

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA

DEPARTAMENTO DE GEOGRAFÍA

CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS

PROGRAMA DE DOCTORADO EN DEMOGRAFÍA

**LA REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD: UN ESTUDIO DEMOGRÁFICO DE LA
ANTICONCEPCIÓN, LA ESTERILIZACIÓN, EL ABORTO Y EL TRATAMIENTO DE LA
ESTERILIDAD EN ESPAÑA.**

**Tesis doctoral de:
Magda Teresa Ruiz Salguero**

**Dirección de:
Dra. Anna Cabré Pla
Dra. Montserrat Solsona Pairó**

Bellaterra, marzo de 2.002

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	15
PRIMERA PARTE: LA REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD. ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	27
I. LA ANTICONCEPCIÓN Y EL ABORTO EN DIFERENTES MOMENTOS DE LA HISTORIA DE ESPAÑA	27
1.1 <i>La anticoncepción en España</i>	27
Antes de los años 70.....	28
Los años 70.....	31
Desde los años 80 hasta hoy.....	33
1.2 <i>La polémica sobre el aborto</i>	37
1.3 <i>Fundamentos del proceso despenalizador del aborto</i>	40
El aborto-delito.....	41
Efectos de la legislación que acepta la tesis del aborto-delito.....	43
Sistemas de despenalización.....	45
Las motivaciones.....	46
1.4 <i>La normatividad del aborto en diferentes países</i>	49
Objeción de conciencia y otras restricciones.....	51
Hechos históricos en algunos países.....	53
1.5 <i>El aborto en España</i>	57
La despenalización del aborto en Cataluña (1936).....	59
El régimen franquista.....	61
El proceso para la despenalización.....	65
Actitudes y posturas de diferentes grupos.....	72
Desde la despenalización hasta finales del siglo xx.....	76
II. ASPECTOS TEÓRICOS Y CONCEPTUALES.....	79
II.1 <i>Los derechos sexuales y de la reproducción</i>	80
Los acuerdos internacionales y los asuntos de población.....	80
De los derechos humanos a los derechos sexuales y reproductivos.....	88
II.2 <i>Salud sexual y reproductiva</i>	92
El enfoque integral.....	93
Componentes de la salud sexual y reproductiva.....	96
Indicadores de salud reproductiva.....	100
II.3 <i>Los determinantes próximos de la fecundidad</i>	106
Modelos explicativos.....	107
Cambios en la importancia relativa de las variables.....	112
II.4 <i>La infertilidad y la esterilidad como problemas emergentes</i>	115
Causas de la esterilidad y la infertilidad.....	116
Causas de la esterilidad y la infertilidad de origen social.....	118
III. LA TECNOLOGÍA EN LA ANTICONCEPCIÓN, LA ESTERILIZACIÓN, EL ABORTO Y EL TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD	121
III.1 <i>Métodos anticonceptivos actuales</i>	121
Descripción y eficacia.....	121
Criterios de elección del método.....	126
Criterios médicos de elegibilidad de los métodos.....	128
Ventajas e inconvenientes de los métodos anticonceptivos.....	131
Anticoncepción hormonal.....	132
Métodos de barrera.....	134
Dispositivo intrauterino (DIU).....	134
Esterilización masculina o femenina.....	135
Otros métodos.....	135
Los métodos del futuro.....	135
La anticoncepción y la salud sexual y reproductiva.....	138
La anticoncepción como insumo para la salud reproductiva.....	139
La anticoncepción, sus efectos protectores y sus efectos colaterales.....	140

III.2	<i>Técnicas médicas en la esterilización quirúrgica voluntaria</i>	147
	Técnicas de EQV para mujeres.....	147
	Minilaparotomía subumbilical.....	147
	Minilaparotomía suprapúbica.....	148
	Laparoscopia.....	148
	Técnicas de EQV para hombres.....	148
III.3	<i>Los procedimientos en la práctica del aborto</i>	149
	Técnicas médicas de aborto.....	150
	Métodos instrumentales.....	150
	Métodos farmacológicos.....	152
III.4	<i>Las soluciones a los problemas de esterilidad</i>	154
SEGUNDA PARTE: LA REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD. ESTUDIO EMPÍRICO SOBRE ESPAÑA		158
.....		158
IV.	FUENTES DE DATOS Y METODOLOGÍA.....	158
IV.1	<i>Fuentes de datos</i>	158
	Encuesta de Fecundidad. 1977.....	158
	Encuesta de Fecundidad. 1985.....	160
	Encuesta de Fecundidad y Familia (FFS). 1.995.....	161
	Notificación obligatoria de la interrupción voluntaria de embarazo.....	162
	Fuentes de información sobre aborto en otros países.....	162
	En países sin registro continuo de IE.....	163
	En países con registros continuos de IE.....	164
	Registro estadístico de las técnicas de reproducción asistida.....	165
	Censos de la Población de España de 1970, 1981 y 1991.....	165
	Movimiento Natural de la Población de España 1990-1999.....	166
	Boletín Oficial de las Cortes Generales.....	166
IV.2	<i>Metodología</i>	166
	Prevalencia actual de uso de métodos anticonceptivos.....	166
	Dinámica anticonceptiva.....	170
	La necesidad insatisfecha y la demanda total de anticoncepción.....	173
	La incidencia del aborto.....	175
	Tasa de incidencia de aborto.....	176
	Proporción de abortos por embarazos.....	176
	Proporción de abortos por nacidos vivos.....	177
	Tasa total de aborto (TAR) o Índice sintético de aborto (ISA).....	177
	Definiciones de infecundidad, infertilidad y esterilidad.....	177
	Recaudos metodológicos en la medición de infecundidad, infertilidad y esterilidad.....	179
	Indicadores de infecundidad, infertilidad y esterilidad.....	181
V.	LA ANTICONCEPCIÓN EN ESPAÑA. NIVELES, TENDENCIAS Y PATRONES DE USO.....	183
V.1	<i>Prevalencia actual de métodos anticonceptivos</i>	184
	Anticoncepción por edad de la mujer.....	187
	Anticoncepción por cohorte de nacimiento.....	190
	Anticoncepción femenina y masculina.....	193
V.2	<i>La anticoncepción en el contexto internacional</i>	195
V.3	<i>Dinámica anticonceptiva</i>	200
	Edad de inicio de las relaciones sexuales y del uso anticonceptivo.....	200
	Razones de discontinuación de métodos.....	204
	Tasas de discontinuación.....	205
	Tasas de falla.....	207
	Secuencia de uso o cambio hacia otros métodos.....	210
	Duración de los segmentos de uso.....	214
V.4	<i>La necesidad insatisfecha y la demanda total de anticoncepción</i>	220
VI.	ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA CON FINES ANTICONCEPTIVOS.....	225
VI.1	<i>Prevalencia de esterilización por edad y sexo</i>	228

VI. 2	<i>Características demográficas de los usuarios de EQV</i>	230
	Edad mediana a la primera relación sexual.....	231
	Edad al inicio de anticoncepción y uso de anticoncepción en la primera relación sexual.....	231
	Edad de entrada a la unión.....	233
	Número de uniones.....	233
	Número de hijos nacidos vivos.....	233
	Número de abortos.....	234
VI.3	<i>anticoncepción anterior a la esterilización (EQV)</i>	234
	Tipo de anticoncepción con que inició el uso de métodos.....	234
	Resumen del perfil de los usuarios de EQV.....	236
	Las condiciones para la operación.....	236
	Edad del último hijo nacido vivo.....	237
	Edad a la esterilización.....	239
	Año de la esterilización.....	240
VI.4	<i>Dinámica anticonceptiva anterior a la esterilización</i>	242
	Razones de discontinuación.....	242
	Tasas de falla.....	243
VII.	EL ABORTO EN ESPAÑA. NIVELES, TENDENCIAS Y DIFERENCIALES.....	245
VII. 1	<i>Situación del aborto a nivel mundial</i>	245
	Proporción de abortos por embarazos.....	245
	Incidencia de aborto.....	246
	Incidencia de aborto por edad.....	250
	Índice Sintético de Aborto (ISA).....	253
VII.2	<i>Niveles y tendencias del aborto en España</i>	255
	Razones del subregistro y su magnitud.....	255
	El número de abortos desde la despenalización.....	258
	Razón abortos por nacidos vivos.....	263
	Proporción de embarazos que terminan en abortos.....	264
	Proporción de “embarazos conocidos” que terminan en aborto, por edad.....	265
	Comportamiento por cohortes.....	266
	Cambios en el patrón por edad.....	268
	Índice de riesgo relativo.....	270
	Tendencia del Índice Sintético de Aborto 1995-1999.....	270
VIII.	INFECUNDIDAD Y ESTERILIDAD EN ESPAÑA.....	272
VIII.1	<i>Niveles y tendencias de la infecundidad en España</i>	272
	Celibato definitivo masculino y femenino.....	272
	Celibato masculino y celibato femenino por edad.....	275
	Mujeres alguna vez casadas sin hijos.....	276
	Personas sin hijos por edad y sexo.....	277
	Personas que viven en pareja y no tienen hijos.....	279
VIII.2	<i>Infertilidad y esterilidad en España</i>	280
	Parejas que confrontan problemas de infertilidad.....	280
	Parejas que no desean hijos.....	282
VIII.3	<i>Impacto demográfico de los tratamientos para la infertilidad</i>	283
	RESUMEN Y CONCLUSIONES.....	287
	GLOSARIO.....	303
	ANEXOS.....	307
	<i>Anexo 1. Reseña histórica de la anticoncepción y el aborto</i>	307
	La anticoncepción antes del siglo XX.....	307
	La anticoncepción en el siglo XX.....	309
	Desarrollo de la anticoncepción hormonal.....	311
	Reseña histórica del aborto.....	312
	De la antigüedad al siglo II. Derecho hebreo, Grecia, Roma.....	313
	Del siglo II al siglo XVIII.....	313
	Siglo XVIII al siglo XX.....	314

El siglo XX.....	315
Anexo 2. <i>Aplicación del Modelo de Bongaarts</i>	316
Anexo 3. <i>Características de los métodos anticonceptivos actuales</i>	317
Tabla 1. Descripción de los métodos anticonceptivos usados actualmente.....	317
Tabla 2. Ventajas e inconvenientes de los métodos anticonceptivos usados actualmente.....	321
Anexo 5. <i>Cuestionarios : Encuesta de Fecundidad y Familia. España, 1995; Notificación de IVE</i> 324	
FFS-95 Sección 5 A. Regulación de la Fecundidad.....	
FFS-95 Sección 5 B. Historial de Anticoncepción.....	325
Notificación de interrupción voluntaria del embarazo.....	
Anexo 5. <i>Tasas de prevalencia de uso anticonceptivo en países seleccionados</i>	327
Anexo 6. <i>Tablas básicas</i>	328
Tabla 1. Población total y población soltera de España por edad según censos de 1981 y 1991	328
Tabla 2. España, proporción de solteros y solteras por edad. Censos de 1981 y 1991.....	329
Tabla 3. España. Proporción de hombres y mujeres sin hijos por edad . FFS-95.....	330
Tabla 4. Medidas resumen de eventos vitales seleccionados por edad y sexo, para usuarios de EQV y total.....	331
Tabla 5. España, Registro de FIV e Inseminación. Número de ciclos y de embarazos. 1998	332
Tabla 6. Distribución de las esterilizaciones por edad al momento de EQV según año de la operación y sexo.....	332
Tabla 7. Población femenina por edad, IVEs notificadas al Ministerio de Sanidad y Consumo y tasas por mil mujeres.....	333
Tabla 8. Población femenina, nacimientos y tasas de fecundidad por edad.....	334
BIBLIOGRAFÍA.....	335
<i>Referencias bibliográficas</i>	348

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro I.1	Los motivos para abortar en la antigüedad.....	48
Cuadro I.2	Países según restrictividad de las leyes de aborto por regiones del mundo. 1.997.....	51
Cuadro I.3	Andadura legislativa del aborto en España. Siglo XX.....	69
Cuadro II.1	Indicadores o componentes de la salud sexual y de la reproducción mencionados en documentos sobre el tema.....	98
Cuadro II.2.	Indicadores de salud reproductiva involucrados en la construcción del Índice de Riesgo Reproductivo (IRR) de las mujeres.....	102
Cuadro II.3	Variables intermedias de la fecundidad según distintos modelos de clasificación.....	109
Cuadro III.1	Costos estimados para anticonceptivos.....	127
Cuadro III.2	Técnicas de tratamiento de la esterilidad.....	156
Cuadro IV.1	Comparación de las tasas de prevalencia anticonceptiva en España, según diferentes componentes de numerador y denominador. 1.977, 1.985, 1.995.....	168
Cuadro IV.2	Esquema anticonceptivo de las mujeres casada o unidas, de 20 a 49 años según la FFS de España y otros países europeos.....	169
Cuadro V.1	Tasas de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas o unidas. España, 1977-1995 (Tasas por cien).....	185
Cuadro V.2	Medidas resumen de eventos vitales seleccionados por edad y sexo. España, FFS-95.	201
Cuadro V.3	Distribución porcentual de los segmentos cerrados por razón de discontinuación y sexo. España, FFS-95.....	204
Cuadro V.4	Tasa brutas de discontinuación por edad al iniciar el segmento de uso. España, FFS- 95.....	206
Cuadro V.5	Tasa brutas de falla en el primer año de uso por edad al iniciar el segmento de uso. España, FFS-95.....	209

Cuadro V.6	Distribución porcentual de los cambios de método comparando método anterior con método posterior por sexo. España, FFS-95.....	211
Cuadro V.7	Distribución porcentual de los cambios de método comparando método anterior con método posterior por sexo y grandes grupos de edad (método más usado). España, FFS-95.....	212
Cuadro V.8	Duración mediana de los segmentos por sexo y edad al momento de la entrevista y por edad al inicio del segmento, según número de orden del segmento y método. España, FFS-95.....	217
Cuadro V.9	Estimación de la necesidad no satisfecha y de la demanda total de planificación familiar por edad al momento de la entrevista y sexo. España, FFS-95.....	222
Cuadro VI.1	Tasas de esterilidad femenina por razón de la operación según edad al momento de la entrevista. España, FFS-95.....	226
Cuadro VI.2	Tasas de prevalencia de esterilización voluntaria con fines anticonceptivos. España, 1977-1985-1995.....	229
Cuadro VI.3	Tasas de esterilización femenina y masculina por edad, según la encuesta FFS-95 en los países seleccionados.....	230
Cuadro VI.4	Distribución de usuarios de EQV según método usado por primera vez, sexo y edad al momento de la entrevista. España, FFS-95.....	235
Cuadro VI.5	Situación relativa de los usuarios de esterilización quirúrgica voluntaria con respecto a la población total. España, FFS-95.....	236
Cuadro VII.1	Número estimado de abortos inducidos, según la condición legal del aborto, y porcentaje de todos los abortos que son ilegales, tasa de aborto y proporción de aborto, por región y subregión, 1995.....	246
Cuadro VII.2	Sub-notificación del aborto y estimaciones de los abortos ocurridos en España, según diferentes autores.....	259
Cuadro VII.3	Abortos registrados y estimados, tendencia de las tasas y razones. España 1975-1999..	261
Cuadro VII.4	Distribución porcentual de los embarazos según el resultado del embarazo. España, 1995-1999.....	265
Cuadro VIII.1	Proporción de solteros y de solteras a los 50 años. Indicadores de momento y por generaciones España, 1885-1990.....	273
Cuadro VIII.2	Porcentaje de no solteras sin hijos por año de nacimiento España, censos de 1970 y 1991.....	277
Cuadro VIII.3	Proporción de personas sin hijos por edad, sexo y convivencia. España, FFS-95.....	279
Cuadro VIII.4	Niveles de esterilidad primaria y secundaria en mujeres de 25-49 años. España, FFS-1995.....	280
Cuadro VIII.5	Aportes de los tratamientos con técnicas de reproducción asistida a la fecundidad. España, 1998.....	284

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico II.1	Aplicación del modelo de Bongaarts para el análisis de los determinantes próximos de la fecundidad.....	113
Gráfico V.1	Tasa total de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos por nivel de eficacia. España, 1.977-1.995.....	184
Gráfico V.2	Tasas de prevalencia de uso por método usado. Mujeres casadas o unidas. España 1.977-1995.....	186
Gráfico V.3	Tasas de Prevalencia de uso anticonceptivo por edad. España 1.977-1995.....	188

Gráfico V.4	Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos según estatus de unión de la mujer, por edad. España, 1995.....	189
Gráfico V.5	Tasas de prevalencia anticonceptiva por método según edad. España, 1985-1995.....	191
Gráfico V.6	Tasas de prevalencia anticonceptiva por generación y tipo de método, España, 1.977-1.985-1.995.....	193
Gráfico V.7	Tasas de prevalencia anticonceptiva por cohorte de nacimiento según uso de métodos modernos o temporales. España 1.977-1.985-1995.....	194
Gráfico V.8	Prevalencia de uso de métodos masculinos y femeninos, mujeres casadas o unidas. España, 1.977-1.995.....	195
Gráfico V.9	Prevalencia de métodos masculinos y femeninos por edad. España, 1.985-1995.....	195
Gráfico V.10	Tasas de prevalencia anticonceptiva en mujeres en unión. Comparación de países y regiones.....	196
Gráfico V.11	Tasas de prevalencia anticonceptiva de métodos temporales en mujeres en unión, según la encuesta FFS-95.....	198
Gráfico V.12	Prevalencia de métodos anticonceptivos masculinos y femeninos en los países seleccionados según la encuesta FFS-95.....	198
Gráfico V.13	Tasas de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas o unidas, por edad, en los países seleccionados, según la encuesta FFS.....	199
Gráfico V.14	Medidas resumen de eventos vitales seleccionados por cohorte de nacimiento y sexo. España, FFS-95.....	203
Gráfico V.15	Tasas brutas de discontinuación según razón de discontinuación por edad y sexo. España, FFS-95.....	208
Gráfico V.16	Tasas de falla en el primer año de uso por método según edad y sexo. España, FFS-95 210	
Gráfico V.17	Tendencia de los cambios de método según eficacia, por sexo. España, FFS-95.....	214
Gráfico V.18	Duración mediana en meses de los segmentos por sexo según método. España, FFS-95 216	
Gráfico V.19	Duración mediana de los segmentos por sexo y edad al momento de la entrevista (serie suavizada) y por edad al inicio del segmento. España, FFS-95.....	218
Gráfico V.20	Duración mediana de los segmentos de uso, según edad al momento de la entrevista y sexo (serie suavizada) por método. España 1.995.....	219
Gráfico VI.1	Distribución de las mujeres de 25-49 años que consideran que no pueden tener hijos según tipo de unión y distribución de las mujeres unidas según razón para la esterilización. España, FFS-95.....	227
Gráfico VI.2	Tasas de esterilización femenina y masculina en países de Europa y Canadá según la encuesta FFS.....	229
Gráfico VI.3	Tasas de esterilización femenina y masculina por edad en los países seleccionados según la encuesta FFS.....	230
Gráfico VI.4	Características demográficas de hombres y mujeres que han optado por la esterilización voluntaria con fines anticonceptivos y comparación con el total nacional. España, FFS-95.....	232
Gráfico VI.5	Distribución de usuarios de esterilización quirúrgica según el número de hijos por sexo. España, FFS-95.....	234
Gráfico VI.6	Comparación de la distribución de los usuarios de EQV y usuarios de métodos en general según primer método usado por sexo. España, FFS-95.....	235
Gráfico VI.7	Distribución de los usuarios de esterilización según el intervalo entre el nacimiento del último hijo y la EQV por edad al momento de la operación y sexo. España, FFS-95.....	238
Gráfico VI.8	Intervalo entre el nacimiento del último hijo y la esterilización quirúrgica por sexo y por edad a la operación. España, FFS-95.....	238
Gráfico VI.9	Distribución de los usuarios de EQV según edad a la esterilización por sexo. España, FFS-95.....	239
Gráfico VI.10	Edad mediana a la esterilización por sexo y edad actual. España, FFS-95.....	240
Gráfico VI.11	Distribución de las esterilizaciones por edad al momento de EQV según año de la operación para cada sexo. España, FFS-95.....	241

Gráfico VI.12	Porcentaje de segmentos cerrados por razón de discontinuación y sexo. Usuarios de métodos en general y usuarios de EQV. España, FFS-95.....	242
Gráfico VI.13	Tasa bruta de discontinuación por falla del método, según usuarios de EQV y usuarios de métodos en general, por sexo. España, FFS-95.....	243
Gráfico VII.1	Tasas de aborto por regiones y subregiones del mundo. 1995.....	247
Gráfico VII.2	Tasas de aborto en países de Europa, por subregiones (mujeres de 15-44 años) 1995-1996.....	249
Gráfico VII.3	Tasas de aborto por edad para los países de Europa por subregiones. 1995-1996.....	251
Gráfico VII.4	Tasa promedio por edad para las subregiones de Europa y países de referencia. 1995-1996.....	253
Gráfico VII.5	Número promedio de abortos por mujer al final del período reproductivo. Países de Europa, por subregiones, 1995-1996.....	254
Gráfico VII.6	Tasas de aborto según el registro en España y lo estimado por diferentes autores. 1987-1999.....	263
Gráfico VII.7	Porcentaje acumulado de mujeres de 30-34 años que han tenido un primer aborto inducido en países seleccionados según la encuesta FFS.....	263
Gráfico VII.8	Razón de aborto por nacidos vivos según registro del MSC y estimadas por diferentes autores. España, 1987-1999.....	264
Gráfico VII.9	Proporción de “embarazos conocidos” que terminan en aborto, por edad. España 1995-1999.....	266
Gráfico VII.10	Proporción de embarazos que terminan en aborto, por cohortes de nacimiento según edad. España, FFS-1995.....	267
Gráfico VII.11	Tendencia del aborto por edad en España en el período 1995-1999.....	268
Gráfico VII.12	Tasas de aborto por edad en el período 1995-1999. España.....	269
Gráfico VII.13	Riesgo relativo de abortar en 1999 con respecto a 1995 según edad. España.....	270
Gráfico VII.14	Índice sintético de fecundidad e Índice sintético de aborto España, 1995-1999.....	271
Gráfico VIII.1	Proporción de solteros y solteras a los 50 años de edad. España, 1885-1990.....	274
Gráfico VIII.2	Proporción de solteros y solteras por edad. España, censos de 1981 y 1991.....	276
Gráfico VIII.3	España, proporción de no solteras sin hijos por año de nacimiento según censos de 1970 y 1991.....	277
Gráfico VIII.4	Proporción de hombres y mujeres sin hijos por edad. España, FFS-1995.....	278
Gráfico VIII.5	Proporción de personas sin hijos por edad, sexo y convivencia. España, FFS-95.....	279
Gráfico VIII.6	España, niveles de esterilidad primaria y secundaria. FFS-1995 (mujeres de 25-49 años).....	281
Gráfico VIII.7	Niveles de esterilidad por edad. España, FFS-1995.....	281
Gráfico VIII.8	Porcentaje de hombres y mujeres que no tienen hijos y no desean hijos, por edad. España, FFS-95.....	282
Gráfico VIII.9	Proporción de partos y nacimientos provenientes de reproducción asistida según el registro actual (por mil). España, 1998.....	285

AGRADECIMIENTOS

Aunque en el momento de escribir estas líneas no sé cuánto pude aprovechar la ayuda y las oportunidades que me han sido brindadas, debo decir que en un trabajo de esta dimensión, que ha necesitado casi cuatro años para llegar a término, muchas son las personas y las instituciones que han hecho aportes de diferente índole y magnitud y por esta razón es muy difícil expresar los justos agradecimientos.

