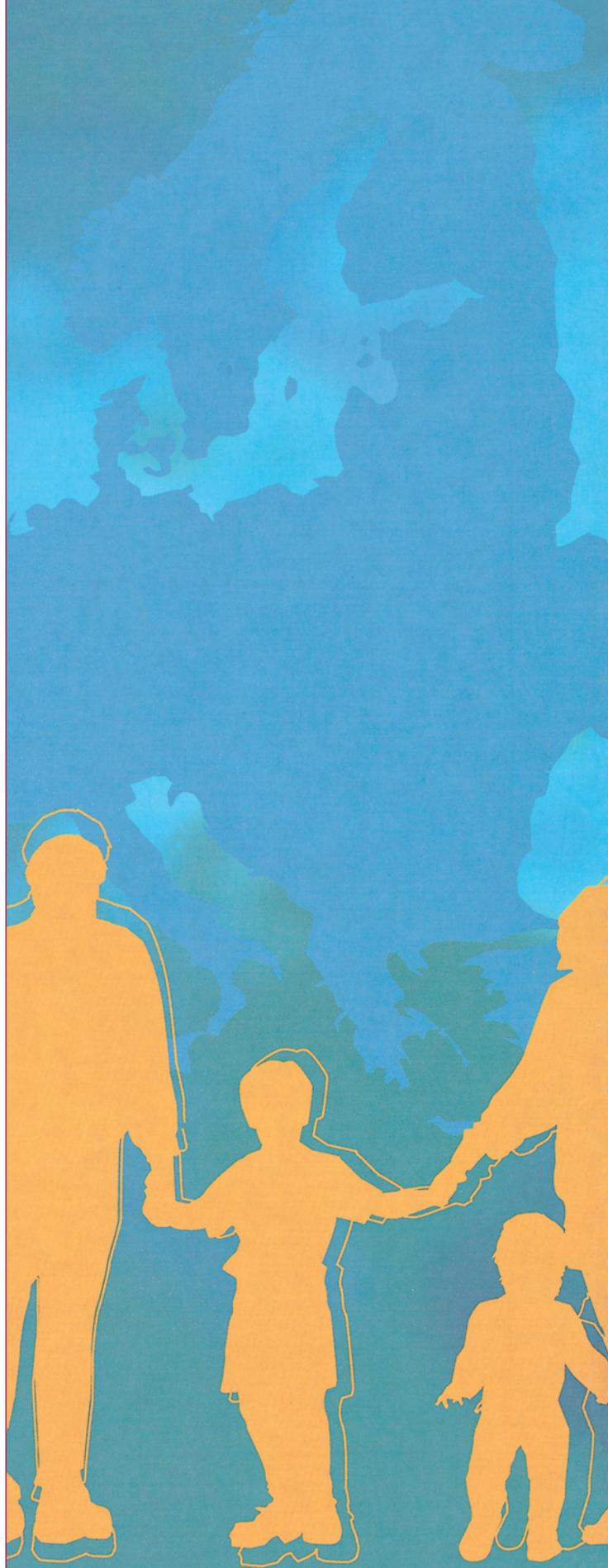
14-16 noviembre 2006, Colonia, Alemania. El Centro Federal Alemán de Educación para la Salud, BzgA Colonia, un Centro Colaborador para la Salud Sexual y Reproductiva, está organizando una conferencia internacional sobre «Educación Sexual para la juventud en una Europa multicultural». La conferencia creará un foro para personas técnicas expertas de organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales a fin de valorar el estado actual de la educación sexual para jóvenes en Europa. En particular, las cuestiones y dimensiones de un enfoque multicultural en la educación sexual y el tema de la calidad con la que se imparte. El objetivo es el de compartir experiencias y buenas prácticas, identificar desafíos y promover relaciones y colaboraciones a nivel regional. La participación en la conferencia es sólo con invitación.

### Encuentro sobre Salud Familiar y Comunitaria en Málaga

25-28 septiembre, 2006. Málaga, España. El Área de Salud Familiar y Comunitaria de la Oficina Regional Europea de la OMS, organiza un encuentro sobre los principales aspectos de este tema. Durante el encuentro, se revisarán y discutirán los desafíos, logros, y desarrollos con las contrapartes nacionales y otras contrapartes de Salud Infantil y Adolescente, Lograr una Maternidad Segura, Mainstreaming de Género y Salud Reproductiva e Investigación. La información sobre la inscripción y recomendaciones, estarán disponibles en inglés y ruso en la página web de la Oficina Regional de la OMS para Europa: <http://www.euro.who.int/>.

*Entre Nous*  
*Revista Europea*  
*de Salud Sexual y Reproductiva*

Oficina Regional Europea de la OMS  
Programa de Investigación y Salud Reproductiva  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø  
Dinamarca  
Tel: (+45) 3917 1602 ó 1451  
Fax: (+45) 3917 1818  
[entrenous@euro.who.int]  
[www.euro.who.int/entrenous](http://www.euro.who.int/entrenous)



*Entre Nous*