Empezaré por agradecer al Departamento de Geografía de la Universidad Autónoma de Barcelona el poder participar en su Programa de Doctorado en Demografía y beneficiarme de sus conocimientos, trayectoria y prestigio. Como todas las instituciones, el Departamento no sería lo mismo si no contara con la gran calidad humana de sus componentes y por esto hago un expreso reconocimiento tanto al personal del área docente como administrativa en quienes siempre encontré amable orientación y solución a mis inquietudes.

El Centro de Estudios Demográficos, con todo lo que estas palabras encierran en términos de nivel académico y posibilidades de aprendizaje me acogió y facilitó excepcionalmente el desarrollo de este proyecto académico. Digo excepcionalmente porque además de los cursos de Doctorado encontré muchas oportunidades para completar mi formación. En primer lugar pude asistir a los módulos del programa sobre Métodos y Técnicas en Población (MTP). Luego proyectarme como profesional, primero asistiendo al Primer Congreso Nacional de Salud Reproductiva y Fórum de Salud y Sociedad, luego acompañando a la Dra. Anna Cabré en una intervención en el XII Simposio de la Sociedad Catalana de Contracepción y más recientemente presentando en Madrid un trabajo sobre infertilidad en un evento organizado por la Sociedad Española de Fertilidad y dirigido a profesionales de la medicina; pocas doctorandas habrán tenido la ocasión de hablar en el auditorio del Centro Superior de Investigaciones Científicas y yo felizmente me cuento entre ellas. En las dos últimas ediciones del MTP colaboré impartiendo el módulo de Estadística Descriptiva. Por si esto fuera poco, fui llamada a participar en el proyecto de investigación sobre Salud Reproductiva en Mujeres Inmigrantes Africanas, en el que volví a mis orígenes realizando trabajo de campo e interactuando en equipo con personal del propio CED y del *Centre d'Atenció a la Dona* de Mataró en un tema de especial trascendencia. A todas las personas que han confiado en mí para estas labores, muchas

gracias. No estaría completo mi reconocimiento al CED si no destacara, al igual que lo hice anteriormente con el Departamento de Geografía, el eficiente trabajo diario pero muchas veces invisible de sus profesores, investigadores y personal administrativo.

Una beca concedida por la Unión Europea dentro del marco del Programa ALFAPOP constituyó la financiación para cubrir el costo de las matrículas y poder vivir en España en los veinte primeros meses; luego, recibí una beca del Centro de Estudios Demográficos por otros 24 meses, hasta la finalización de la tesis.

En todo este recorrido ha estado siempre presente el apoyo cálido y decidido de la Dra. Anna Cabré: cuando fui aceptada como becaria, luego en el proceso de organizar mi familia en estas tierras, en las decisiones académicas, en la infructuosa búsqueda de financiación en otras instituciones, en la beca del CED, cuando confió en mí y respaldó mi nombre para que participara como miembro de esta institución en las actividades extramurales que he enunciado anteriormente, en fin, en las más variadas facetas de la vida. A todo esto hay que agregar la dirección misma de la tesis. La decisión de analizar el caso de España, surgió de sus análisis y razonamientos y el consecuente interés que despertó en mí conocer una realidad tan diferente de la que vivimos en América Latina. Intenté captar y reflejar en el trabajo sus reflexiones sobre los datos que iba produciendo y que le llevaba a las reuniones para ver el avance del trabajo. Pero por sobre todo intenté aprender análisis demográfico.

Otro de los privilegios de que he sido objeto es el de contar con la Dra. Montserrat Solsona como codirectora de la tesis. Con otra manera de trabajar, otros intereses, otra forma de interpretar los hechos, complementó el análisis y supo encontrar soluciones a innumerables tropiezos. La figura de la codirección no es frecuente pero en este momento no me imagino cómo habría sido el resultado de mi trabajo si no hubiera contado con la dedicación, aportes y experticia de mis dos directoras. A pesar de sus esfuerzos quedarán en este documento algunas deficiencias de las cuales asumo toda la responsabilidad.

El hecho de analizar los datos de España me exigía conocer el contexto en el que se habían desarrollado varios hechos históricos. Fue necesario leer sobre la historia reciente de España y sobre las diferencias socioculturales de las regiones. Pero dado que varios de los temas que aquí se estudian estuvieron en su día en la ilegalidad, fue difícil encontrar la información pertinente. Por esta

razón resultó vital para el desarrollo de la investigación, el tiempo y la atención que me dedicaron las médicas Francisca Molero, Elisa Grau e Isabel Iserte. También Encarna Albella quien, sin tener formación en el área de salud, en tiempos de las prohibiciones participaba activamente en las redes sociales que se conformaron y que luego darían vida a la organización institucional de la planificación familiar. En la consecución de materiales específicos sobre España debo mencionar el que me facilitó María Isabel Baltar, quien consiguió, en los anales del Congreso de los Diputados y de las Cortes Generales, copias de los debates para la despenalización de los anticonceptivos, la esterilización voluntaria y el aborto.

No podría terminar sin agradecer a todas las personas del Centro de Estudios Demográficos las voces de ánimo y el cariño con que me apoyaron en momentos difíciles. Permitidme que me refiera por sus nombres familiares y con especial afecto a Anna Cabré, Montse Solsona y Carminha Fonseca quienes supieron estar siempre presentes. Terminado el trabajo y revisando la bibliografía encuentro que no hace justicia a sus significativos aportes. Necesitaría muchas notas de pie de página para citarlos.

Dedico el resultado de todo este esfuerzo a mi familia. A Ciro por todo lo que él significa para mí y quien rompió la inercia del trabajo diario para construir este proyecto y luego lo sostuvo día a día. A Verónica, Lina y Daniel por ser el motor de mi vida y para que nunca renuncien a sus sueños. A mi padre ya fallecido, mi madre y mis hermanos por su ejemplo.

INTRODUCCIÓN

Por mi condición de demógrafa y por mi experiencia profesional en el área de salud fui invitada a participar en el Comité Técnico que se conformó en Colombia, mi país de origen, para la preparación de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) a celebrarse en El Cairo en 1994. Durante los dos años largos de este trabajo observé la construcción de los nuevos enfoques y el potencial que tenían y sentí inquietud ante la reducción simplista del concepto “salud sexual y reproductiva” (SSR) en la que frecuentemente se incurría, tanto en los documentos nacionales como internacionales, reducción que llevaba a equiparar SSR con anticoncepción. Mi preocupación era entender porqué después de lograr tan amplio y generoso concepto quedaba reducido a lo que siempre había existido. Las preguntas subyacentes giraban en torno a si la anticoncepción constituía, dentro de la SSR, un elemento de tan amplio alcance que permeaba los demás conceptos o era el componente que se identificaba más fácilmente, quizás porque había sido objeto de sus propios debates y estaba al alcance de la mayor parte de las personas, que lo sentían como un bien común.

Al iniciar los estudios de doctorado, me interesaba continuar trabajando los conceptos de SSR y aportar mi experiencia como demógrafa y como estadística en la definición de un cuerpo de indicadores que obviamente tenía que pasar por la precisión de los conceptos. Sin embargo en ese momento entró en juego otro elemento que fue justamente acercarme a la realidad española con todas sus singularidades. Una sociedad de baja fecundidad y que en comparación con otras de Europa, comenzó más tardíamente la anticoncepción moderna, con lo cual, en los albores del siglo XXI combina eficientemente los métodos modernos con los tradicionales; la frecuencia de aborto es una de las más bajas de la región y su despenalización ocurrió, con una ley restringida, después de que lo hicieran los países de su entorno. Estas singularidades despertaron mi interés por comprender sus manifestaciones a partir de otros marcos sociales y de otros enfoques, otros digo, respecto de mis vivencias latinoamericanas.

Entre los aspectos que llamaron mi atención puedo citar el que en España y en otros países de Europa la anticoncepción hubiera sido aceptada mediante una ley en algún momento y que este

momento fuera tan reciente, como el comienzo de la anticoncepción en los países de América Latina, o incluso posterior. Así, en Francia se legaliza a finales de la década de los 60 y en España a finales de los 70. Para abundar en este punto, una vez asimilado el proceso de legalización de los métodos me encuentro con que, por lo menos en España, la esterilización quirúrgica voluntaria (EQV) no había quedado incluida en este proceso y que tardó cinco años más que los métodos temporales en ser permitida. Me tomó tiempo encontrar la razón y no era otra sino que la esterilización se consideraba, dentro del Código Penal anterior, como una lesión, es decir, en otro artículo diferente del de aborto y métodos anticonceptivos. Así, reformar el artículo 416 dejando sin contenido los apartados 4º y 5º que penalizaban la distribución, propaganda y venta de anticonceptivos no tuvo efectos sobre la esterilización que se contemplaba en el artículo 428 referido a “Lesiones”; para efectos del análisis de datos sobre anticoncepción esta separación tenía implicaciones importantes puesto que con mucha frecuencia las cifras mencionadas por los institutos encargados reseñaban los métodos temporales solamente, con lo cual se llegaba a la conclusión de que la prevalencia de uso de anticoncepción era baja comparada con otros países. El hecho de que la anticoncepción hubiera estado prohibida ya era una sorpresa, pero si además se pone de presente que los métodos modernos son tan recientes —la píldora nació en 1968— ¿qué era lo que se prohibía exactamente? ¿qué sucedía antes?. Otro elemento de reflexión fue que métodos, como la abstinencia voluntaria y el *coitus interruptus*, considerados inseguros en América Latina y en consecuencia no recomendados por los programas de planificación familiar, fueron los que permitieron justamente el descenso de la fecundidad en Europa en un proceso sostenido durante varias décadas.

El caso del aborto tenía otra connotación. No me causaba sorpresa que hubiera estado prohibido, pues así lo está hasta hoy en día en América Latina y no hay visos de cambio, pero despertó en mí un gran interés conocer los argumentos y el contenido del debate para la despenalización en un país de tradición católica como es España. Es claro que el momento en que ocurrió era de cambios políticos y sociales, pero aún así la polémica fue muy fuerte y prolongada, quizás una de las más traumáticas del proceso de transición. Pero en medio de todo este debate ¿cuál era la frecuencia real del aborto? Se conocen algunos datos de los abortos practicados a españolas en otros países donde ya era legal, pero de lo que ocurría dentro de las fronteras nada se sabe con certeza.

En mi desempeño profesional como demógrafa había abordado el estudio de la anticoncepción y el aborto en el marco de los determinantes próximos o variables intermedias de la fecundidad. Como se

sabe, esta conceptualización ha alcanzado un cuerpo analítico considerable, los modelos desarrollados permiten estimar cuánto aporta cada variable al cambio de la fecundidad de las poblaciones y ampliando el análisis, están los estudios que tratan de explicar las interrelaciones de las variables intermedias con las socioeconómicas; el fin último es identificar las variables de intervención política más eficientes.

En la propuesta de la CIPD resultó atrayente para mí encontrar que las variables demográficas quedan enmarcadas en los derechos sexuales y reproductivos y quizás protegidas frente a intervenciones políticas de diversas tendencias. En ese marco, políticas pronatalistas o antinatalistas deben, para entusiasmar a la población en el logro de sus objetivos, buscar mecanismos diferentes a la prohibición del uso de los métodos anticonceptivos o del aborto o por el contrario, obligar a abortar o esterilizarse a mujeres que han tenido ya un número establecido de hijos. Esto es más importante en la medida en que el acceso a las tecnologías apropiadas saca de la esfera doméstica las prácticas de anticoncepción y aborto. Antes del desarrollo de los métodos anticonceptivos modernos, la anticoncepción se practicaba con métodos como el coitus interruptus, o la abstinencia voluntaria evitando las relaciones sexuales en días que se creían más fértiles —aunque la identificación de estos días resultara totalmente errónea con los conocimientos de cada época— o mediante las infusiones de hierbas o el empleo de medicamentos destinados a otros propósitos, en fin, métodos para los que la pareja no tenía que consultar a nadie, dependían de ella solamente y de la transmisión oral del conocimiento. Así mismo, el aborto se realizaba en los domicilios de manera rudimentaria. El éxito de todos estos procedimientos era incierto, pero su práctica se desarrollaba dentro de una cierta autonomía y cierta independencia de la política pública. Actualmente es distinto, las sociedades saben que existen tecnologías eficaces y seguras y que se siguen desarrollando otras, pero su suministro depende de sistemas de comercialización en general y del sector farmacéutico en particular. Además hay que tener en cuenta los procesos de medicalización que se han dado; la atención de la maternidad, la anticoncepción y el aborto han salido del ámbito de las mujeres y han pasado a ser de las instituciones de salud y de los médicos. Si desde las primeras declaraciones de los derechos humanos se contempló el derecho a la elección del número de hijos, en algún momento se tendría que hablar del derecho a disponer de las tecnologías apropiadas para tenerlos en el momento en el que las personas los deseen. Fruto de discusiones de esta índole y de esta evolución se llegó a hablar de los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la salud sexual y reproductiva.

En el contexto internacional el tema de la anticoncepción ha pasado de ser un tema tabú que no se quería abordar hasta convertirse en parte sustancial de los acuerdos internacionales ya fuera de manera explícita para el control del crecimiento poblacional o dentro de un concepto más holístico y altruista como son los derechos sexuales y de la reproducción o la salud sexual y de la reproducción.

Mucho se habla de los aportes de la anticoncepción en la reducción de la morbi-mortalidad materna, sin embargo, también hay desventajas. De hecho, los métodos anticonceptivos altamente eficaces no son inocuos. Precisamente los métodos hormonales sean orales, inyectables o en implantes, han recibido críticas por los posibles riesgos para la salud de la mujer y su aceptación y frecuencia de uso se ha visto condicionada por la información –o desinformación– que ellas reciben al respecto. De manera que la anticoncepción hay que enmarcarla como una herramienta de la salud sexual y reproductiva al disminuir los embarazos de alto riesgo y los embarazos no deseados que conducen al aborto inseguro pero también como un factor de riesgo para la salud. Los programas de planificación familiar se encuentran en la disyuntiva de distribuir métodos confiables, como los hormonales, sin tener que recurrir a proveedores con muy alto nivel de capacitación pero que al mismo tiempo tengan suficiente criterio para elegir el método adecuado a cada usuaria o usuario.

Actualmente se cuenta con una gran cantidad de métodos con diferentes mecanismos de acción, nivel de eficacia, duración o forma de administración que permiten que cada persona que lo desee pueda, teóricamente, acceder a algún método de su conveniencia. La diferencia entre lo teórico y lo real está en las políticas de cada país que permiten o no la distribución de los métodos en general o de algún método en particular, en las presiones del mercado para imponer un método, en la rentabilidad, en la capacidad de distribución –sea dentro de programas de atención primaria en salud o sea como programas específicos– o en la información que se entregue a los usuarios sobre las bondades o desventajas del método.

La mayor parte de los métodos usados actualmente son femeninos –hormonales, dispositivo intrauterino, espermicidas, esterilización femenina, métodos naturales, diafragma y otros vaginales– algunos de los cuales (como los naturales que consisten en evitar las relaciones sexuales en ciertos días del mes) exigen un compromiso del hombre. Los métodos masculinos actuales son la esterilización masculina o vasectomía, el preservativo o condón y el *coitus interruptus*. La mayor o

menor participación del hombre en la planificación familiar es otro de los elementos a analizar en la dinámica anticonceptiva. Así, en el caso de España casi cinco de cada diez parejas españolas planifican la familia con métodos masculinos, en tanto que en otros países como Francia esta proporción es de menos de una de cada diez. En general se habla del poco compromiso de los hombres en la planificación de la familia sin embargo puede ser una tendencia reciente si se tiene en cuenta que antes del desarrollo de los métodos modernos, la reducción de la fecundidad dependía de la abstinencia periódica, el *coitus interruptus*, la lactancia materna y los tabúes que impedían las relaciones sexuales durante la lactancia además del aplazamiento del inicio de la unión.

La anticoncepción en Europa ha evolucionado de diferente manera, por regiones y países y los patrones de uso de los métodos están determinados en gran medida por la legislación. Una primera observación a los datos de la Encuesta de Fecundidad y Familia (FFS) de España y de Francia por ejemplo, muestra que la tasa total de anticoncepción es ligeramente mayor en España, 81 por ciento de las mujeres en unión incluyendo la esterilización (EQV), que en Francia, 79 por ciento. A mediados de la década del 70 en España sólo una de cada dos parejas usaba anticoncepción, en tanto que en Francia, casi tres de cada cuatro parejas usaban algún método. Así, mientras en España el incremento de uso, en un lapso de veinte años, fue de 72 por ciento, en Francia fue de 10 por ciento.

Además de las diferencias de nivel se observan las diferencias en la composición: Francia tiene mayor prevalencia de métodos temporales —de cada cien mujeres en unión, 71 recurren a estos métodos— en tanto que en España los usan 62 de cada cien mujeres en unión. Puede pensarse que España, que inició más tarde la anticoncepción moderna, lo hizo con un ritmo acelerado que sobrepasó a otros de su entorno y encontró a una mayor proporción de parejas con la convicción de limitar el tamaño de su descendencia. El método temporal más usado en España es el preservativo seguido de la píldora; el *coitus interruptus* sigue siendo un método importante en la anticoncepción española aunque ha disminuido su uso.

Aunque parezca obvio decirlo, cuando un método anticonceptivo falla las consecuencias son de gran trascendencia para la vida de la mujer y del hombre como individuos y como pareja. En principio se está ante un embarazo no planeado y en muchas ocasiones no deseado. La anticoncepción moderna tiene reconocidos niveles de eficacia y por la misma razón al recurrir a ella se cuenta con la confianza de que no se presentará un embarazo. En estas condiciones, la actitud ante una preñez producto de

una falla anticonceptiva posiblemente será de rechazo y desembocará, en la mayor parte de los casos, en la decisión de interrumpirla. Como he planteado anteriormente, en la actualidad se cuenta con una amplia gama de métodos seguros, sin embargo, cada uno de estos métodos tiene índices de falla diferentes en las poblaciones reales. Aunque la metodología de recolección de datos de la encuesta de Fecundidad y Familia (FFS) aplicada en países de Europaⁱ no es estrictamente comparable con las de Demografía y Salud (DHS) realizada en países de África, Asia y América Latina, las tasas de España indican, con gran diferencia, menor frecuencia de fallas que países de estas regionesⁱⁱ. Por ejemplo, para la píldora es menos de una discontinuación por falla del método en cien segmentos de uso, es decir la tasa promedio de estos países es seis veces la de España, la tasa de falla del preservativo es menos de dos por cien —cuatro veces más en estas regiones—, incluso el *coitus interruptus* presenta una tasa de fallas cercana a tres por cien que si se compara con la referida a “otros métodos” la diferencia es de más de seis veces. En consecuencia, la frecuencia con la que una población recurre al aborto está relacionada actualmente, con la tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, del tipo de métodos usados y de la eficiencia en su uso.

La actitud hacia el aborto no ha sido uniforme a través de la historia, ni uniforme en cada momento histórico para todas las sociedades. En la actualidad es tal vez el hecho que más polariza las opiniones, va desde la punibilidad total hasta la aceptación. Prueba de ello son las últimas conferencias internacionales organizadas por las Naciones Unidas en El Cairo (CIPD) y Beijing (CCMM). La CIPD no fue la primera conferencia internacional de población y desarrollo pero quizás sí la de mayor resonancia. No obstante, las polémicas previas a la conferencia que le dieron tanto realce, no surgieron por la búsqueda de mecanismos para el desarrollo de los pueblos o los problemas asociados con las migraciones internas, las migraciones internacionales o los desplazamientos forzados. Surgieron por la oposición de la Iglesia Católica al aborto y por la presión que ejerció sobre los países de su influencia, especialmente los de América Latina. A ocho años de la CIPD, la legislación sobre el aborto ha variado muy poco y los debates siguen siendo enconados, aún

ⁱ La FFS se aplicó en 23 países de Europa, Estados Unidos y Canadá (en Canadá dos veces 1990 y 1995) entre octubre de 1988 y marzo de 1998. De estas 24 encuestas en la mayoría (23) se incluyó el módulo 5 A referente a “Regulación de la fecundidad” sobre uso actual pero sólo en seis se incluyó el módulo 5 B de “Historia anticonceptiva” con el cual se estudia la frecuencia de fallas de los métodos entre otros temas. Por esta razón los resultados de dinámica anticonceptiva no se incluyen en el informe estándar y por consiguiente no se dispone de cifras comparativas.

ⁱⁱ Según la encuesta de Demografía y Salud (DHS) realizada en varios países de África, Asia y América Latina, la tasa de discontinuación anticonceptiva en el primer año de uso de un método debida a falla del método puede ir de tres discontinuaciones por esta causa, por cada cien segmentos iniciados, en países como Indonesia, Egipto o Zimbabwe a 12 en Perú, Bolivia, Filipinas o Jordania; en el caso de la píldora, que se considera un método seguro, esta tasa varía entre 2 por cien en Bangladesh o Zimbabwe y 10 en Egipto o Jordania; el preservativo entre 4 en Zimbabwe y 16 en Filipinasⁱⁱ. Los

en países donde es legal. En El Cairo, lograr acuerdos sobre los párrafos relativos a salud sexual y reproductiva se convirtió en una victoria que generó enormes expectativas y al mismo tiempo muchas desilusiones para llevarlo a la práctica por cuanto en realidad el concepto estaba en construcción y había que seguir trabajando. Pero las pocas alusiones logradas acerca del aborto se enmarcaron dentro de la salud sexual y reproductiva.

Como se verá en el desarrollo del presente trabajo, el debate para la despenalización del aborto en España, ocurrida diez años antes de Cairo después de seis años de controversia, se abordó con base en los derechos y no en las implicaciones sobre la salud de las mujeres, ni desde la necesidad de establecer una política de género para la salud, ni como problema de salud pública. De hecho el sector salud fue poco notorio en el debate. No se encuentran estudios acerca de cuál era la permanencia hospitalaria o los costos hospitalarios para el tratamiento de un aborto séptico ni de las lesiones y consecuencias. Posiblemente no era problema porque muchos abortos se realizaban en buenas condiciones fuera de España y de ahí que lo importante fuera el derecho a optar por este servicio dentro de las fronteras españolas.

Pero volviendo al interés demográfico ¿cuántos abortos se realizaban en España y en qué condiciones? ¿cuántos a consecuencia de falla de métodos de baja eficacia? ¿cuánto aportaba el aborto a la morbi-mortalidad materna en España? ¿cuánto aportaba a la progresiva disminución de la fecundidad española?. Preguntas como estas quizás no tengan respuesta cuando la anticoncepción y el aborto ocurren en condiciones de ilegalidad. Así se observa actualmente en los países donde estas prácticas están prohibidas o llegan a constituir delito. En los países en donde el aborto está permitido, suele exigirse un registro obligatorio de los casos con efecto estadístico que permitirá los análisis pertinentes. No obstante, la calidad de las fuentes es variable tanto si se compara de un país a otro como para el mismo país a través del tiempo y no siempre se cuenta con suficientes evaluaciones. Por otra parte la redacción misma de la ley puede afectar los resultados del sistema estadístico al incluir, o no, determinados casos; por ejemplo, las regulaciones menstruales son consideradas aborto en algunos países e incluidas en los sistemas estadísticos y en otros no. Esto, sin duda dificulta las comparaciones. En el caso de España, conociendo el debate vivido para la despenalización del aborto y el texto de la ley, que no contempló las indicaciones sociales, se comprende porqué 97 de

métodos considerados tradicionales entre los que se cuenta el *coitus interruptus*, presentan tasas mucho más altas, entre 15 y 30 por ciento.

cada cien abortos ocurren por riesgo para la salud física y mental de la mujer sin que tenga efectos sobre políticas públicas de atención del embarazo y el parto o de salud mental.

Hasta ahora me he referido a dos puntos de coincidencia entre la salud reproductiva y la demografía que, como he dicho, serán objeto de estudio en el presente trabajo: la anticoncepción y el aborto. Pero en la medida en que avancé en el desarrollo del mismo encontré que la esterilidad involuntaria, que ya tenía una reconocida importancia desde el punto de vista demográfico, emergía como un asunto de la salud reproductiva, no solo por las causas identificadas de tiempo atrás sino por las asociadas con el aplazamiento de la maternidad y la paternidad y otros hábitos de la vida moderna. Al mismo tiempo, para los dos enfoques resultan de interés los avances para su tratamiento. Sobre este tema tuve oportunidad de participar en un congreso en Madrid y preparar algunos materiales acerca de sus aspectos demográficos. Pero tropecé con que, a diferencia de la anticoncepción y el aborto, no había estandarización de conceptos y menos aún un registro estadístico normado que permitiera su medición. La mayor parte de los análisis se realizan con variables de aproximación al problema, lo cual nos enfrenta a una gama de conceptos que va desde la infecundidad —no tener hijos, voluntaria o involuntariamente— infertilidad —como término alternativo a esterilidad temporal o como sinónimo de esterilidad— subfertilidad y otros más hasta la esterilidad definitiva. Los datos disponibles despiertan el interés; por ejemplo, se estima que el nascente registro de los casos de esterilidad atendidos con técnicas de inseminación artificial y fertilización *in vitro* recoge información de cerca de un tercio de los ciclos tratados, y para 1998 reporta 1857 partos y cerca de 2486 nacimientos que referidos al total de nacimientos representan un 6.8 por mil. Si se supone que los centros de atención que no reportan datos tienen el mismo nivel de éxito en sus tratamientos podría decirse que un 20 por mil de los nacimientos en España provienen de estas técnicas, lo que se ha llamado “recuperación de la natalidad” cifra nada despreciable en un país de tan baja natalidad. Por esta razón lo he abordado en la medida de las posibilidades, más que todo para señalar los vacíos que se encuentran y los aportes que desde la rigurosa medición demográfica se puede hacer en esta materia.

En consecuencia, el resultado final de este trabajo procede de tres vertientes: por una parte, el momento histórico de la década del 90 en la demografía y los estudios de población, para los cuales la conferencia de El Cairo marcó nuevos retos; por otra parte, mi experiencia personal que daba una doble lectura a estos fenómenos y por último, el acercamiento a la realidad española, justamente con motivo de la realización de los cursos de doctorado, que abrió un nuevo espectro de información tanto

en lo académico como en lo social. Por esta razón el trabajo responderá en algunos momentos a lo que puede aportar la demografía a la salud sexual y reproductiva y en otros, lo que puede aportar este amplio concepto a la demografía.

El objetivo general es analizar la anticoncepción, el aborto y la esterilidad voluntaria e involuntaria en España para llegar a un mejor entendimiento del desarrollo histórico y social de los cambios demográficos, introduciendo ciertos componentes analíticos derivados de los planteamientos de la Conferencia sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo y de las revisiones más recientes a las teorías sobre los determinantes próximos de la fecundidad.

Para el logro del objetivo propuesto, en una primera parte, se revisa el avance de la anticoncepción y el aborto dentro de los derechos humanos, las políticas de población, el crecimiento poblacional y el mejoramiento de la salud, en particular la salud sexual y de la reproducción. De manera similar, se explora la evolución de la esterilidad y su tratamiento identificando los vacíos conceptuales y de medición. Se analiza cómo han ido evolucionando, en las normativas internacionales, los conceptos sobre derechos humanos y cómo se han ido acotando hasta llegar a hablar de los derechos sexuales y de la reproducción y particularmente de salud sexual y reproductiva. Se hace un seguimiento al caso de España en las reformas a las normas que permitan, favorezcan o inhiban el uso de los anticonceptivos y el aborto. En la segunda parte se exploran y evalúan las implicaciones de la normatividad en las fuentes de datos y en la medición de las tres variables demográficas en cuestión. Se estima la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos —incluyendo la esterilización—, el aborto y la esterilidad en España y se analiza su situación en los últimos años del siglo XX.

En el primer capítulo se hará un recuento de los métodos anticonceptivos a través del tiempo y en diferentes culturas —principalmente de la cultura occidental— según lo reconstruido por historiadores u otros estudiosos del tema hasta llegar a la anticoncepción moderna y su desarrollo. Análogamente, para el aborto se hará una reseña de su evolución conceptual a través de la historia con énfasis en los fundamentos para su despenalización en diferentes países. En el caso de España se profundizará en los cambios a la normatividad y organización en la prestación de los servicios.

El segundo capítulo contendrá una revisión de la literatura que permite establecer los nexos de la anticoncepción, el aborto y la prevención y el tratamiento de la esterilidad, con los derechos humanos, con la salud sexual y reproductiva y con el comportamiento reproductivo. Se presentará una revisión de los textos de los acuerdos internacionales sobre estos temas y cómo se han llevado a la práctica, con énfasis en el concepto de salud sexual y reproductiva y su manejo desde los organismos internacionales, desde los proveedores de servicios y desde los investigadores sociales. Así mismo, se recogerán los resultados de los estudios sobre determinantes próximos de la fecundidad que reflejen el impacto de estos componentes en los niveles de fecundidad y su importancia relativa frente a otras variables.

Una descripción de desarrollos tecnológicos recientes en cuanto a los métodos anticonceptivos, el aborto y el tratamiento de la esterilidad se presentará en el tercer capítulo. En particular, para la anticoncepción constará de las características de cada uno de los métodos, su eficacia, sus usuarias o usuarios potenciales, los criterios médicos de elegibilidad y sus ventajas, desventajas y efectos secundarios o colaterales documentados en los estudios clínicos o sociales. De estos resultados se resumirá la influencia positiva o negativa del uso de métodos anticonceptivos en la salud en general o en la salud sexual y reproductiva.

El capítulo cuarto contendrá la descripción de las fuentes de información disponibles en España para cada una de las variables, las bases conceptuales o los problemas de cobertura que pueden afectar el análisis, la comparabilidad con otros países y el estudio de las tendencias históricas en España. La riqueza de la información proviene de las encuestas de fecundidad (1977, 1985, 1995) y de registros continuos como la notificación obligatoria de la interrupción voluntaria de embarazo y el registro estadístico de las técnicas de reproducción asistida. Así mismo, de fuentes más tradicionales en el análisis demográfico como los censos de población (1970, 1981 y 1991) y el Movimiento Natural de la Población 1990-1999. También se presentarán los indicadores seleccionados para la medición de las tres variables y la metodología de estimación apropiada según las fuentes de datos disponibles.

El análisis de la anticoncepción en España constituirá el quinto capítulo. Los datos provienen de la Encuesta de Fecundidad y Familia de 1.995 y la tendencia observada en el último cuarto del siglo XX se describe con las Encuestas de Fecundidad de 1977 y 1985. Se estiman y analizan los indicadores de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, para los subgrupos poblacionales de interés con

el fin de establecer los niveles, tendencias y diferenciales. Con la FFS-95, se producen indicadores para hombres y para mujeres, dado que es la única de las tres fuentes que lo permite. Así mismo, se estiman los indicadores de dinámica anticonceptiva, como duración de los segmentos de uso, razones de discontinuación de métodos, indicadores de falla, secuencia en el uso de métodos. Se hará una estimación de la demanda insatisfecha y de la demanda total de anticoncepción. Por último, se presenta un perfil demográfico de las usuarias y los usuarios de esterilización quirúrgica voluntaria por considerar que es un método de alta prevalencia e irreversible en un contexto en que existe acceso a una amplia gama de métodos temporales.

En el capítulo sexto se presentarán los niveles de aborto en España y la comparación con otros países. También se hará un análisis de la tendencia del aborto en España teniendo en cuenta que la calidad del registro ha sido diferente a través del tiempo. Para los análisis por edad y generaciones, se utilizará además del registro continuo, los datos de la FFS-95. La incidencia de aborto se medirá a través de la tasa —que indica el número de abortos por mil mujeres—, la proporción de abortos por cada mil embarazos y la razón de abortos por nacimientos. Como indicador resumen se presenta el número promedio de abortos por mujer al final del período reproductivo, indicador de construcción similar al índice sintético de fecundidad.

El capítulo séptimo contendrá las estimaciones de infecundidad y esterilidad con base en los indicadores de aproximación —como proporción de solteras y solteros por edad, proporción de mujeres alguna vez casadas sin hijos, personas que viven en pareja y no tienen hijos, parejas que no desean hijos— e indicadores directos, como parejas que confrontan problemas de esterilidad. Finalmente se hará una exploración del registro de los casos atendidos con técnicas de reproducción asistida para indagar el impacto demográfico de los tratamientos para la infertilidad.

El capítulo sobre *Resumen y Conclusiones* recogerá los principales hallazgos sobre el comportamiento de la anticoncepción, el aborto y la esterilidad en España y las inter-relaciones de las variables analizadas. Se destacarán los datos estadísticos y demográficos que muestran las singularidades de España de las cuales hablaba en los primeros párrafos de esta introducción.

PRIMERA PARTE: LA REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD. ESTADO DE LA CUESTIÓN

I. LA ANTICONCEPCIÓN Y EL ABORTO EN DIFERENTES MOMENTOS DE LA HISTORIA DE ESPAÑA

La información encontrada por los historiadores o los profesionales de otras disciplinas interesados en los temas demográficos es fragmentaria y puntual pero tiende a interpretarse como si hubiera sido uniforme para muchas culturas y largos períodos de tiempo. Sin embargo estos hallazgos permiten tener indicios de si un determinado hecho es propio de las sociedades actuales o si por el contrario es fruto de una evolución más o menos prolongada. En el caso particular del control de los nacimientos puede resaltarse que desde épocas remotas las sociedades idearon métodos anticonceptivos más o menos eficaces pero en todo caso precursores de los métodos modernos y seguros que hoy se conocen. Así mismo, el aborto se ha practicado desde tiempos inmemoriales pero, como se verá, la actitud hacia esta práctica no ha sido uniforme a través de la historia, como sí lo ha sido hacia el homicidio o las lesiones, reconocidos como delitos en todas las épocas y por todas las legislaciones. En la actualidad el aborto es, tal vez, el hecho que más polariza las opiniones, va desde la punibilidad total hasta la aceptación, en lo que parece ser el camino hacia la despenalización en todos los países. En este capítulo se hará, un breve recuento de la noción que han tenido distintas sociedades sobre tamaño de la familia, anticoncepción y aborto, con énfasis en lo ocurrido en el mundo occidental durante el siglo XX y particularmente el caso de Españaⁱⁱⁱ.

I.1 LA ANTICONCEPCIÓN EN ESPAÑA

Entre enero de 1941 y octubre de 1978 la anticoncepción estuvo prohibida en España. Aunque los métodos conocidos en la década de los años cuarenta del siglo XX no eran tan eficaces como los actuales, fueron objeto de prohibición como parte de una política demográfica pronatalista. Como se

ⁱⁱⁱ Para una reseña de la anticoncepción y el aborto en otros momentos de la historia y otros países, ver Anexo 1

documentará en el desarrollo de este capítulo, no obstante las prohibiciones y la poca eficacia de los métodos disponibles, la fecundidad descendía.

ANTES DE LOS AÑOS 70

El 7 de octubre de 1978 se firmaba el Real Decreto 2275/78 que modificaba los artículos del Código Penal, en los que se establecía que vender, prescribir, divulgar u ofrecer cualquier cosa destinada a evitar la procreación era delito. Hasta ese momento los anticonceptivos estuvieron prohibidos en España y era el único país europeo en que la anticoncepción era ilegal.

Con base en el artículo 416 de dicho Código Penal “se podía castigar con penas de arresto mayor y multas de 5.000 a 100.000 pesetas a los que prescribieran, vendieran, divulgaran, ofrecieran, hicieran publicidad o expusieran públicamente objetos, instrumentos, aparatos, medios o procedimientos destinados a facilitar el aborto o a evitar la procreación”¹. Según el artículo 343 bis, los vendedores de medicamentos podían ser penalizados con multas de hasta 50.000 pesetas.

Sin embargo en España la fecundidad descendía paulatinamente y aunque era mayor que la de otros países europeos, estaba muy lejos del nivel de fecundidad natural. En el año 1900, el índice sintético de fecundidad era de 4.71 hijos por mujer, en 1925 era de 3.89, en 1950 de 2.46; entre 1950 y 1965 se dio un aumento situándose en este último año en 2.94 hijos por mujer, para luego volver a bajar² - este aumento se registró en muchos países y en España tardíamente y correspondió al *baby boom* de la posguerra-. La sociedad española, al igual que el resto de Europa, practicaba los métodos conocidos hasta entonces: el *coitus interruptus* —quizás era el más usado en la primera mitad del siglo— y las duchas vaginales (véase Anexo 1).

Se puede decir que no se dispone de información cuantitativa sobre prácticas de la sociedad española en lo referente a control de la natalidad en la primera mitad del siglo, pero había indicios de que se limitaba el tamaño de la familia, según lo mencionado por Díez Nicolás y De Miguel (1.981) al referirse al período de 1918-1920: “En todo caso parece que el control de la natalidad había comenzado a extenderse por España en esas fechas, aunque dicho control, evidentemente, se basaba en métodos tradicionales (menos eficaces, en sus resultados, que los utilizados actualmente)”³. Mary Nash cita el trabajo de Puig y Sais “El problema de la natalitat a Catalunya: un

gravissim perill per a la nostra patria” donde se señala la frecuencia de estos métodos de planificación en Cataluña hacia 1915⁴.

España tampoco estuvo ajena al debate sobre temas eugenésicos que se vivía en Europa desde finales del siglo XIX. La Real Academia de Medicina de Madrid organiza mítines sobre procreación, sexualidad, eugenesia, métodos anticonceptivos así como del certificado prenupcial. En 1928 se organiza en Madrid *el Primer Curso Eugénico Español*, el cual suscita una gran polémica y es suspendido dos meses después de su inicio. En 1932 se conforma la sección española de la *Liga Mundial Para La Reforma Sexual Sobre Bases Científicas* y en 1933 se celebran las *Primeras Jornadas Eugénicas Españolas*, en las que muchos de los participantes eran miembros fundadores de la Liga. El dinamismo de esta época se ve interrumpido, primero por la Guerra Civil y luego por la Segunda Guerra Mundial y al volver sobre estos temas se olvidan las propuestas novedosas que para ese momento existían y que siguen siendo de actualidad⁵.

Pero no todas las voces se levantaban en el mismo sentido. El libro de la inglesa Mary Stopes sobre control de la natalidad, publicado en España en 1925 fue objeto de duros comentarios, como el de Jaime Pujiula en su trabajo "¿Es lícito el aborto?" citado por Díez Nicolas y De Miguel: "la lectura del libro está prohibida por ley natural, como todo escrito, donde se enseña una cosa inmoral. Además está también condenada por el canon 1.399, N° 9"⁶.

En los años treinta la Iglesia Católica influía bastante en el comportamiento de la población, por lo que la Encíclica *Casti Connubii* (1.930) constituía un obstáculo a los avances en el control de la natalidad. En ella se promulgaba que el objetivo principal del sexo no es el placer, ni siquiera se favorecía el amor conyugal, sino la procreación y que las relaciones sexuales "se disculpan" por la búsqueda de la concepción⁷. El franquismo refuerza estas posiciones contrarias al control de la natalidad, y sus lineamientos, prácticamente invariables durante las cuatro décadas del régimen, pueden resumirse en lo escrito por el médico Juan Bosh Marín en un folleto publicado en 1940 por la Dirección General de Sanidad: "Han de acordarse medidas severas y eficaces contra el aborto criminal, contra las normas y medios anticoncepcionales, contra todo cuanto se oponga en una u otra forma a la vida, prestigio y honor de la familia cristiana tradicional española"⁸. A pesar de estas normativas, tanto eclesiásticas como gubernamentales, la población controlaba los nacimientos, como ya se ha mencionado. Por ejemplo, la generación nacida entre 1921 y 1925, que vivió todo su período reproductivo dentro de

este régimen, tuvo una descendencia final de 2.48 hijos por mujer y las generaciones adyacentes, 1916-1920 y 1926-1930 se situaron en 2.61 y 2.52 respectivamente⁹.

Uno de los estudios más antiguos sobre las actitudes y las prácticas de la población española hacia la natalidad y la anticoncepción data de 1957¹⁰ y se basa en una encuesta a médicos y curas párrocos a propósito del cual Ros Jimeno comentaba que “de los resultados obtenidos interesa aquí poner de relieve el más importante, a saber, el 80% de las contestaciones recogidas en 1946 y 1957 confirma la existencia de una limitación voluntaria de los nacimientos en las distintas provincias de España”¹¹.

Cuando se comercializó la píldora en otros países, muchas españolas trataban de conseguirla a través de amigas extranjeras o españolas que podían viajar a Francia o a Inglaterra; lo mismo sucedía con el dispositivo intrauterino y el diafragma. La información sobre métodos más eficaces se fue generalizando a través de los grupos de mujeres y se fue creando una red de solidaridad en este sentido.

La primera píldora que se conoció en España fue el Anovial 21, en el año 1964, pero no se recomendaba como anticonceptivo, se presentaba como “ovulístico: reposo del ovario por indicación médica” y se recetaba para regular el ciclo menstrual o combatir el acné¹², pero en muchos casos se usaba para evitar un embarazo no deseado.

En 1965 ocurrieron dos hechos que mostraron suavizamiento de la postura oficial frente a la anticoncepción: una orden del Ministerio de la Gobernación (no una ley) que permitía la distribución de anovulatorios con prescripción médica y otra orden de Presidencia del Gobierno que excluía de la categoría de delito el acto médico de recetar anovulatorios con fines terapéuticos. La consulta privada se liberó rápidamente de los prejuicios y favoreció el uso de la anticoncepción hormonal a las mujeres que tenían acceso a ella, que eran precisamente las más educadas, las más liberales y progresistas, de clase media o media-alta y de edad entre 20 y 30 años¹³.

LOS AÑOS 70

Así se inician los años 70, con una presión de los distintos estamentos de la sociedad al régimen vigente, con un cierto conocimiento de los métodos modernos, reducido y desigual acceso a ellos por no ser legales y menos aún formar parte de la atención del estado. Luego viene la muerte de Franco y con ella la apropiación de libertades largo tiempo añoradas.

En junio de 1970 llegó el Eugynon, recomendado también para el reposo del ovario y la dismenorrea. Según la citada crónica del diario El Mundo, en las postrimerías del régimen de Franco, cerca de 800.000 españolas tomaban la píldora¹⁴.

En 1972 fue realizada la primera encuesta dedicada exclusivamente al tema de la fecundidad en España. Formó parte del estudio titulado "Natalidad y planificación familiar"^{iv}, sobre conocimientos y opiniones acerca de los métodos de control natal en una muestra representativa de las mujeres casadas de 15 a 49 años. En la prueba piloto se encontró que no era aconsejable preguntar directamente por el uso de algún método, "pues el recelo que tal pregunta despertaba podía invalidar el resto de respuestas del cuestionario"¹⁵. Aún suprimiendo los temas espinosos, una de cada cinco mujeres prefirió no contestar si conocía o no los métodos anticonceptivos. Pero es de suponer que algunas de ellas sí los conocían, por lo cual, se puede interpretar que más del 80 por ciento de las españolas en edad fértil habían oído hablar de los métodos anticonceptivos y se puede considerar un buen nivel de conocimiento para un tema que ha sido tabú. Un hallazgo interesante es que el método más conocido fue la píldora (72 de cada cien mujeres), en segundo lugar el método de Ogino (58 por ciento), en tercer lugar el preservativo (42%) y luego el *coitus interruptus* (35%). La polémica suscitada por la píldora en los medios masivos de comunicación facilitó que la información acerca de su existencia, ventajas o desventajas se difundiera ampliamente; por su parte, el método de Ogino se vio favorecido al ser aceptado por la Iglesia Católica, mientras que los métodos tradicionales quedaban valorados como anticuados, menos eficaces y sin puntos a favor por ningún sector lo cual pudo repercutir en que no se mencionaran.

^{iv} Estudio realizado por Juan Díez Nicolás, con apoyo de la Fundación Ford, dentro del programa *Population Research and Legal Policy*. Las entrevistas se realizaron en una muestra de 1.902 mujeres de 15 a 45 años, casadas. No recogió información sobre uso de métodos anticonceptivos.

Las cosas tampoco estaban tan claras para el gobierno, porque, como lo anota el Dr. Santiago Dexeus¹⁶, España participó en la Conferencia Mundial de Población de Bucarest (1974) y suscribió su Declaración sin hacer salvedad al párrafo relativo a los derechos reproductivos donde dice que: “Todas las parejas y los individuos tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para ello”.

En 1974, a pesar de la vigencia de la ley que penalizaba el uso de la anticoncepción, algunas universidades incorporan el tema de la PF. Es el caso de la U. Autónoma de Barcelona, en su Departamento de Ciencias Fisiológicas, donde se dicta un curso sobre “Fundamentos de la Planificación Familiar” y la Universidad de Barcelona abrió un espacio para este tema. En ese mismo año surge la iniciativa de conformar la Asociación de Planificación Familiar que pudiera afiliarse a la Asociación Internacional de Planificación Familiar (IPPF)¹⁷.

En 1976, un grupo de médicos de Barcelona solicita, en un escrito al Presidente del Colegio de Médicos la “inclusión de la PF en los Programas de Actuación Sanitaria” y en 1977, el Hospital General de Valencia, dicta el Primer Curso de Planificación Familiar, que tuvo la novedad de estar dirigido a distintos profesionales interesados en el tema y no solo a médicos¹⁸. Linhard destaca en su ponencia que este esfuerzo de la academia corrió paralelo con el de las organizaciones feministas, las asociaciones cívicas y los Ayuntamientos Democráticos que prestaban servicios al margen de las autoridades sanitarias.

A pesar de todas estas limitantes, durante 1977 ocurren dos hechos importantes en el desarrollo de la PF española. En primer lugar, la Dirección General de Sanidad organiza un Seminario en Mahón, para orientar una política nacional de control de la natalidad recogiendo las banderas de la anticoncepción sostenidas por diferentes redes sociales y marca el camino hacia la despenalización que, como se dijo, se logra en 1978, aunque no de manera completa, lo cual ocurre en 1983 cuando se despenaliza la esterilización¹⁹. En segundo lugar, el Instituto Nacional de Estadística con apoyo de las Naciones Unidas y del Instituto Internacional de Estadística realizó la Encuesta de Fecundidad a 5.814 mujeres de 15 a 49 años, casadas alguna vez. En 1978 se creó la Federación de Planificación Familiar de España²⁰.

Según la citada Encuesta de Fecundidad de 1977 nueve de cada diez mujeres no solteras conocía por lo menos un método anticonceptivo eficaz. Las diferencias por edad de la mujer, revelan mayor nivel de conocimiento en las jóvenes (98% en las de 15 a 24 años) que en las de mayor edad (84% en las de 40 a 49) lo cual es un hallazgo frecuente y se considera debido a las diferencias socioeconómicas entre las diferentes cohortes. El hecho de haber realizado la encuesta en un período en que la anticoncepción no era legal pudo influir en la declaración dada por las mujeres, especialmente en las mayores que han vivido durante muchos años esta prohibición y tal vez prefieran ocultar que conocen acerca de los métodos. Esto es más notorio si se observa que las mujeres de mayor edad revelan menor conocimiento, que las jóvenes, en métodos como el *coitus interruptus*, el método del ritmo o abstinencia periódica, la lactancia prolongada o los lavados vaginales, a los que seguramente recurrieron en algún momento si se tiene en cuenta que al final de su vida reproductiva tuvieron en promedio 2.66 hijos^v.

Al analizar los niveles de fecundidad no hay que desconocer que existen otros factores que la afectan, además de la anticoncepción. Según Díaz y De Miguel, al referirse a las variables intermedias propuestas por Davis y Blake, la sociedad española ha tenido comportamientos que favorecen la baja fecundidad como “1) retraso en la edad al casarse, 2) frecuente disolución de uniones en edad de procrear a causa de fallecimiento de algún cónyuge y escasa proporción de segundas nupcias, 3) mayor grado de continencia voluntaria dentro de los matrimonios, a causa de la influencia de valores ético religiosos, 5) mayor proporción de esterilidad involuntaria, temporal o permanente, a causa de menor asistencia sanitaria durante los embarazos y los partos 6) mayor proporción de abortos voluntarios e involuntarios”²¹.

DESDE LOS AÑOS 80 HASTA HOY

A pesar de haber sido despenalizado el uso de anticonceptivos, aún en 1981 la Seguridad Social no incluye el control de natalidad en sus servicios sanitarios con las consecuencias de desigualdad social de acceso a los métodos²². En 1.983 se despenaliza la esterilización en un proceso distinto al del resto de métodos anticonceptivos por cuanto estaba en otro articulado del Código Penal; se reglamentaba en el artículo 418 donde se preveían las penas correspondientes a quienes causan

^v Las generaciones de 1931-35 y 1936-40 que corresponden a las mujeres de 40-49 años en el momento de la encuesta tuvieron 2.66 y 2.65 hijos por mujer respectivamente (Cabré A. 1999, Tabla 2.7).

castración o esterilización a otros —pena de reclusión de doce años y un día a veinte años—²³. Hasta esta fecha los médicos podían ser acusados de homicidio indirecto; sin embargo se practicaban esterilizaciones y se publicaban en la prensa científica artículos sobre las técnicas y los resultados. El Colegio de Médicos de Barcelona, ya para ese momento, dentro de sus normas deontológicas (artículo 39²⁴) había aceptado la esterilización voluntaria cuando "... la pareja estable, de común acuerdo lo solicite, o si este no es el caso, cuando lo pidan el hombre o la mujer de manera responsable...". Esto puede considerarse una actitud progresista si se tiene en cuenta que la esterilización hasta entonces no había sido planteada como una libertad individual sino con fines eugenésicos, los cuales también se contemplan en el citado artículo. Frente a este tema tampoco habría consenso y aún dos años después de la despenalización, un documento de la Organización Médica Colegial manifestaba: "aunque la práctica de la esterilización voluntaria, esto es la que se hace sin indicación médica, y por la sola decisión del sujeto que la solicita, ha sido despenalizada, no por ello deja de ser una grave mutilación que despreja la calidad biológica y personal de quien la sufre. En consecuencia, la esterilización voluntaria ha de tenerse como acto condenable desde el punto de vista ético y su realización debe ser desaconsejada por todos los médicos"²⁵.

En 1.986 se promulga la *Ley General de Sanidad (LGS)* cuyo objetivo era la universalización de la asistencia sanitaria, la garantía de igualdad de acceso de toda la población a las prestaciones sanitarias y la coordinación de los recursos sanitarios públicos para hacer efectivas estas prestaciones. En 1.995 mediante el *Real Decreto sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (SNS)* que define y regula, entre otras, las prestaciones relacionadas con salud materno infantil y PF con cargo a la Seguridad Social. Este Decreto asigna a atención primaria "la indicación y seguimiento de los distintos métodos anticonceptivos" y dentro de la atención especializada "planificación familiar, consejo genético en grupos de riesgo, vasectomías y ligaduras de trompas, y la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos a que se refiere la Ley Orgánica 9/1.985"²⁶. Además de esta normativa existen decretos en el ámbito autonómico que regulan más específicamente la prestación de servicios, pero con contenidos diferentes en las distintas comunidades.

En consecuencia se pueden caracterizar dos etapas. La década de los 80 cuando la prestación de servicios de PF se hizo mediante la creación de centros de PF dependientes en su mayoría de la sanidad municipal, cuyo objetivo era dar una atención integral y completa a los usuarios:

anticoncepción, consejo preconcepcional, asesoramiento en sexualidad, detección precoz de cánceres ginecológicos, educación sanitaria individual y grupal, y prevención de ETS. Y la década de los 90 con la incorporación de estos servicios a las áreas de atención primaria y atención especializada del sistema de Seguridad Social con la progresiva desaparición de dichos centros²⁷.

Un problema que se ha derivado de la existencia de las diferentes normativas y responsables en la prestación de los servicios es la falta de información comparable que permita realizar la evaluación y seguimiento de estos servicios. En diez^{vi} comunidades autónomas además de Ceuta y Melilla, los servicios están gestionados por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y cubre aproximadamente a cuatro millones de mujeres en edad fértil. En las demás están gestionados por los servicios autónomos de salud^{vii} que cubren a cerca de seis millones de mujeres.

La información de los servicios que dependen del INSALUD se recoge de tres niveles: Atención Primaria, que como lo dice el decreto actúa en información y seguimiento de métodos anticonceptivos; las Unidades de Atención a la Mujer (UAM) que comparten responsabilidades entre Atención Primaria y Atención Especializada y en algunas cuentan con ginecólogo; y el tercer nivel que corresponde a la Atención Especializada que incluye atención de ginecología a nivel ambulatorio como hospitalario. Este fraccionamiento del servicio separa las acciones de anticoncepción, consejo preconcepcional, detección precoz de enfermedades de transmisión sexual y de cánceres ginecológicos omitiendo cualquier actividad vinculada a la sexualidad²⁸. La Información para las comunidades autónomas no está estandarizada –como no están estandarizados los servicios y las responsabilidades– y por esa razón no se dispone de datos globales y menos aún comparables con los del resto de regiones.

Según la Federación de Planificación Familiar de España (FPFE) la situación a finales de los noventa (1.999) de los servicios y programas de planificación familiar, "se puede definir como de escasez de información, descoordinación de servicios, desigualdad de acceso, disminución de recursos de PF y pérdida del modelo de servicios de PF generados en la década de los 80 de acuerdo a las recomendaciones de organismos internacionales como la OMS y la IPPF"²⁹.

^{vi} Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla León, Extremadura, Madrid, Murcia, La Rioja, Ceuta y Melilla.

Esta situación también va en contra de las recomendaciones de la CIPD en lo relativo al concepto integral de salud sexual y reproductiva. Como lo menciona la FPFE: "La atención se ha disgregado de tal manera que las mujeres tienen que acudir a un centro para la indicación o seguimiento de algunos anticonceptivos, a otros si necesita ponerse un DIU, a otro para realizarse una citología o colposcopia, a otro si necesita un estudio de ETS, y a otro, casi siempre privado, si necesita ser atendida por algún trastorno de su sexualidad"³⁰ todo esto sin mencionar los servicios que requieren las y los adolescentes, las mujeres de otros grupos de edad –premenopáusicas, menopáusicas o postmenopáusicas– y los hombres.

Es posible que los bajos índices de fecundidad que está registrando España lleve a muchos a pensar que la PF es un asunto resuelto o que justamente se requiere favorecer un aumento de la natalidad. Sin embargo el problema está en que las personas tienen el derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo y con esta estructura de servicios lo que se logra es inequidad en la garantía de los derechos y fortalecimiento de los sistemas privados de salud.

Esta experiencia de España, en el sentido de que hay diferencias entre las comunidades autónomas en la organización y prestación de los servicios puede ser muy ilustrativa de la eficiencia de los servicios de PF según formen parte de la Atención Primaria o constituyan Centros de PF o de manera más integral, Centros de Salud Sexual y Reproductiva (SSR). Visto de otra manera, la diferencia entre constituir un programa o tener un conjunto de servicios. Como se verá en el próximo capítulo, una de las críticas a la CIPD era si el enfoque integral de SSR, iba a restar eficiencia a los programas de PF y si era recomendable insertarlos en los programas de atención primaria. El hecho de que en España no esté estandarizado el sistema de salud permitiría precisamente evaluar las diferentes modalidades.

Se puede concluir que la anticoncepción ha sido una práctica frecuente en diferentes poblaciones a través de los tiempos lograda con mayor o menor eficacia y que España no ha sido ajena a esa experiencia. Así mismo que en ciertas épocas ha constituido un tema tabú aunque se practicara, como lo demuestra la baja fecundidad de algunas poblaciones. La segunda mitad del siglo XX registró un auge en el desarrollo y difusión de métodos eficaces, la mayoría de los cuales tienen sus orígenes en los métodos tradicionales. Los investigadores siguen trabajando para mejorar lo existentes o encontrar otros nuevos.

^{vii} Andalucía, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Navarra y País Vasco

I.2 LA POLÉMICA SOBRE EL ABORTO

Cuándo comienza y cuándo termina la vida son momentos discutibles y hasta cierto punto indemostrables, y cualquier intervención voluntaria sobre los mismos es muy polémica. Como lo plantean Hunter y Davis (1.996) en su artículo “*Cultural Politics at edge of Life*”, los conceptos sobre aborto, reproducción asistida o terminación de una vida pueden albergar muchos significados de lo que en el fondo es “ser” humano. Para culturas progresistas, la cesación de funciones orgánicas —“estado vegetativo”— indica que técnicamente la vida de la persona, en el significado racional de la palabra, ya ha terminado. Para los conservadores, la vida de tales personas tiene una dignidad inherente al ser humano, y finalizarla por inanición o negando otros tipos de ayuda es por lo menos cruel. Así también con los enfermos terminales, quienes eligen el fin de sus vidas con ayuda de un médico: para los progresistas, la elección es inviolable porque es una expresión de ser humano; para los conservadores, la elección es inherentemente inmoral porque envuelve al individuo y al médico “jugando a ser Dios”. Hay asuntos de tecnología reproductiva (tales como la fertilización *in vitro*, inseminación artificial y alquiler de úteros) tamizaje prenatal, recolección de tejido fetal, que también polarizan políticamente el carácter de los debates. Así mismo se derivan diferentes ideas acerca de qué otras obligaciones sociales y morales podemos tener. Progresistas insisten en que nuestra obligación primaria es con las mujeres cuyos derechos y necesidades han sido por largo tiempo negadas o suprimidas y que nuestra obligación con las personas vivas es mayor que con una persona potencial. Del otro lado, desde los movimientos antiaborto, se tiene el supuesto de que el feto es un humano, y que en materia de vida y muerte, nuestra obligación debe extenderse primero a aquellos más indefensos³¹.

En este contexto el aborto está en el corazón de la discusión porque justamente gravita sobre cuándo comienza la vida humana; así lo ha estado a través de la historia y lo seguirá estando entre lo que parecen ser posiciones irreconciliables y surgirán más argumentos y contra-argumentos por mucho tiempo. La segunda mitad del siglo XX fue particularmente agitada en este tema en la medida que muchos países se plantearon la necesidad de modificar sus legislaciones buscando un equilibrio entre las partes en conflicto y buscando también atender innegables problemas sociales derivados de la práctica del aborto. El siglo se cerró con broche de oro en el ámbito mundial en las Conferencias Internacionales de El Cairo y Beijing de las cuales se hablará posteriormente.

El aborto como polarizador de opiniones crea dos tendencias: los que se oponen —antiabortistas— que en general están radicalmente en contra; son los movimientos “*pro-vida*” que se basan en que la vida comienza en el mismo momento de la concepción y es obligación de los estados garantizarla. Por otra parte está un grupo más heterogéneo de quienes creen que hay que buscar el equilibrio con los derechos de la mujer, y que en este caso como en tantos otros las leyes pueden hacer excepciones y aceptar realidades sociales para garantizar otros derechos también establecidos; son los grupos llamados “abortistas” o “pro-abortistas” pero dentro de los cuales hay una gran cantidad de matices de pensamiento y en general reconocen y defienden el derecho de la mujer a elegir, de ahí el nombre “*pro-elección*”. Y es que en este debate el lenguaje juega un papel muy importante. De hecho los movimientos “*pro-vida*” y “*pro-elección*” han buscado apelativos que resumen la faceta positiva de su pensamiento para atraer adeptos. En el discurso, la palabra “*derechos*” es fundamental: el derecho de la mujer a elegir, el derecho del feto a la vida o el derecho del bebé no nacido a la vida, el derecho de la mujer a recibir atención de salud adecuada y oportuna o el derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo. Encontrar el equilibrio entre estos derechos es la piedra angular del asunto.

Los defensores del aborto han tenido que emplearse a fondo para encontrar argumentos que permitan en la práctica reconocer el derecho de la mujer a decidir sobre su maternidad, particularmente en sociedades donde los derechos humanos no rigen de la misma manera para los dos sexos sino con serios lastres históricos en contra de las mujeres y justamente en el tema de la maternidad, tan sublimado como para que se vea como única función posible de la mujer, pero tan poco valorado como para que se crea que dedicarse a estas funciones es sinónimo de falta de capacidad para desempeñar otras en la sociedad. Para los que están en contra del aborto, su convicción no les hace reaccionar tan visceralmente frente a tecnologías como las de reproducción asistida, que crean situaciones, en principio, idénticas, que recurren a la “reducción selectiva de la preñez” para eliminar embriones que pueden poner en peligro el éxito del procedimiento, es decir el desarrollo del embrión elegido^{viii}.

^{viii} “La fertilización *in vitro* (FIV) ha sido enmarcada por sus proponentes como un procedimiento terapéutico al considerar las parejas estériles o las parejas de homosexuales. Un óvulo, sea de la paciente o de donante, y esperma, sea de esposo o de donante se reúnen en un disco para cultivar microorganismos y el embrión resultante, implantado en la paciente. La comunidad médica ha visto que la FIV cae dentro de la motivación médica tradicional: cambiar una limitación, la infertilidad en vida normal saludable. Pero, ¿cuál es el estatus del embrión? En un encuentro de investigadores dirigido por National Institutes of Health Human Embryo Research Panel en febrero de 1994, se argumentó que el embrión es “sujeto de derechos”, solamente los tratamientos en favor de este paciente, son justos. Con FIV, múltiples embriones son implantados para incrementar la probabilidad de que al menos uno sea exitoso. Si más de uno empieza a desarrollarse, es usada una técnica llamada “reducción selectiva de preñez”, un eufemismo para un proceso de aborto que puede involucrar inyecciones de potasio clorado dentro del feto en desarrollo que detienen el ritmo cardíaco. Más aún, embriones extras que no son implantados pueden ser congelados para posteriores tentativas. Un tamizaje genético de preimplantación de embriones

Para tener éxito en la decisión de cuántos hijos tener y cuándo una mujer debe estar pendiente de sus decisiones en cuanto a tener relaciones sexuales y si son protegidas frente al embarazo o no, a lo largo de 420 meses de su vida (suponiendo 35 años de vida fértil) o la mitad de ella si su esperanza de vida es de 70 años. Una investigación conducida por Susheela Singh³² calcula que si una mujer que se casa o inicia su vida sexual a los 20 años, está sexualmente activa hasta los 45 años y desea dos hijos deberá usar anticoncepción efectiva durante 246 meses —es decir, descontando el tiempo que espera quedar embarazada, los meses de embarazo y el período de amenorrea postparto—. Resalta el gran esfuerzo que exige la práctica de la anticoncepción continua y efectivamente por más de dos décadas y que aunque parezca contradictorio, en países de muy alta prevalencia anticonceptiva (90 por ciento como es el caso de Estados Unidos) al menos una de cada dos mujeres habrá tenido por lo menos un aborto cuando llegue a los 45 años de edad. La mayor cantidad de abortos proviene precisamente de las mujeres que en algún momento de esas dos décadas no usaron o dejaron de usar un método anticonceptivo o el método falló, ya sea por uso incorrecto o porque los métodos no son perfectos ni convienen a todas las mujeres. La autora compara la práctica de la prevención de la preñez con cualquiera otra práctica de prevención de la salud, como mantener una dieta, hacer ejercicio o dejar de fumar, y resalta que, en este contexto, lo que sorprende es cómo tantas mujeres manejan el uso del control prenatal tan bien y por tanto tiempo, especialmente en el caso de métodos temporales como el preservativo o la píldora.

Los historiadores, sociólogos y penalistas que han analizado el tema del aborto consideran que se está en el camino hacia la despenalización en todos los países aunque puede ser muy largo. Mientras tanto los desarrollos tecnológicos permitirán cada vez más que dependa de la sola decisión de la mujer y no de la prestación de un servicio y por otra parte, que los riesgos para la salud sean mínimos. Los avances en la aprobación de la píldora abortiva y el acceso a abortos cada vez más tempranos hará volver al concepto de “regularización menstrual”.

Es abundante la bibliografía sobre el devenir conceptual, ético y legal del aborto, entre otras razones porque durante el siglo XX se vivió el proceso liberalizador en la mayor parte de los países que lo consideraban como un acto punible, proceso que como se ha dicho, ha sido de grandes debates.

significa aumentar las pérdidas. Los oponentes argumentan que esta técnica "asesina seres humanos indefensos". Los proponentes, naturalmente reconocen el problema de tratar los embriones como pacientes. El embrión como paciente corre el peligro de ser personalizado y más aún de confundir la cuestión del principio de la vida y de elevar el embrión al estatus de una entidad con derechos. Con esto en mente claramente, una abogada, profesora de leyes de la Universidad de Wisconsin,

Pero en general, la documentación no hace alusión a la frecuencia con que se practicaba, ni al impacto demográfico que pudiera tener, aún en sus épocas más permisivas, ni a los motivos por los que se optaba por un aborto. Frente a esta inquietud Etienne Van de Walle, de la Universidad de Pensilvania³³ (1999) se propuso explorar hasta qué punto el aborto tuvo impacto demográfico antes de 1.800 y su premisa es que este impacto fue mínimo. Sin embargo su método no es demográfico, es más, sus datos no son los abortos, sino las referencias encontradas sobre el mismo en documentos u obras literarias, médicas, religiosas o legales de la cultura occidental^{ix}. Reconoce que las fuentes elegidas no permiten concluir sobre la frecuencia de los abortos ni sobre efectividad de los procedimientos, y en consecuencia, tampoco sobre el impacto en los nacimientos vivos. Finalmente acepta que con sus resultados no puede oponerse al consenso que hay entre varios autores, en cuanto a que el aborto contribuyó a reducir el tamaño de las familias ricas en el Imperio Romano o en otros momentos de la antigüedad. En realidad debe admitirse que aún ahora es muy difícil medir el impacto demográfico del aborto, puesto que inclusive en países donde su práctica es permitida, sus estadísticas son deficientes; en aquellos donde es prohibido o muy restringido es virtualmente imposible cuantificarlos y las aproximaciones parten de sus secuelas más extremas como es la morbilidad hospitalaria y la mortalidad materna. El trabajo de Van de Walle es valioso, tanto por el intento de medir la importancia demográfica del aborto con fuentes alternativas, como porque nos permitirá ver la permanencia en el tiempo de las circunstancias que rodean al aborto.

I.3 FUNDAMENTOS DEL PROCESO DESPENALIZADOR DEL ABORTO

"No ha sido una victoria. El aborto es siempre una derrota. La única victoria es evitarlo"

Declaración de Simone Veil, Ministra de Sanidad de Francia, enero de 1975 ante la aprobación de la Ley

ha sugerido que la controversia innecesaria puede evitarse refiriéndose al embrión como "producto de la concepción". HUNTER J., DAVIS J. (1.996) pag. 115

^{ix} Luego de una dispendiosa revisión obtuvo 120 referencias de abortos voluntarios o provocados accidentalmente por otra persona, provenientes de textos de diverso origen, que constituyen la muestra de su estudio. Por ejemplo en lo cultural, 38 referencias eran de autores paganos de Grecia o helenísticos, 45 autores paganos latinos, 7 de origen judío y 30 cristianos. En cuanto al tipo de fuente, 39 eran textos religiosos, 12 legales y 34 filosóficos o trabajos de carácter médico, científico o literario. En cuanto a estatus marital, 31 corresponden a parejas, 7 a jóvenes solteras, una referencia a combinación de estos dos, 6 a casos de adulterio, 4 viudas, 6 prostitutas, 3 esclavas y una concubina real. En 81 textos no se hace alusión a la duración de la gestación y en 8 se describe como aborto temprano; en 51 casos no se menciona el método.

El proceso despenalizador en el siglo XX no ha sido fácil y en la mayoría de los países democráticos se han librado fuertes y enconados debates, no siempre exitosos para quienes proponen su liberalización, en ocasiones se logran victorias parciales y con frecuencia, se llega a un resultado u otro, por muy poca diferencia de votos.

La normatividad en el mundo actual va desde la ilegalidad y punibilidad total hasta estar disponible a petición de la mujer sin tener que precisar razones, pasando por diferentes combinaciones de los supuestos aceptados y las edades gestacionales en las cuales se permite, así como de los requisitos que deben llenar las personas y las instituciones prestadoras de los servicios.

EL ABORTO-DELITO

En este apartado se expondrán los principales argumentos que justifican el concepto del aborto-delito —los cuales por su origen reflejan el pensamiento de la Iglesia Católica— y también los principales argumentos del concepto de aborto como derecho de la mujer a la libre maternidad.

Como resume Ibáñez y García-Velasco, la tesis del aborto-delito tiene dos pilares:

- Primero. “Desde el mismo momento de la fecundación, el ser humano en formación o «nasciturus», es absolutamente equiparable o igual al ser humano nacido.
- Segundo. Desde el mismo momento de la fecundación, el feto, embrión o «nasciturus» tiene y mantiene una total autonomía de destino respecto de la mujer que lo ha concebido, quien a su vez, carece de todo derecho sobre aquél.”³⁴

El argumento de equiparación *nasciturus*-ser humano nacido, basada en el concepto de la animación inmediata, defiende que a partir de la fecundación el feto es sujeto de los mismos derechos que el ser humano ya nacido, incluido obviamente el derecho a la vida. En concordancia con este criterio surge la tesis del aborto como homicidio, y según algunos penalistas, como asesinato, si se considera que es con premeditación y alevosía.

El segundo argumento, o de autonomía, se basa en considerar a la mujer embarazada instrumento para el desarrollo de esa vida, pero sin derechos sobre el *nasciturus*, aún en condiciones de colisión

de intereses. La crítica que hace Ibáñez y García-Velasco sobre estos conceptos es que parten de la hipervaloración del *nasciturus* e infravaloración de la mujer embarazada y que es necesario llevar los derechos al justo equilibrio³⁵.

La tesis de la animación inmediata o instantaneidad, ha sido controvertida con bases científicas, por biólogos y médicos con la tesis de la gradualidad, que postula que la "vida humana es un proceso de progresiva y paulatina corporeización y humanización"³⁶. En el lenguaje corriente la palabra "feto" se usa para determinar el producto de la concepción hasta el nacimiento, pero desde el punto de vista biológico se reconocen tres fases: cigoto, que va desde la fecundación hasta la implantación del blastocisto en el útero —anidación—, la cual ocurre al cabo de una semana o semana y media; embrión, desde la anidación y primeras mitosis hasta el tercer mes de embarazo; a la tercera semana se inicia la diferenciación entre tejidos y órganos —organogénesis—; feto, desde el tercer mes de embarazo hasta el parto. En esta última etapa suele diferenciarse el momento en que se considera que el feto es viable, es decir que puede vivir fuera del seno materno, entre las 22 y 28 semanas de gestación (sexto a séptimo mes). A medida que avanza el desarrollo tecnológico, es más factible que sobrevivan fetos de 22 semanas o de mil gramos de peso. En el tercer mes de embarazo comienza la adquisición de la morfología humana, los movimientos de las extremidades y la actividad cerebral³⁷.

Muchos de los autores consultados por Ibáñez y García-Velasco coinciden en que si bien, cigoto, embrión y feto, son organismos vivos no deben confundirse con la vida humana misma y los tres estadios tendrían, progresivamente más valor en proporción a mayor tiempo de gestación. Hacen énfasis en la etapa de la anidación, en la cual hay la posibilidad de formar mellizos —elemento clave en la argumentación del sacerdote Javier Gafo, citada anteriormente— y también un elevado número (entre 50% y 60% según diferentes autores) de pérdidas de cigotos³⁸. Es justamente la tesis de gradualidad la que acoge el Tribunal Constitucional Español y que plasma en el Fundamento Jurídico 5 de la Sentencia sobre la Ley Orgánica de Despenalización³⁹.

El segundo elemento de la tesis del aborto-delito parte de la autonomía del *nasciturus* y de la carencia de derechos de la mujer. Considera inseparables amor-sexualidad-procreación lo cual tiene varios efectos: ① que la maternidad, o la paternidad, es el único resultado posible del acto sexual, ② que el uso de métodos anticonceptivos resulta contrario, —o como mínimo, superfluo— a esta concepción

de la sexualidad, ③ que la maternidad no tendría otra forma de control que la abstención total de relaciones sexuales, lo cual resulta por lo menos ingenuo y ④ que la maternidad, al no poder controlarse, se convierte en la función y misión de la mujer, independientemente de sus intereses e individualidades, pero que además conlleva una serie de riesgos.

En el mundo moderno se reconoce que la sexualidad es un derecho separado de la función procreadora y que subordinar una función a la otra podrá estar aceptado en algunos credos pero no tiene que ser universal. Este derecho a la sexualidad lleva implícitos otros derechos como, el derecho a la maternidad que implica a su vez el derecho a no tener hijos, el derecho que tiene toda mujer a protegerse de la maternidad impuesta al azar, y por ende, el derecho al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos; lleva implícito también que la maternidad no puede entenderse como castigo al disfrute del placer sexual o imponerse mediante amenaza de sanción penal ya sea al uso de anticonceptivos o al aborto.

Ibáñez y García-Velasco, después de un pormenorizado análisis sobre los derechos del *nasciturus* y los derechos de la mujer, resume su exposición así: “la trascendental conclusión es consagrar el derecho a la libre maternidad como derecho fundamental de la mujer que conlleva las siguientes consecuencias: ① prevalencia del derecho a la libre maternidad como derecho fundamental de la mujer sobre la vida humana en formación ② otorgamiento de pleno valor a la decisión íntima de la mujer de mantener o no su embarazo, sin que esta decisión haya de estar condicionada por motivación alguna ③ el tratamiento extrapenal, médico asistencial y sanitario del aborto voluntario adquiere razón de ser como exigencia de un derecho fundamental de la mujer, reconocido constitucionalmente ④ el derecho fundamental a la libre maternidad resulta de obligado respeto ante todas las decisiones de política demográfica”⁴⁰

EFFECTOS DE LA LEGISLACIÓN QUE ACEPTA LA TESIS DEL ABORTO-DELITO

Después de muchos años de estar prohibido el aborto y penalizado con cárcel, tanto para la mujer como para el médico o personal de salud que lo practica ¿cuál es el balance? es decir, ¿ha corregido la frecuencia de ocurrencia de una conducta que considera impropia? ¿cuál es la actitud de las personas en general hacia el bien jurídico que se quiere proteger? Expertos en el tema como Ibáñez y

García-Velasco y Susana Huerta, consideran que esta regulación del aborto, desde el punto de vista político criminal, es inadecuada por varias razones:

- No cumple la finalidad de prevención general porque la conminación penal no es sentida socialmente de manera que motive el respeto al bien jurídico —esperanza de vida del cigoto o del embrión—, no todo el mundo lo considera un crimen nefando y en consecuencia no se corresponde con la gravedad de la pena⁴¹.
- La gran frecuencia de casos que por una u otra razón no son objeto de condena hace que la legislación pierda carácter intimidante. El número de denuncias es irrisorio, puesto que no hay, como en otros delitos, agresor y agredido en el sentido estricto. Como lo expresa Landrove (1976) "cuando la mujer practica su propio aborto, ella es principio y fin de la acción, en sentido real, aunque el bien jurídicamente protegido sea obviamente la vida del futuro ser ... cuando lo practica un tercero, médico o comadrona, con anuencia de la embarazada ... todos cooperan a que el hecho no se divulgue ... "⁴²
- En la circunstancia de que la misma mujer embarazada realice las prácticas abortivas, no habrá riesgo de que alguien denuncie el hecho; aún en presencia de complicaciones evitará recurrir a los servicios de salud y difícilmente reconocerá sus acciones. Los casos llegados a las instituciones de salud muy pocas veces son denunciados "a pesar de ser un delito perseguible de oficio"⁴³ lo cual demuestra que para muchas personas no es delito merecedor de sanción. Si en España ocurrían 100.000 abortos anualmente en los años del proceso hacia la despenalización, habría 200.000 ciudadanos y ciudadanas implicados anualmente en el delito de aborto; considerando que son susceptibles de investigación judicial durante cinco años antes de que la causa prescriba, se acumula la cifra de un millón de españoles y españolas con cuentas pendientes con la justicia anualmente⁴⁴. Si en el mundo hay cerca de 40 millones de abortos anualmente ¿es lógico pensar que la sociedad, autora de sus propios códigos, lo considere delito?
- Otro aspecto importante desde el punto de vista penal es la dificultad para probarlo. Se debe empezar por demostrar que hubo un embarazo y luego que hubo una intervención que lo interrumpió. Los test de embarazo son confiables pasado un determinado tiempo, de manera que muchas prácticas abortivas pueden llevarse a cabo en mujeres no preñadas y a las que nunca se les podrá probar si estuvieron o no embarazadas. Por otra parte las modernas tecnologías permiten que la mujer haga la prueba fácilmente en su hogar, con lo cual no habrá

una institución involucrada en el diagnóstico. En caso de no presentarse complicaciones es prácticamente imposible demostrar los dos elementos, embarazo y aborto. En este caso también el aborto se diferencia de otros delitos, pues al no haber *corpus* tangible, se carece de la prueba principal. Todos estos elementos llevan a que sean probados y condenados menos de uno por ciento de los casos estimados.

- La prevención especial es otro de los objetivos que persigue la ley al castigar un hecho. En este caso se busca que la persona que ha cometido el delito se corrija —rehabilitación— y así se evitarán reincidencias. Aunque se ven casos de “abortadoras habituales” no es lo más frecuente, entonces, cuando la mujer se enfrenta a esta situación por primera vez su decisión no es fácil. Si es aborto clandestino tendrá los riesgos penales, los de salud que en la mayor parte de los casos comporta y la dificultad de recurrir a servicios en caso de complicaciones, además de las tensiones de índole religioso y ético-social (para los pertenecientes a credos o de sociedades donde es rechazado). Después de valorar su situación, la embarazada concluye que la continuación es más abrumadora que su interrupción y en caso volver a vivir la misma experiencia no será la pena potencial lo que le ayude a decidir, como no lo es tampoco en caso de desistir del aborto.

Dentro de las reglamentaciones que lo consideran delito, ocurre que el aborto es un caso diferente de otros delitos, porque confluyen todas estas circunstancias que hacen que la legislación sea inoperante. La despenalización ha sido la salida para la mayor parte de las sociedades que se han propuesto buscar una solución al problema.

SISTEMAS DE DESPENALIZACIÓN

Ante la voluntad de despenalizar el aborto, surge el *cómo* y el *cuándo* se autoriza realizar una interrupción del embarazo. Existen dos soluciones⁴⁵ a este punto: cuando se suponen ciertas circunstancias o es indicado bajo causas específicas — sistema de supuestos o indicaciones— o cuando es permitido dentro de un lapso, sin especificar las causas —sistema de plazo—.

El sistema de supuestos o indicaciones comprende:

- Indicación terapéutica: cuando el embarazo crea un riesgo para la vida o salud física o psíquica de la mujer

- Indicación eugenésica: cuando se determina que el feto nacerá con graves taras físicas o psíquicas
- Indicación ética: cuando el embarazo es impuesto a la madre al ser fruto de un delito de violación o estupro incestuoso.
- Indicación social: cuando el nacimiento de un hijo representa una dura carga para la madre, por desamparo, número de hijos o difícil estado socioeconómico.

El sistema de plazo autoriza el aborto a petición de la mujer embarazada, siempre y cuando se realice dentro de un término de tiempo fijado que puede variar entre 10 y 24 semanas de gestación, según las distintas legislaciones. El ejercicio del derecho a la libre maternidad, prevalente sobre el bien jurídico —ser humano en formación— podría comprenderse como la posibilidad de optar por un aborto en cualquier momento de la gestación. Sin embargo, la fijación de un plazo obedece en algunas legislaciones al momento en que el feto puede llegar a ser viable como lo contempla la “*Abortion Act*” británica^x. En torno a esta razón biológica se desarrollan los otros argumentos. Para ejercer la libre maternidad no es necesario un tiempo indefinido; tres meses son un período razonable para reflexionar y decidir, período que coincide además con el paso de la fase embrionaria a la fetal y, una vez amparada la libre maternidad entran en juego los derechos del bien jurídico. A partir de allí surgen otros factores como los riesgos que conlleva un aborto para la salud de la madre los cuales son prácticamente nulos en los primeros meses y que aumentan a partir del segundo trimestre de la gestación. Así lo resume Ibáñez y García-Velasco “Puede deducirse que la aceptación del sistema de plazo, con un período aproximado de tres meses, respeta y defiende la libre decisión de la mujer en el ejercicio de su derecho a la maternidad, a la vez que conjuga y armoniza este derecho fundamental con razones importantes para la salud de la propia mujer y con el valor progresivo y creciente del feto, como bien jurídico de protección constitucional”⁴⁶.

LAS MOTIVACIONES

Los motivos que llevan a una mujer a interrumpir un embarazo son de tan diversa índole que llegan a ser incomprensibles para muchos, especialmente si no han estado abocados a situaciones similares.

^x Según la ley de 1967 se consideró que el feto era viable a las 28 semanas de gestación; en 1990 se modificó el plazo a 24 semanas a la luz de los últimos desarrollos científicos. [IBÁÑEZ Y GARCÍA -VELASCO (1992) :211]

Esto ha sido un elemento neurálgico en el debate, porque particularmente las situaciones sociales —que como su nombre lo indica, han sido creadas por la sociedad— son las que menos se admiten.

Si bien los resultados de Van de Walle no son concluyentes sobre la frecuencia del aborto en la población general sí permite tener indicios del contexto en el que se realizaba y de la importancia que tenía. Por ejemplo, en los tiempos antiguos, cuando no había restricciones al aborto la mayor parte de los argumentos que lo justificaban eran de tipo social (Cuadro I.1), principalmente cuando el embarazo era producto de una relación adúltera, incestuosa o ilegítima —es el aborto *honoris causa*— o había problemas en la relación de pareja. También se contemplan otras formas de discriminación social de las que puede ser objeto el hijo por nacer, como la esclavitud o régimen opresivo. Los problemas de herencia parecían ser frecuentes por cuanto además de los que figuran como indicación social, hay algunos clasificados en la económica, cuando el argumento era que las familias ricas usaban el aborto para no dividir los bienes. Otros motivos económicos se refieren a familias grandes o que había un nacido vivo demasiado reciente. En las razones de estética se encuentran los casos de prostitutas, para quienes un embarazo resultaba un inconveniente en sus condiciones de trabajo.

Estos motivos no distan mucho de los encontrados en el siglo XX en países de muy diferente cultura y nivel de desarrollo. En un estudio antropológico^{xi} realizado en Santiago de Chile en 1.982, en mujeres de bajo nivel socioeconómico que estaban siendo atendidas en hospitales por complicaciones del aborto, se encontró que el principal factor (50% de los casos) fue el económico y que la mayoría de ellas tomó la decisión conjuntamente con la pareja. La segunda causa fueron problemas de índole personal, sentimental o afectiva (17%), corresponden a relaciones de pareja que se han deteriorado a raíz del embarazo. La tercera causa es el control social, las críticas por demasiado número de hijos o por ser madre soltera por segunda vez lo cual constituye una trasgresión muy grave⁴⁷.

^{xi} El tamaño inicial de la muestra era 56 casos de mujeres que ya habían sido madres, hospitalizadas por complicaciones del aborto; de estos dos fallecieron por las complicaciones antes de que se les realizara la entrevista, 6 no alcanzaron la condición de aborto provocado porque se logró rescatar el embarazo y fueron devueltas a sus casas antes de que se les realizara la entrevista, 8 fueron dadas de alta antes de lo previsto.

Cuadro I.1 Los motivos para abortar en la antigüedad

Motivo	Frecuencia
Indicaciones sociales	23
Evitar un nacimiento ilegítimo, de una relación adúltera o incestuosa	10
Hostilidad hacia el esposo o celos	5
Evitar tener un hijo que puede ser esclavo o víctima de un régimen opresivo	4
Problemas de sucesión, competencia entre herederos	2
Re-matrimonio de una mujer preñada	2
Indicaciones de estética	13
Para preservar la belleza	8
Prostitución	5
Indicaciones médicas	8
Indicaciones económicas	5
Otras indicaciones	6
Interés eugénico del estado	4
Ritos heréticos	2
Total casos en los que se identificó el motivo	55

Fuente: Van de WALLE, E. (1999) pag. 121

En el mismo año del estudio de Chile se presenta en España un trabajo sobre las motivaciones del aborto encontrándose el siguiente orden: dificultades económicas (24%), problemas familiares (18%), miedo a malformaciones congénitas (9%), número de hijos (8%), indicaciones médicas (8%), mujeres solteras o separadas (7%), malas relaciones conyugales (4%) y otras razones (22%)⁴⁸.

Si se contrastan estas motivaciones con los supuestos o indicaciones contemplados en las leyes, se encuentra que la mayor parte de los abortos obedecen, en la práctica, a la indicación social. Pero ¿quién decide que el nacimiento de un hijo representa una dura carga para la madre? ¿dónde está el límite para considerar a una mujer en situación de desamparo, o que es excesivo el número de hijos o que los problemas sociales que le acarrea ese nacimiento son intolerables? Las indicaciones sociales, al contrario de los problemas de salud del feto o del antecedente de violación o incesto, no se pueden constatar fácilmente y dependen del criterio de cada persona. En este sentido, no debe sorprender a nadie que, en los países en donde se ha despenalizado el aborto y de los que se disponen estadísticas, la mayor parte de los mismos hayan sido bajo la indicación social. Es el caso de la República Federal Alemana que legalizó el aborto en 1976 incluyendo esta indicación y donde 75% de los abortos corresponden a este supuesto⁴⁹. El derecho a la libre maternidad debe partir del reconocimiento del derecho de la mujer a optar, decidir y ser responsable de su propia vida. La maternidad no puede ser consecuencia de la ignorancia, la violencia, la equivocación, ni puede ser un castigo al acto sexual, ni resultado de un ultimátum penal.

Debe aceptarse que el sistema de indicaciones ha permitido a muchas mujeres ejercer el derecho a la maternidad, pero también, que en rigor, en su esencia no parte del reconocimiento al derecho a decidir

libremente. Este tipo de legislación considera que el aborto es un delito, pero no lo penaliza en ciertos casos. Hace algunas excepciones que tienen instancias de decisión, es decir queda en manos de médicos, autoridades judiciales u otras personas que se consideran más competentes que la mujer para decidir si ese embarazo y nacimiento le es verdaderamente inconveniente. El sistema de plazo reconoce durante diez, doce o catorce semanas la libertad y autonomía de la mujer sobre su maternidad.

I.4 LA NORMATIVIDAD DEL ABORTO EN DIFERENTES PAÍSES

En las últimas décadas del siglo XX la normatividad se orientó a la despenalización del aborto, sin embargo, algunos países restringieron sus leyes o, en la práctica, cedieron espacio a la presión de los grupos antiabortistas.

En los países donde el aborto es legal así sea parcialmente, hay mayor probabilidad de obtener un aborto en condiciones seguras para la salud de la mujer bien sea porque el personal esté mejor entrenado, se disponga de medios más modernos, se realice dentro de ciertas normas y que económicamente esté al alcance de la mujer, o eventualmente, sea gratuito. En general en estos países la morbilidad y la mortalidad materna son bajas. Por el contrario en los países donde está restringido por la ley los abortos son clandestinos, frecuentemente realizados por personas inexpertas, sin las condiciones de higiene y asepsia necesarias; se tiene poca información sobre quien puede realizar la intervención idóneamente; quienes lo realizan pertenecen al sector privado y por consiguiente no están al alcance de las mujeres pobres; la mortalidad y la morbilidad materna por aborto es alta con grandes costos para el sector salud y para las mujeres.

Sin embargo tener una ley favorable al aborto no garantiza el acceso democrático a los servicios ni leyes restrictivas son sinónimo de que los abortos se realicen en condiciones inseguras. Existe una cantidad de circunstancias que amplían o limitan el alcance de la ley, como los decretos reglamentarios de la misma, las normas de los servicios de salud, la cobertura de los sistemas de seguridad social, la actitud de los colegios médicos o el derecho del personal de salud a la objeción de conciencia.

Una amplia revisión a las leyes de 152 países, realizada por Anika Rahman, Laura Katzive y Stanley Henshaw (1998) permite ver el estado de la normatividad a finales del siglo XX⁵⁰. Cada país se clasificó según la restrictividad de las leyes en cinco categorías^{xii}: ① países en los que es totalmente ilegal o sólo está permitido para salvar la vida de la mujer ② en los que está permitido para preservar su salud física ③ donde está permitido para salvaguardar su salud mental ④ los que admiten fundamentos socioeconómicos ⑤ los que admiten el aborto a petición o sin restricciones en cuanto a razón. Las indicaciones relativas a violación o incesto (supuestos jurídicos) y malformaciones congénitas (supuesto de salud del feto) pueden estar presentes en cualquier categoría y se especifica según el caso.

En países donde hay un sistema federal de gobierno pueden observarse diferencias de un estado a otro en el manejo de la normatividad del aborto. Es el caso de Estados Unidos, Suiza y Canadá donde las leyes federales establecen las restricciones que pueden imponer las regulaciones locales. En México y Australia, en cambio, las leyes pueden variar a lo largo de la nación.

En el Cuadro I.2 se puede observar que las regiones del mundo con mayores restricciones (categorías ① y ②) son América Latina, sur de Asia y África y representan un tercio de la población mundial. Las pocas opciones están limitadas a la interpretación de cuándo peligró la vida de la mujer y el tiempo que toma demostrarlo actúa justamente en contra de la misma. Algunos países exigen que se demuestre que el daño para la salud física de la mujer sea grave y permanente. El supuesto de salud mental también está sujeto a diversas interpretaciones. Por ejemplo se admite el estrés de la mujer que ha sido violada, estrés por los problemas socioeconómicos que le origina el embarazo o por el diagnóstico médico sobre problemas de salud del feto. Veinte países se han acogido a este supuesto y representan cuatro por ciento de la población mundial. Sólo seis países admiten los fundamentos socioeconómicos, sin embargo, al estar India representan 20% de la población mundial; tales leyes permiten considerar la edad de la embarazada, el estado conyugal o el número de hijos tenidos. La mayor parte de los países de Europa y de la antigua URSS y América del Norte pertenecen a la categoría ⑤, así como algunos de Asia en los que se cuenta China, hasta ahora el más populoso. Esta categoría también se llama “la solución de plazo” porque en la mayoría de las reglamentaciones se ponen límites a la edad gestacional dentro de la cual se permite el aborto sin

^{xii} Los países que entraron en el estudio tenían un millón o más de habitantes. Las categorías son “acumulativas”, es decir, que países clasificados en una categoría superior, han liberalizado el aborto por las razones contempladas en las categorías anteriores.

Por problemas de salud mental {4% poblac. mundial, 20 países}	Jamaica-PA Trinidad y Tobago	Algeria Iraq-SA/F/R/I Israel-F/R/I Jordania	Australia Hong Kong-F/R/I Malasia Nueva Zelandia-F/I	Irlanda del Norte Portugal-PA/F/R España-F/R Suiza	Botswana-F/R/I Gambia Ghana-F/R/I Liberia-F/R/I Namibia-F/R/I Sierra Leona	
Fundamentos socio-económicos {20% pobl. mundial, 6 países}			India-PA/R/F Japón-SA Taiwán-SA/PA/I/F	Finlandia-R/F Gran Bretaña-F	Zambia	
Sin restricción en cuanto a razón {41% pobl. mundial, 49 países}	Canadá-L Cuba#-PA EE UU-PV Puerto Rico-PV	Camboya-&-PA China-PA/L Mongolia# Corea del Norte-L Singapur-> Vietnam-L		Albania# Austria-& Bielorusia# Bélgica-& Bosnia Herzegovina#-PA Bulgaria Croacia#-PA Rep.Checa#-PA Dinamarca # PA Estonia# Francia#-PA Alemania-& Grecia#-PA Hungria-& Italia①-PA	Latvia# Lituania# Macedonia#-PA Moldavia# Países Bajos-PV Noruega#-PA Rumania-& Fed.Rusa # Rep.Eslovaca#-PA Eslovenia#-PA Suecia** Ucrania# Yugoslavia#-PA	
<p># Límite gestacional de 12 semanas. & Límite gestacional de 14 semanas. » Límite gestacional de 24 semanas. ① Límite gestacional de 90 días. ** Límite gestacional de 18 semanas. Notas: para establecer el límite gestacional, la duración de la preñez se calcula desde el último período menstrual, que se considera ocurre generalmente dos semanas antes de la concepción. Así el límite gestacional, calculado desde la fecha de la concepción se ha ampliado por dos semanas. ND= Existencia de la defensa de la necesidad es altamente dudoso. SA =requiere autorización del esposo. PA = requiere autorización de los padres. R = aborto permitido en casos de violación. I = aborto permitido en casos de incesto. F = aborto permitido en casos de daño fetal. L = la ley no indica límite gestacional. PV = La ley no limita abortos previos. # Limitado</p>						
<p>Fuente: RAHMAN A., KATZIVE L., HENSHAW S. "A global review of laws on Induced abortion, 1985-1997" en Family Planning Perspectives, Vol. 24 N° 2, junio 1998, Tabla 1</p>						

los soportes sociales a las madres o la posibilidad de adopción. Generalmente este asesoramiento no es neutral y tiende a disuadir a la mujer. En ocasiones el asesoramiento está acompañado de un período de reflexión que puede variar entre un día y una semana⁵¹.

La **objeción de conciencia** entendida en este caso como el "motivo por el cual, en condiciones normales y salvo caso de urgencia, un facultativo puede negarse a llevar a cabo un aborto por razones profesionales o personales"⁵² es otra de las circunstancias que limita el acceso a los servicios de aborto aunque la ley sea amplia y la normatividad de los servicios de salud tiendan a garantizarlo. Es particularmente notorio en lugares donde la atención de salud recae en pocas personas, o este servicio puede ofrecerlo sólo una persona quien precisamente hace objeción de conciencia, de manera que ese sector de la población queda descubierto. Partes de Austria,

Alemania, y Estados Unidos^{xiv} han quedado sin servicios de aborto, porque los médicos y personal de salud opuestos al aborto se han ido de allí. En Polonia, en 1.991 el Segundo Congreso de Médicos Polacos declaró el aborto no-ético cuando no fuera para proteger la vida de la mujer o cuando el embarazo no fuera consecuencia de actos criminales (violación o incesto). Las guías éticas del Consejo Médico de Irlanda publicadas en 1.992 son aún más estrictas que la propia ley cuando declaran que no existe razón alguna que justifique un aborto, previendo incluso la pérdida de la licencia para practicar la medicina quien incurra en estas acciones⁵³.

HECHOS HISTÓRICOS EN ALGUNOS PAÍSES

En casi todos los países el proceso despenalizador ha sido difícil. Como se vio anteriormente, algunos han logrado legislaciones amplias, otros han dado algunos pasos hacia la despenalización y muchos tienen legislaciones muy restrictivas. También se han dado casos de países que han cambiado la legislación radicalmente en ciertos períodos del siglo XX, utilizando el aborto y el uso de anticonceptivos en atención a políticas demográficas, desconociendo totalmente los derechos de las mujeres. Se citarán a continuación algunos casos interesantes por lo pioneros en el tiempo, en el alcance de la ley o por haberse revertido el proceso:

Rusia: fue el primer país que legalizó el aborto mediante Ley de 18 de noviembre de 1.920. La revolución rusa lo consideró un derecho de la mujer. Sin embargo esta ley fue derogada el 7 de junio de 1.936 al parecer dentro de una política pronatalista. Vuelve a legalizarse en 1.955 aunque con limitaciones. En 1.988 se aprueba una nueva reglamentación en la que se autoriza su práctica hasta las 28 semanas bajo ciertos supuestos: cuando la mujer tuvo con anterioridad un hijo disminuido, en caso de fallecimiento del marido, si se trata de una familia numerosa, si la madre está recluida en prisión y en caso de inmadurez psíquica de la mujer. Con esta nueva reglamentación se buscaba disminuir los abortos clandestinos⁵⁴.

^{xiv} Organizaciones "pro-vida" continúan creando un ambiente donde la práctica privada del aborto está estigmatizada y el acceso actual al aborto es cada vez más difícil, y esa es su arma más potente mientras logran modificaciones en las leyes estatales. En USA, 83% de los condados no tienen un solo proveedor de aborto. Además, el número de programas de residencia para entrenamiento de médicos gineco-obstetras, en lo correspondiente a abortos en el primer trimestre del embarazo, ha disminuido dramáticamente. En 1985, 25% de tales programas ofrecieron este entrenamiento, en 1991 este ha caído a 12%. Es claro que pocos doctores están dispuestos a reemplazar a los viejos proveedores de aborto. La práctica es baja en prestigio y está aislada de los escenarios médicos importantes; los costos personales hacen la especialización poco atractiva por decir lo menos. (HUNTER J., DAVIS J., 1.996, pag. 104)

Países Escandinavos: fueron los primeros países europeos en legalizar el aborto provocado; Islandia en 1.935, Suecia en 1.937, Dinamarca en 1.938, Finlandia en 1.950 y Noruega en 1.960.

Suiza: la legislación suiza permite el aborto en determinados casos muy excepcionales. En 1.978 se rechazó por referéndum la legalización del aborto.

Gran Bretaña: en 1.929 se autorizó a los médicos practicarlo cuando la vida de la mujer estuviera en peligro. En 1.967 se aprobó la *Abortion Act* que entró en vigor al año siguiente y que establecía: "cuando la prolongación de la gestación ponga en peligro la vida de la madre y pueda perjudicar a su salud, física o mental, y cuando exista un importante riesgo de que el niño nazca con alguna anomalía incurable, está permitido el aborto". En 1.977 se reforma la ley rebajando el límite gestacional autorizado a 20 semanas en vez de 28 como era originalmente y exigiendo la certificación de dos médicos ginecólogos. En 1.980 y 1.982 hubo intentos de restringir la ley, sin embargo las proposiciones fueron rechazadas⁵⁵.

Irlanda: el aborto está prohibido por ley ordinaria desde 1.861. En 1.983 fue sometida a referéndum popular una enmienda constitucional prohibiendo el aborto, que fue aprobada por amplia mayoría (67%) pero también con amplia abstención (50%).

Francia: en enero de 1.975 la ley fue aprobada dentro de una gran polémica y con carácter provisional por un período de cinco años. En 1.979 se volvió a debatir en el Parlamento y finalmente en noviembre se consolidó por 271 votos a favor y 201 en contra. En 1982 el aborto pasó a formar parte de las prestaciones de la seguridad social. La ley estipula que la interrupción voluntaria del embarazo no debe constituir un medio de regulación de los nacimientos⁵⁶. Se deben contemplar las siguientes etapas: solicitud de la mujer, asesoramiento, espera y reflexión de una semana, realización por un médico en centro asistencial⁵⁷.

Alemania: la República Democrática Alemana tenía una legislación similar a la de los demás países del este, es decir, aborto libre. Por su parte la República Federal Alemana, que inicialmente (1974) había aprobado una ley basada en el sistema de plazo fue declarada inconstitucional. Finalmente el aborto quedó permitido a partir de mayo de 1.976 siguiendo el sistema de indicaciones jurídicas (en caso de violación o incesto), de salud para la madre y el feto y socioeconómica incluyendo

asesoramiento obligatorio. El límite gestacional fue 22 semanas en caso de malformaciones fetales y 12 en los demás supuestos. Una característica de esta ley es que distingue y separa plenamente entre aborto y anidación y excluye de su aplicación cualquier procedimiento que tenga efecto antes de que esta última haya ocurrido, o sea, "no se considera interrupción del embarazo la acción encaminada a evitar la anidación en útero, del óvulo fertilizado"^{58,59}. La otra novedad de esta ley es que contempla la "situación general de necesidad" que es una variante de la indicación social, que se refiere a cuando "considerando todas las circunstancias de su vida, no le sea exigible a la embarazada que dé a luz"⁶⁰. En 1995, después de la unificación de las dos Alemanias debieron hacerse ajustes a las leyes de los dos países para adoptar, también en este caso un código único, prevaleciendo el código de la RFA y limitando el de la RDA⁶¹.

Italia: se considera una de las legislaciones más avanzadas. La ley, que fue aprobada en mayo de 1978, acepta *de hecho* el sistema de plazo (90 días) y la plena libertad de decisión de la mujer por razones médicas, económicas, sociales, familiares, psicológicas o si existe riesgo de defecto en el feto, previo asesoramiento y período de reflexión de siete días. Más allá de los 90 días se autoriza el aborto terapéutico⁶². Este proceso también fue largo y difícil: se intentó revocar mediante referéndum popular^{xv}, en mayo de 1.981, pero el resultado dejó las cosas como estaban.

Rumania: es quizás uno de los casos más dramáticos de utilización del aborto con fines de política demográfica. No se dispone de la fecha en que fue legalizado, sino de la fecha en que se restringió junto con los anticonceptivos, 1.966. El objetivo era incrementar la población en un 30 por ciento^{xvi}. Más tarde, en 1.984, el régimen de Ceausescu censuró duramente el aborto. En diciembre de 1989, a propósito de la caída de Ceausescu, el periódico *El País* de Madrid hacía el siguiente comentario: "Otra de las decisiones adoptadas por el nuevo poder rumano, la supresión del Código Penal de los artículos referidos a la prohibición del aborto, implica que las mujeres quedarán libres de los controles ginecológicos periódicos a los que eran sometidas en fábricas y empresas para verificar si habían

^{xv} Se sometieron a referéndum varias alternativas: ① anular la ley de aborto obtuvo 32% de "Sí" y 68% de "No" ② La que propugnaba liberación total consiguió 11% para el "Sí" y 89% para el "No" ③ La que pedía restricciones a la vigente consiguió 32% para el "Sí" y 68% para el "No". Hernández G. (1.991) pag. 291

^{xvi} La ficha consistía en un examen ginecológico que las mujeres debían realizarse mensualmente y entregarla en su puesto de trabajo; las preñeces detectadas eran monitoreadas a término. Además las personas mayores de 25 años solteras y las parejas casadas sin hijos, sin una razón médica para la esterilidad tenían un incremento sustancial en sus impuestos. Los estímulos positivos a la alta fecundidad como subsidios económicos, no fueron usados, presumiblemente por la crisis financiera que afrontaba el país (Haupt, A. "How Romania tries to govern fertility" *Population today* 1987 feb: 15(2):3-4).

abortado y también quedarían liberadas de llevar la ficha ginecológica y mostrarla cada vez que lo requerían las Autoridades⁶³.

Bélgica: la ley de despenalización se promulgó en abril de 1.990. El Rey Balduino debía sancionarla, pero adujo objeción de conciencia por considerarla contraria a sus principios en su condición de Católico; hizo uso de un recurso de la Constitución que le permitía dejar sus poderes en manos del gabinete por un cierto período de tiempo, durante el cual la ley siguió su curso^{64,65}.

Bulgaria: es otro ejemplo, dentro del denominado bloque socialista, de uso de la ley sobre aborto para aplicación de política demográfica. Entre 1956 y 1967 la Ley de 5 de abril permitía el aborto libre en los tres primeros meses. En diciembre de 1.967, el Gobierno Búlgaro, a raíz del brusco descenso de la población restringió la ley vigente al considerar "deber patriótico" tener hijos, no pudiendo abortar sino las mujeres que ya hubieran tenido por lo menos un hijo, (a no ser que su vida fuese puesta en peligro por la continuación del embarazo, o que éste se debiera a violación) y prohibiéndose abortar más de dos veces al año⁶⁶. En 1973 las restricciones se hicieron más fuertes, pero en 1974 se permite bajo indicaciones sociales y médicas. Cada mujer que solicitaba un aborto debía presentar su caso ante una comisión, la que decidía si había razones suficientes para la intervención. Los trámites burocráticos tanto para los proveedores como para las pacientes eran muy dispendiosos y además, las mujeres "no elegibles" recurrían al aborto ilegal. Desde 1990 la legislación búlgara permitió los abortos de primer trimestre a solicitud de la mujer⁶⁷.

Estados Unidos de América: el aborto no se legalizó por enmiendas a la Constitución o al Código Penal, como en la mayor de los países, sino ante un caso concreto: "*Roe v Waden*". En enero de 1.973 la Corte Suprema^{xvii} en una decisión 7-2, dictaminó que el aborto del primer trimestre es una

^{xvii} La Corte Suprema cambió las leyes de aborto a través de los EEUU el 22 de enero de 1973. El aborto era ilegal en algunos estados, en otros, los procedimientos médicos estaban estrechamente regulados. Solamente en cuatro estados la ley reconocía amplios derechos para el aborto en los primeros meses del embarazo. La sentencia de *Roe v Wade* declaró que este derecho, en el contexto de la relación paciente-médico era protegido por el derecho constitucional a la privacidad. En la práctica el aborto pasó a ser un asunto de elección personal. La decisión fue criticada como "un ejercicio crudo del poder judicial" o "una usurpación enteramente injustificable de la autoridad legislativa del estado". Los defensores opinan que solamente dio sentido a los derechos constitucionales, que el texto de la Constitución implica el derecho a la privacidad y el derecho al aborto es un ejemplo específico. De otro lado se argumenta que la justicia federal interrumpió el proceso legislativo. En todas partes, la legislación resultó de compromisos democráticos que ofrecen a la mujer soporte y protección social y que las legislaturas estatales podrían haber encontrado soluciones políticamente legítimas si no hubieran sido reemplazadas por la Corte Suprema. (MYLCHREEST, I. (1996) «"Sound Law and Undoubtedly Good Policy": *Roe v Wade* in comparative perspective» en *The Politics of Abortion and Birth Control in Historical Perspective* Ed. Donald T. Critchlow The Pennsylvania State University Press. Pag. 53-54). Hay quienes creen que esto, contrario a la intención de la Corte, polarizó aún más las fuerzas *pro-vida* y *pro-elección* y el campo de batalla, usualmente reservado a las Cortes, salto a la arena legislativa y en algunos casos a la plaza pública, como lo demuestran las bombas incendiarias y el asesinato de un médico

decisión privada entre la mujer y su médico, libres de la interferencia del gobierno. En los de segundo trimestre los Estados pueden poner limitaciones al aborto con respecto a la salud de la mujer embarazada. En el tercer trimestre los Estados pueden hacer el aborto ilegal excepto para salvar la vida de la mujer⁶⁸.

I.5 EL ABORTO EN ESPAÑA

Los estudios sobre el aborto en España encuentran claras posiciones al respecto durante el período Medieval, como consta en algunos de los *Fueros Municipales* de la época, en los que se establece la punibilidad total del aborto y se contempla “la pena de muerte por el fuego a la mujer culpable del propio aborto”. También las *Partidas* condenan el aborto y establecen diferencia de pena si el feto es vivo o muerto. Hay evidencias de que en España, al igual que en el resto del mundo occidental de influencia católica, durante el amplio período de diecisiete siglos desde Tertuliano hasta Pío IX, se vivió la polémica alrededor del momento de la animación del feto y en ocasiones triunfó la tesis de Tertuliano, en ocasiones la de San Agustín, que al ser adoptada por Santo Tomás, prevaleció en muchos escritores⁶⁹.

Los estudios de Livi-Bacci sobre la población española muestran que la fecundidad presentó un descenso progresivo desde la segunda mitad del siglo XVIII y que se acentuó a partir de 1860. El declive se ve claramente en los indicadores de fecundidad marital los cuales no están afectados por la proporción de célibes en la sociedad sino por otros factores de exposición al riesgo como matrimonio tardío, abstinencia de relaciones sexuales o la práctica de anticoncepción —que para la época podrían reducirse a *coitus interruptus* y métodos vaginales; en algunos documentos se cita la lactancia prolongada⁷⁰— y el aborto. La tasa de fecundidad marital cayó en 22% y la tasa de natalidad en 24%, entre 1.768^{xviii} y 1.910 en un descenso sostenido. Los estudios llevan a Livi-Bacci a concluir que además de los patrones de nupcialidad, había un control deliberado de los nacimientos de la población española⁷¹. Control que, a juzgar por la información existente, estaba al margen de las normativas en cuanto a anticoncepción y aborto.

que practicaba abortos. (CRITCHLOW, D. "Birth control, population control and family planning: an overview" en *The Politics of Abortion and Birth Control in Historical Perspective* Ed. Donald T. Critchlow The Pennsylvania State University Press. Pag. 5.)

^{xviii} La tasa de fecundidad marital pasó de 280 nacimientos por mil mujeres casadas a 217 y la tasa de natalidad de 43.48 nacimientos por mil habitantes a 32.75.

Desde finales del siglo XIX y en las primeras décadas del siglo XX surgen en España movimientos que abordan el tema de la reproducción y la anticoncepción más abiertamente. Como todo movimiento social, nacen de la necesidad de atender reivindicaciones sociales y al mismo tiempo influyen en ellas. Así que no es claro cuánto afectaron el comportamiento reproductivo pero sí cuánto se necesitaba hablar de ello. El anarquismo español desempeñó un papel importante tanto en el debate como en la difusión de conocimientos en cuanto a salud de la reproducción y a los métodos anticonceptivos más modernos para la época. La Liga Española para la Reforma Sexual sobre Bases Científicas también hizo substanciales aportes a estos temas. Aunque las dos corrientes compartían muchos de los ideales, no siempre estaban de acuerdo en la forma de abordarlos. Por su parte los movimientos de mujeres, a pesar de luchar por una mejor situación de la mujer en la sociedad y un mayor reconocimiento, no ventilaban los temas sexuales abiertamente; la imagen tradicional de mujer-madre no se podía desvirtuar y así siguieron siendo temas tabúes las formas de controlar la natalidad aunque era evidente que se practicaban.

En 1928 se celebró el I Curso Eugénico y en 1933 el I Simposio de Eugenesia Española respaldado por figuras destacadas de la II República. Aunque había posiciones favorables al control de la natalidad, el movimiento eugénico en su conjunto adoptó una posición ambivalente al respecto y más todavía en lo referente al aborto⁷². Los anarquistas planteaban que la condición de la mujer estaba afectada por la carga biológica de la maternidad; así mismo planteaban la necesidad de liberarla de esa carga y de que pudiera controlarla. Por esto defendían los anticonceptivos y el aborto y difundieron sus ideas en revistas de circulación popular⁷³. Particularmente la revista *Estudios*, entre 1936 y 1939, ilustra ampliamente sobre los métodos anticonceptivos que se conocían en el momento, sin embargo, de la juiciosa revisión que hace Mary Nash⁷⁴ sobre el tema se deduce que no se aborda con el mismo énfasis el aborto, ni como forma de control natal —que vendría al caso—, ni como recurso terapéutico en casos de problemas de salud de la madre o el hijo, ni cuando el embarazo es producto de violación o incesto.

Desde el punto de vista institucional, la Segunda República instaurada en 1931 estableció una legislación avanzada y moderna especialmente para la condición de la mujer. Se aprobó el derecho femenino al voto, el divorcio y se abolieron leyes discriminatorias contra la mujer en áreas de competencia familiar, política y social⁷⁵. No cabe duda de que había un espacio favorable para debatir temas de hondo calado en la sociedad pero no públicos y también, un espacio para el cambio.

No debe olvidarse que de otro lado estaba la posición de la Iglesia. Como se ha dicho, en 1930 el Papa Pío XI promulga la encíclica *Casti Connubii* prohibiendo rotundamente la práctica del aborto y exhortando a las autoridades a defender la vida de los inocentes con leyes y penas adecuadas; también les recuerda la necesidad de que los Estados garanticen los medios para que las familias puedan llevar una vida digna y evitar así que se vean abocadas a cometer actos como el aborto⁷⁶. Tácitamente se reconocen aquí las indicaciones sociales como la principal causa para un aborto.

LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO EN CATALUÑA (1936)

Uno de los hechos más destacables en la historia del aborto en España, es el Decreto de la Generalitat de Cataluña, el 25 de diciembre de 1936, y luego la Orden de Presidencia de la Generalitat. Este Decreto fue impulsado por el movimiento anarquista, representado en el gobierno por Félix Martí Ibáñez, médico, quien se desempeñó como Subdirector de Sanidad de la *Generalitat*. El aborto se despenalizaba principalmente por razones eugénicas —se buscaba evitar el nacimiento de niños no deseados, por ser probables seres condenados al desprecio y abandono de sus progenitores— y de salud pública —para evitar el "curanderismo asesino" y que las clases pobres pudieran controlar, sin riesgos, la natalidad—. En consecuencia, esta reforma pretendía evitar el aborto clandestino en Cataluña y sus consecuencias de morbilidad y mortalidad^{xix}. Se admitía el aborto basado en consideraciones eugénicas, terapéuticas y personales; en este último caso solo se requería la petición de la interesada, incluso en menores de edad. El decreto constaba de artículos para garantizar las condiciones de salud de la mujer y de higiene, necesarias para evitar complicaciones y condenaba a las personas que practicaran abortos fuera de las instituciones de salud, con penas más fuertes para los profesionales de la medicina⁷⁷. Sin embargo, el corto período de vigencia de estas leyes no permitió su real desarrollo y apropiación por parte de la sociedad. Según Mary Nash "sólo se creó una clínica de control de la natalidad y de los registros de los principales hospitales se desprende que los servicios para la práctica de los abortos eran casi inexistentes"⁷⁸.

^{xix} "SANITAT Y ASSISTÈNCIA SOCIAL. ORDRE. Essent necessari dictar normes que regulin la interrupció artificial de l'embaràs, establerta per decret del 25 de desembre de l'any passat i fent ús de les atribucions que em confereix l'article 14 del Decret esmentat. He Resolt: són aprovades les normes per a la regulació de la interrupció artificial de l'embaràs, creada per Decret de 25 de desembre de l'any passat i que són publicades com a annexa la present Ordre. Barcelona 1r de març del 1937. (Hernández G. 1991, pag. 148)

En otro artículo Nash (1.993)⁷⁹ atribuye el fracaso de la legislación a una combinación de factores políticos, médicos y sociales. Por una parte la inestabilidad política del momento, en plena guerra civil, inestabilidad que pudo favorecer tanto la promulgación de la ley como no dejarla desarrollar. El sustrato institucional estaba debilitado y en especial los servicios de salud. La actitud de los médicos fue de rechazo, por una parte por el concepto de aborto en sí mismo como por el hecho de provenir de una iniciativa del sector anarquista y su intromisión en el sector sanitario. Por otra parte la escasa difusión y cobertura por parte de los medios de comunicación y el general desconocimiento de las mujeres acerca de esta alternativa casi inesperada.

Aunque la Dra. Nash, aún en artículos recientes, lo considera un fracaso de la política^{xx}, debe tenerse en cuenta que siempre hay un rezago entre la promulgación de una ley y su reglamentación, cumplimiento, aplicación y por último, para la familiarización por parte de la población. Si se observa el proceso vivido en España cincuenta años más tarde, cuando se aprobó la ley en 1985, habiendo sido fruto de un largo debate, se encuentra que se tardó varios años en establecer los mecanismos para la demanda y la oferta del servicio. En el año 1986 se registró en España un número irrisorio de abortos legales, entre 186⁸⁰ y 203⁸¹ según las distintas fuentes, de los cerca de 100.000 estimados para estos años. La reglamentación de Ley, en cuanto a información estadística tarda un poco más (junio de 1986) y finalmente recae en el Ministerio de Sanidad y Consumo. Para 1987, primer año del que se dispone información para el año completo, se citan 8322 abortos realizados en la clínica Dator Médica de Madrid, clínica privada en la cual 97% de estos abortos se justificaron por el peligro para la salud mental de la mujer⁸². Para este mismo año, 1987, se registran según el Ministerio de Sanidad de España, 16766 abortos, que comparados con los 100.000 estimados para el total del país corresponden a 17% de lo esperado⁸³. Por otra parte seguía el turismo abortivo a Gran Bretaña, Holanda y Francia donde se calcula que ese año se practicaron cerca de 32000 abortos a españolas⁸⁴. Como se verá más adelante, para 1987, el número de abortos en el extranjero había descendido considerablemente por lo que se cree que esos abortos ocurrían en España, en la clandestinidad.

^{xx} Este razonamiento lo presenta Mary Nash en marzo de 1.983 en su artículo "L'avortement legal a Catalunya; una experiència fracassada" *L'Avenç*, cuando todavía no se había producido la despenalización en España y por supuesto no se podía verificar el rezago entre la publicación de la Ley y su aplicación.

EL RÉGIMEN FRANQUISTA

El régimen franquista se extiende desde la finalización de la guerra civil (1939) hasta la muerte de Franco (1.975) y significó dar reversa en muchos de los avances logrados en las primeras décadas del siglo y especialmente durante la II República, en aspectos relativos a la sexualidad, el control de la natalidad y la situación social de mujer. Justamente se culpó a dichos avances de una supuesta degeneración moral, de cambios en los valores tradicionales, de pérdida del fervor religioso y de cambios en el papel de la mujer que reñían con su función de madre y esposa. En síntesis se atribuyó al régimen republicano lo que se llamó la decadencia de España y uno de los argumentos era el descenso de la natalidad, que como se ha visto antes, venía desde el siglo XIX, pero se acentuó durante la guerra civil. Sin embargo este descenso no se asoció con la guerra —las muertes de varones en edad de procrear o su exilio por persecución política, la separación de parejas o el aplazamiento de los matrimonios, el ambiente hostil a la natalidad— ni con la crisis de la economía mundial de esta década sino con los logros de los sectores sociales tradicionalmente marginados.

Desde el punto de vista demográfico se adoptó una política claramente pro-natalista, para alcanzar un ideal de *grandeza* de España o la *España Imperial*, basado en un creciente número de habitantes capaces de dejar huella no solo en territorio español sino en el norte de África y América Latina hacia donde debía extenderse la cultura y civilización de Occidente⁸⁵. Era necesario combatir los persistentes descensos de la fecundidad si se quería evitar la decadencia del Estado español. Para lograr estos objetivos se tomaron diferentes medidas en cuanto al papel de la mujer en la sociedad identificándola con la mujer-madre como única función social, relegándola al hogar; su educación tendía a garantizar al máximo esta función mientras que se desestimulaban por todos los medios las expectativas de empleo o su participación en la vida pública. La promoción de la familia fue otro elemento de la política pronatalista, se hablaba de la regeneración moral cuyo pilar era la autoridad masculina; se protegió a la familia tradicional con la indisolubilidad del matrimonio —se revocó el matrimonio civil y el divorcio de la legislación republicana— y se adoptaron medidas coercitivas que obligaban a la mujer a renunciar a su puesto de trabajo en cuanto contrajese matrimonio; se crearon incentivos para el matrimonio como los *premios nupciales* a parejas formadas por mujeres menores de 30 años y hombres menores de 35 y una *dote* para la mujer que debía abandonar su puesto de trabajo; se estimulaba la fecundidad marital mediante subsidios y préstamos cuyo capital se reducía al

nacimiento del cuarto hijo, entre otros mecanismos. Se fortaleció la educación católica romana, se prohibió rotundamente el aborto y el uso de anticonceptivos⁸⁶.

La penalización del aborto y de los anticonceptivos ocurre en 1941 con la promulgación del Capítulo III, título VIII, artículos 411 a 418 del Código Penal Español. Esta Ley eleva el aborto voluntario al rango de "grave crimen social" y "crimen contra el estado" y, como consta en la exposición de motivos, se aducen intereses demográficos: "La política demográfica es una de las preocupaciones fundamentales de nuestro Estado. No se concibe una política demográfica eficaz sin abordar el problema de los miles y miles de vidas que se frustran antes de nacer por maniobras criminales. (...). El gobierno consciente de su responsabilidad, decide combatir el clima social que el aborto provocado representa y que impide que nazcan muchos miles de españoles anualmente"⁸⁷.

A pesar de los castigos previstos, la anticoncepción y el aborto seguían practicándose y así lo reconocía la propia *Revista Internacional de Sociología*^{xxi}, en un artículo publicado en 1949 donde denunciaba el número de abortos voluntarios de la época e incluso el infanticidio y su impacto en el crecimiento de la población⁸⁸.

Debe reconocerse que la consideración de la baja fecundidad como causa o síntoma de decadencia de los pueblos no era solo de Franco sino una corriente de opinión importante desde comienzos del siglo. En 1935 se publica en España la obra "*Catalunya, poble decadent*" de Josep A. Vandellós^{xxii} en el cual, el autor, citando la baja y descendente natalidad de las últimas décadas en Cataluña lo califica de "problema demográfico catalán que cada día adquiere mayor gravedad y que por su persistencia hace pensar en la posibilidad de una pérdida casi absoluta de la capacidad reproductiva de los catalanes"⁸⁹. Y más adelante argumenta sobre las repercusiones en otros ámbitos cuando dice "Ligada íntimamente al empobrecimiento demográfico del pueblo catalán, está la cuestión de la corriente inmigratoria..."⁹⁰. Vandellós defiende la importancia del número de habitantes de los pueblos y la preservación de la identidad cultural. Considera que en las guerras o en el comercio, es decir, en tiempos de paz o en tiempos de guerra los pueblos numerosos tienen ventajas; aún en regímenes democráticos el número es importante si se considera que se respeta la decisión de las mayorías⁹¹.

^{xxi} La *Revista Internacional de Sociología* ofrecía al régimen los datos y otra información científica que le permitiese respaldar las medidas pronatalistas. Estaba co-dirigida por Severino Aznar y el demógrafo italiano Corrado Gini. Era publicada por el Instituto Balmes de Sociología fundado en 1944 para evaluar la política estatal en materia de población (Nash, M. 1996, pag.286)

^{xxii} La traducción al castellano de las citas textuales de este libro y su prólogo son responsabilidad de la autora.

En el caso de Cataluña, piensa que aunque se acepte la inmigración para suplir la deficiencia de vitalidad y mantener la posición que representa dentro de España como conglomerado demográfico, hay que tener en cuenta su composición como núcleo étnico por las especiales características que representa —entre ellas destaca su carácter empresarial—, núcleo que “ha ido minando y continuará haciéndolo frente a otros que dan muestras de una vitalidad muy superior y en crecimiento continuo. (...) y llegará el día en que Cataluña sea más importante que hoy, pero que los verdaderos catalanes sean dentro de ella una minoría”⁹².

Jordi Nadal⁹³, interesado en los orígenes del pensamiento de Vandellós encuentra que se remontan a los años 1.920 como lo describe en el Prólogo a la segunda edición del citado libro del demógrafo catalán^{xxiii}. Sitúa en Oswald Spengler una de las primeras y quizás más fuertes manifestaciones del siglo en cuanto a esta relación entre baja natalidad y decadencia de los pueblos; la obra de este filósofo alemán “*La decadencia de Occidente*”, publicada entre 1.920 y 1.922 y traducida al español en 1.923, tuvo gran influencia en muchos intelectuales y estudiosos de la época entre ellos Richard Korherr cuya tesis doctoral fue prologada por Benito Mussolini, traducida totalmente al italiano y publicada en 1.928. Dada la importancia del tema, Mussolini se asesora del estadístico y demógrafo Corrado Gini quien ocupará varios cargos dentro del régimen. En 1924 Vandellós llega como estudiante a Padua y desde entonces recibe las orientaciones y el apoyo de Gini y coincidiendo en las teorías demográficas como lo demuestra el contenido del trabajo desarrollado para Cataluña.

El hecho de ser crítico de la dictadura franquista lo obliga al exilio y no son aceptados sus estudios sino en el área de economía, a pesar de coincidir con la política de Franco en cuanto a la necesidad de impulsar la natalidad. Sin embargo, el camino que escoge el régimen franquista de soportes económicos a los fecundos y sanciones a los infértiles era el menos recomendado por el autor

^{xxiii} Jordi Nadal encuentra los orígenes del pensamiento de Vandellós en la conexión entre Spengler (alemán), Korherr (alemán), Gini (italiano) y finalmente Vandellós así: Korherr se basa en los planteamientos de Spengler para el desarrollo de su tesis doctoral titulada “*Control de nacimientos*”; en ella manifiesta su desacuerdo con las teorías del peligro de la sobrepoblación y en cambio alerta del peligro de la disminución de los nacimientos —y por ende de la disminución de la raza blanca— como uno de los numerosos síntomas de la decadencia de la cultura occidental. Comulgando plenamente con este pensamiento, Benito Mussolini escribe el prólogo de la obra de Korherr, la cual es traducida totalmente al italiano y publicada, en 1.928, bajo el título “*Regresso delle nascite: morte dei popoli*”. Habrá muchas manifestaciones de política pronatalista durante el gobierno de Mussolini, entre ellas el impuesto a la soltería y a las parejas infértiles y la meta de 60 millones de habitantes que consideraba necesarios para que Italia fuera reconocida como potencia. Dada la importancia del tema, Mussolini se asesora del demógrafo Corrado Gini a quien encarga de hacer un análisis similar al de Korherr, aplicado al caso italiano. Gini había trabajado sobre el comportamiento cíclico de las poblaciones desde mucho tiempo atrás pero es en esta obra titulada “*Nascita, evoluzione e morte delle nazioni: la teoria ciclica delle popolazioni e i vari sistemi di politica demografica*” publicada en 1930, que desarrolla e impulsa su teoría. Alumno distinguido de Gini fue Josep Vandellós quien en 1924 llega al Laboratorio de Estadística de la Universidad de Padua y hasta la mediados de los años treinta es apoyado y dirigido por

catalán, vistos los resultados en otros países. Vandellós en sus argumentos cita las leyes de Augusto contra la despoblación y en especial la *Papia Poppea* y la *maritandis ordinibus* y resalta que desde entonces se observó poca efectividad. Así mismo menciona que Francia hizo una "legislación copiosa" pronatalista a comienzos el siglo XX y dos décadas después (1935) no se observaban resultados positivos. Vandellós considera que leyes basadas en estímulos económicos para los prolíficos son desatinadas porque exigirían subsidios muy grandes que realmente los compensaran, lo cual representaría una erogación imposible para el estado⁹⁴. Piensa que se debe estimular el sentido patriótico, moral y religioso, especialmente entre la población joven y muy ágilmente, antes de que la "desnatalidad" haya penetrado el tejido social. También es explícito en la recomendación de evitar la difusión de los anticonceptivos^{xxiv}.

Vandellós encuentra que sobre este tema ya se había alertado en Cataluña desde comienzo de siglo y cita el artículo de Puig i Sais (1915), "*El problema de la natalitat a Catalunya, un perill gravíssim per la nostra pàtria*"⁹⁵. Severino Aznar argumentó, desde antes del régimen de Franco, en el mismo sentido y llegó a ser su asesor junto con Corrado Gini, cuando ambos dirigieron la *Revista Internacional de Sociología*, citada anteriormente.

La política pronatalista del régimen franquista no dio resultado. Para empezar, una vez terminada la guerra civil no se produjo el aumento esperado de la natalidad. Se califica de "esperado" porque justamente han desaparecido las razones por las que la natalidad ha descendido durante la guerra, es decir, se celebran matrimonios aplazados o se producen reencuentros de matrimonios o las parejas deciden que es un momento más propicio para tener hijos. Los indicadores de fecundidad que venían descendiendo desde comienzo de siglo continuaron haciéndolo después de 1940, año en que el Índice Sintético de Fecundidad se sitúa por debajo de tres hijos por mujer (2.97) para llegar a su nivel mínimo en la mitad del siglo con 2.46 hijos por mujer; luego comienza una recuperación que se asocia más al mayor bienestar económico alcanzado que a las políticas pronatalistas de las cuales se

Gini, llegando a ser miembro del Instituto Internacional de la Haya. (NADAL, J. Prólogo de la 2ª edición de "*Catalunya, poble decadent*" de Josep A. Vandellós. 1985 Barcelona).

^{xxiv} Así se expresaba Vandellós acerca de la política a seguir: "Hem vist que la causa principal de la nostra decadència demogràfica era la limitació voluntària dels naixements, i contra aquesta voluntat de restricció és molt difícil de lluitar. Caldria intentar la realització d'una campanya en què s'ajuntessin els sentiments religiosos, moral y patriòtic la qual hauria d'ésser portada amb gran constància e intensitat, sobretot entre la gent jove, no contaminada encara pel sentiment egoista que es deixa sentir mes fortament quan s'ha entrat de ple en el combat per la vida [pag. 139]. ... Cal evitar les propagandes a favor de la desnatalidad i fer veure els prejudicis que les pràctiques contraceptives poden portar als quin les practiquen, tant des del punt de vista físic com del moral [pag.143].

hablaba poco para ese entonces —en 1.965 se observa un nivel similar al del inicio del régimen, 2.94— y luego vuelve a descender⁹⁶.

Volviendo al tema del aborto, la Iglesia católica por su parte seguía ratificando su posición la cual, a su vez, respaldaba al régimen franquista. Pío XII, durante su papado entre 1.943 y 1.951, condenó el aborto en numerosas ocasiones de manera pública y expresa. Juan XXIII en la encíclica "*Mater et Magistra*" de 1.961 también se manifiesta contra el aborto. En 1.968, Paulo VI promulga la encíclica "*Humanae Vitae*" en la que dice que "hay que excluir absolutamente, como vía lícita para la regulación de los nacimientos, la interrupción directa del proceso generador ya iniciado". Más adelante la misma encíclica condena el aborto terapéutico, la esterilización directa, perpetua o temporal, tanto en el hombre como en la mujer —con lo cual desaprobaba prácticamente cualquier método anticonceptivo— y hace mención explícita a los métodos del calendario como únicos aceptados por la Iglesia⁹⁷.

EL PROCESO PARA LA DESPENALIZACIÓN

El debate vivido en España para la despenalización del aborto está ampliamente ilustrado por numerosos autores de diferentes disciplinas, además de los documentos históricos como son los anales del Congreso y artículos periodísticos que día a día reflejaban la temperatura de la controversia. Por consiguiente, no se pretende en este apartado hacer un recuento detallado de los hechos, lo cual sería ambicioso, sino destacar aspectos y momentos importantes del mismo.

El debate español desde el punto de vista conceptual sigue lo que se ha descrito antes, de manera general, en cuanto a: la tesis del aborto-delito y sus consecuencias, la legislación, los sistemas de despenalización y las motivaciones. Un párrafo de las conclusiones de Ibáñez y García-Velasco resume y centra para España los elementos que finalmente llevaron a la despenalización:

"No es posible que una conducta que se practica anualmente por miles y millones de personas —en número de 100.000 en España—; con una legislación comparada que la ha despenalizado para un 64 % de la población mundial; que tiene un sustrato histórico parcial, limitado y adscrito a una ideología concreta; que ha sido contestada con la más rotunda clandestinidad del 99%, con todos sus riesgos; que ha encontrado la evasión de toda

responsabilidad criminal en el turismo abortivo; que encuentra un vacío total en el proceso judicial, que únicamente afecta al 1% de dichas conductas y que actúa como instrumento del azar y de la discriminación; y que sometida al tratamiento penal no cumple ninguno de los fines de la pena, no es posible, repetimos, que esa conducta, con todas esas singularidades sorprendentes que conducen a la ineficacia, a la discriminación y a la injusticia, continúe siendo considerada como un delito.⁹⁸

De este texto, tal vez el único tema al que no se ha hecho alusión es al "turismo abortivo" término usado para describir la opción que tuvieron muchas españolas de acceder al aborto en los países vecinos, donde era legal y se practicaba en condiciones de higiene y seguridad. Claro que esta opción favorecía a las personas con recursos que podían desplazarse hasta estos países y pagar en un centro privado. En Inglaterra se registraron, en 1970, cien abortos de españolas (uno de cada cien de los practicados a no residentes de Inglaterra y Gales) cifra que ascendió rápidamente de manera que diez años después estaba alrededor de 18.000⁹⁹ y representaba sesenta por ciento de los practicados a no residentes, porcentaje que aumentó tanto por el incremento en sí mismo del número de abortos como por la disminución de las solicitudes de mujeres pertenecientes a países que durante la década del setenta legalizaron el aborto. Aún después de despenalizado el aborto en España, muchas españolas siguieron demandando este servicio en el exterior, en parte porque todavía no estaban claros los mecanismos para acceder a él y en parte por las limitaciones de los supuestos contemplados en la ley.

Esta forma de evadir la prohibición legal fue punto importante del debate en favor de la despenalización en aras de evitar más injusticia y discriminación contra las mujeres que no podían costearlo y en últimas, para aquellas que sí tenían recursos, evitar el aborto clandestino dentro de España al que habrían recurrido. Abierto el debate había quienes creían que debía procesarse y condenarse, a las mujeres que abortaran fuera de España, por fraude a la ley. Este fue el caso de una joven soltera que abortó en Francia y luego al regresar presentó complicaciones que la obligaron a acudir a los servicios de salud con lo cual ella y su novio terminaron siendo procesados y condenados por el delito de aborto¹⁰⁰. Una vez más se jugaba a la perversa lotería donde se ganaba un proceso judicial entre cien mil apostantes.

En el cuadro 2.3 se resume la cronología de la despenalización y hechos posteriores; lamentablemente para algunos ítem no se encontró suficiente documentación pero se han conservado porque tienen gran significado dentro del proceso. El cuadro recoge algunos antecedentes legislativos de la Segunda República y su posterior revocación por el régimen franquista hasta el proceso despenalizador, empezando por los anticonceptivos, la esterilización y finalmente el aborto. Luego los intentos por lograr "el cuarto supuesto" es decir la despenalización por razones sociales y económicas de la mujer embarazada.

Como se ha recogido en el citado cuadro, durante la Segunda República se aprobó el divorcio y el matrimonio civil. La posibilidad de divorciarse y celebrar otro matrimonio conlleva que hijos de segundas uniones nazcan como hijos legítimos y, en consecuencia, no sean estigmatizados como ilegítimos, pero además la legislación republicana prohibió la discriminación entre hijos legítimos e ilegítimos. Evitar un nacimiento ilegítimo, de una relación adúltera o que puede ser víctima de un régimen opresivo ha sido motivo de aborto desde tiempos inmemoriales como se vio en el estudio de Van de Walle citado en el cuadro I.1 de este capítulo y es uno de los principales componentes de las indicaciones sociales del aborto. Esta discriminación negativa hacia los ilegítimos y las consecuencias de la prohibición de los anticonceptivos, que da origen a hijos no deseados o deseados pero más adelante, son las que argumentó magistralmente en su momento Enrique Gimbernat para reconocer el avance logrado en la Segunda República, mostrar el retroceso durante el régimen franquista y defender su posición en favor de un aborto libre y más exactamente por la solución del plazo^{xxv}. Quizás por no hilar más fino, no menciona Gimbernat la legalización del aborto en Cataluña en 1936 y lo que parece ser una legislación de más alcance territorial lograda siendo Ministra de Sanidad Federica Montseny^{xxvi}.

^{xxv} Enrique Gimbernat, a propósito de la legislación vigente en 1977 dice: "En España se distingue entre hijos legítimos e ilegítimos, a pesar de que ello favorece el aborto, pues uno de los motivos que puede convertir en angustioso el embarazo de una mujer soltera es el desventajoso tratamiento legal que espera a su hijo si le deja nacer. Nuestra ley prohíbe — con muy pocas excepciones— la investigación de la paternidad y crea, con ello, nuevas situaciones criminógenas de aborto: al impedir a la mujer que pueda reclamar jurídicamente nada del padre la convierte para siempre en la única responsable moral y material del hijo. Nuestro derecho no admite el divorcio y hace posible que el aborto vuelva a aparecer como la única salida a un embarazo que se ha convertido en indeseado: al que se ha producido como consecuencia de una situación no legalizable que ha sustituido a la matrimonial, rota de hecho pero eterna jurídicamente. (...) Por si se ha olvidado, conviene recordar que fue el Nacional- catolicismo que nos oprimió durante cuarenta años el que derogó el artículo 43 de la Constitución de 1931, que prohibía la discriminación entre hijos legítimos e ilegítimos, el que suprimió el divorcio que había admitido la República, el que en 1941, estableció la prohibición penal de la difusión de las prácticas anticonceptivas y el que, en 1963, introdujo en el código penal el delito de esterilización. Por eso hay que decir a los sectores derechistas que ahora se indignan cada vez que se habla de liberalizar la interrupción del embarazo que son ellos los que han provocado cientos de miles de abortos clandestinos al imponer embarazos que se podrían haber evitado y al convertir en indeseados a otros que, con unas circunstancias legales distintas, habrían sido bien recibidos" (GIMBERNAT, E. "Por un aborto libre" en *La despenalización del aborto*, Santiago Mir (ed) UAB, Barcelona pag. 33).

^{xxvi} No se dispone sino de una breve mención que hace al respecto HERNÁNDEZ G. 1.991, pag. 141)

Una vez alcanzada la despenalización de los anticonceptivos en octubre de 1978, tema sobre el que hubo mayor consenso y requirió menos esfuerzo —de hecho el trámite duró diez meses—, el grupo socialista y otros grupos políticos inician la tarea de conseguir la despenalización del aborto, tarea que toma seis años y medio.

En 1977 ocurren los primeros brotes tendientes a modificar el Código Penal en lo concerniente al aborto, cuando los comunistas y el Grupo Socialista presentan una proposición de ley en relación con la amnistía para los delitos de adulterio, aborto y difusión de anticonceptivos, proposición que es rechazada por otros grupos parlamentarios. A finales de este mismo año el Consejo de Ministros remite a las Cortes un proyecto para despenalizar las conductas tendientes a evitar la procreación, es decir, los anticonceptivos, lo cual se logra en 1978. Durante 1979 se trabaja en textos para modificar el "capítulo del aborto" y en septiembre el Consejo de Ministros aprueba un proyecto para reducir las penas por el delito de aborto, proyecto que es enviado a las Cortes en diciembre del mismo año. Dos años después (junio de 1981) el Partido Comunista vuelve a intentar modificaciones presentando una proposición de ley de regulación del aborto, aunque de antemano se sabía que no prosperaría dada la distribución de los escaños parlamentarios¹⁰¹.

En 1982 gana las elecciones el Partido Socialista, y la despenalización del aborto, que ha sido una de sus promesas electorales, toma impulso y así, en febrero de 1983 el Consejo de Ministros aprueba un texto para la elaboración de un nuevo artículo del Código Penal que sería el artículo 417 bis. El artículo original (Art. 417) no se modificaría, es decir, el aborto seguiría siendo delito en España^{xxvii}, pero el nuevo artículo establecería algunos casos en los cuales no sería punible: en caso de peligro grave para la vida o la salud de la embarazada, cuando el embarazo hubiera sido producido como consecuencia de una violación denunciada ante autoridad competente o cuando hubiera probabilidades de que el feto naciera con graves taras físicas o psíquicas previo dictamen médico

^{xxvii} La interpretación del Artículo 15 de la Constitución Española fue la piedra angular en el desarrollo del debate para la despenalización del aborto, como ya lo había sido durante la redacción de la propia Constitución. La primera versión de este artículo decía: "Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física", texto que ha sido calificado de amplio y que para los opositores al aborto parecía ser favorable y cerrar la posibilidad al aborto. Luego se propuso una enmienda que hacía alusión explícita al aborto "Se declara anticonstitucional cualquier disposición ... que atente contra la vida ... del *nasciturus*". Más adelante otra enmienda proponía: "El derecho de la persona a la vida y a la integridad física y moral son inviolables". En este caso, sus oponentes argumentaban que negaba la atribución del derecho a la vida a quien no era persona, al *nasciturus* (ARROYO 1983). El término "todos" incluido en la redacción final tampoco cerraba el debate pues al carecer de predicado no se sabe a quien se refiere y en la práctica dicho término permitió la despenalización.

El proyecto de Ley aprobado por el Congreso de los Diputados en octubre de 1983 y en noviembre del mismo año en el Senado, no entró en vigor porque el Partido Popular presentó recurso de inconstitucionalidad que fue aceptado por el Tribunal Constitucional en diciembre. Aunque este fallo del Tribunal Constitucional supuso una derrota para el partido de gobierno, en el fondo le daba la razón, ya que, al no rechazar las indicaciones no quedó proscrito el aborto provocado, sino los instrumentos del legislador y lo que exigía era garantizar la vida, incluida la del *nasciturus*¹⁰².

Después de dos años de trámites es aprobado el texto del artículo 417 bis que despenalizaba el aborto provocado bajo los tres supuestos descritos e interrumpe en España el legendario régimen del aborto-delito: el 5 de julio de 1985 es sancionada la Ley Orgánica 9/1985 de reforma del artículo 417 bis del Código Penal.

Cuadro I.3 Andadura legislativa del aborto en España. Siglo XX

Fecha expedición	Tipo de orden y Nº	Página del BOE	Fecha publicación	Contenido y observaciones
1931				Artículo 43 de la Constitución prohíbe la discriminación entre hijos legítimos e ilegítimos. Divorcio Matrimonio civil
25 de diciembre 1936	Decret			Se legaliza el aborto en Cataluña mediante Decreto firmado por Josep Tarradellas, Consejero Primero, Pere Herrera, Consejero de Sanidad y Asistencia Social y Ramón Vidiella, Consejero de Justicia
1 de marzo de 1937	Orden	"Diari de la Generalitat"	1 de marzo de 1937	Orden de Presidencia de la Generalitat de Cataluña por la cual son aprobadas las normas para la regulación de la interrupción artificial del embarazo.
1937 (*)				La Segunda República Española legalizó el aborto siendo Ministra de Sanidad Federica Montseny
24 de enero de 1941	Ley	BOE	2 de febrero de 1941	El nuevo Código Penal Español ^{xxviii} en sus Artículo 411 a 415 estableció los castigos para la práctica del aborto. El Artículo 416 estableció la prohibición penal de expedición de abortivos (apartados 1º, 2º y 3º) y difusión de prácticas anticonceptivas (apartados 4º y 5º). El Artículo 417, además de lo contemplado en los artículos anteriores, inhabilitaba en el ejercicio de la medicina, a los facultativos que incurrieran en este delito. El Artículo 418, preveía las penas a quienes causarían castración o esterilización a otros.
1963 (*)				Se introdujo en el código penal el delito de esterilización
15 de diciembre de 1977				Consejo de Ministros remite a las Cortes un proyecto de Ley para despenalizar las conductas previstas en el Artículo 416 del Código Penal, tendientes a evitar la procreación mediante anticonceptivos.
7 de octubre de 1978	Ley 45 ó 43 ^{xxix}	B.O.E.		Modificó el artículo 416 del Código Penal dejando sin contenido los apartados 4º y 5º de dicho artículo los cuales penalizaban la distribución, propaganda y venta de anticonceptivos.
1 de septiembre de 1978	Real Decreto 2275 / 1978	BOE pág. 22333 y 22334	25 de septiembre de 1978	Sobre establecimientos de planificación familiar

^{xxviii} Se puede consultar el texto completo en HERNÁNDEZ G. (1.991) "El aborto en España. Análisis de un proceso socio-político" Editorial de la Universidad Complutense de Madrid. Colección Tesis doctorales Nº 102/91. Pag. 139-142

^{xxix} En unos textos se cita la Ley 45 y en otros la Ley 43

Fecha expedición	Tipo de orden y Nº	Página del BOE	Fecha publicación	Contenido y observaciones
15 de diciembre de 1978	Real Decreto 3033 / 1978	BOE pág. 29129 y 29129	25 de diciembre de 1978 26 de diciembre de 1978	Desarrollaba la Ley 43 / 1978, de 7 de octubre por la que se modificaban los artículos 416 y 343 bis del Código penal, considerando sanitariamente reglamentaria la expedición de preparados o medios anticonceptivos si se cumplen según su naturaleza, las normas de registro, fabricación, prescripción, dispensación, venta y publicidad previstas en el propio real decreto. Publica la disposición por la que dejaba de ser ilícita la publicidad de los anticonceptivos
23 de enero de 1979				Sección IV de la Comisión General de Codificación presenta un texto con carácter de borrador para modificar el Código Penal en el capítulo de aborto. El Ministro de Justicia aclara que el aborto constituye y seguirá constituyendo un delito tipificado en el vigente código penal.
Septiembre de 1979				Consejo de Ministros aprobó un proyecto modificando determinados artículos del Código Penal reduciendo a la mitad las penas por delito de aborto. El proyecto es remitido a las Cortes en diciembre.
17 de junio de 1981				Secretario General del Partido Comunista de España presentó una proposición de Ley de regulación del aborto. ^{xxx}
2 de febrero de 1983				Consejo de Ministros aprobó texto para la elaboración de un nuevo artículo del Código Penal, el 417 bis, en el que se establecían los casos en que el aborto no sería punible.
6 de octubre de 1983				Congreso de los Diputados aprobó el que el aborto no fuera punible en España en los supuestos previstos. 186 votos a favor, 109 en contra y 4 abstenciones. 48 ausencias entre las que se contaban las de los expresidentes de gobierno Adolfo Suárez y Leopoldo Calvo Sotelo. El único partido que no impuso disciplina de voto fue Minoría Catalana.
30 de noviembre de 1983				La ley fue aprobada por el Senado. 110 a favor, 45 en contra y 3 abstenciones. El Grupo Popular, conforme había anunciado desde marzo/83, presentó recurso de inconstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional.
14 de diciembre de 1983				La Mesa del Congreso de los Diputados recibió un Oficio del Tribunal Constitucional comunicando la aceptación del recurso previo contra la Ley lo cual implicaba la suspensión automática de la entrada en vigor.
25 de junio de 1983	Ley Orgánica 8 / 83 (Jefatura del Estado)	BOE Nº 152	27 de junio de 1983	Despenalización de la esterilización Reforma urgente y parcial del artículo 428 del código Penal: "No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, el consentimiento libre y expresamente emitido exime de responsabilidad penal en los supuestos de trasplante de órganos, efectuados con arreglo a lo dispuesto en la Ley, esterilizaciones y cirugía transexual ..."
1984				Durante este año las partes presentan documentos de apoyo a sus tesis.
11 de abril de 1985				Tribunal Constitucional falló en contra por entender que la ley que despenaliza el aborto no contempla las garantías suficientes que exigía el Artículo 15 de la Constitución. El gobierno y los parlamentarios socialistas trabajan a marchas forzadas para elaborar un nuevo proyecto e incorporar los requisitos exigidos por el Tribunal Constitucional
25 junio de 1985				Pleno del Senado aprobó el proyecto de ley para incorporación del artículo 417 bis al Código Penal
27 junio de 1985				Pleno del Congreso lo aprobó también al aceptar la enmienda introducida por el Senado. 193 votos a favor, 58 en contra, 8 abstenciones.
5 de julio de 1985	Ley Orgánica 9 / 1985	BOE Nº 166 pág.22041	12 de julio de 1985	Ley para la "Reforma del artículo 417 bis del Código Penal".
31 de julio de 1985	Orden	BOE pág. 24550 y 24551	2 de agosto de 1985	Sobre la práctica de aborto en centros o establecimientos sanitarios. La Orden precisaba y regulaba los requisitos legales y sanitarios exigibles en los casos y circunstancias a que se refiere la Ley Orgánica 9/1985, así como la correspondiente adecuación de la estructura asistencial y sanitaria para la práctica del aborto en los casos no punibles.
21 de noviembre de 1986	Real Decreto 2409 / 1986	BOE pág. 38959 y 38960	24 de noviembre de 1986	Ordenaba jurídicamente lo concerniente a los centros sanitarios acreditados y dictámenes preceptivos para la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo.

^{xxx} Para estas fechas, la parlamentaria francesa Ivette Füllet, socialista y miembro del Parlamento Europeo presentaba un proyecto de resolución para que la despenalización del aborto en España fuera condición para su ingreso en la Comunidad Económica Europea.

Fecha expedición	Tipo de orden y Nº	Página del BOE	Fecha publicación	Contenido y observaciones
16 de junio de 1986	Orden del Min. de Sanidad y Consumo			Dispone la obligatoriedad de la notificación de las interrupciones voluntarias del embarazo, con fines de información estadística y epidemiológica, mediante un formulario oficial de admisión que debe ser llenado y enviado a los centros de la autoridad sanitaria.
8 de noviembre de 1986	Proposición de ley			Grupo Parlamentario Mixto presenta una proposición de Ley de Regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en la que se admitiría el aborto libre en un plazo de 104 días y veintidós semanas para los abortos terapéuticos o urgentes.
23 de abril de 1990	Proposición de ley	Boletín Oficial de Las Cortes		Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya presenta nuevamente la proposición de Ley de Regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
15 octubre de 1990	Resolución			
22 de noviembre de 1993		Boletín Oficial de Las Cortes		Grupo Parlamentario Federal Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya presenta nuevamente la proposición de Ley de Regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
2 de junio de 1995	Proposición de ley	Boletín Oficial de Las Cortes		Grupo Parlamentario Federal Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya presenta nuevamente la proposición de Ley de Regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. En la sesión plenaria del Congreso de los Diputados Nº 165, 19 de septiembre de 1995, la proposición es rechazada (50 votos a favor, 163 en contra, 94 abstenciones)
12 de abril de 1996	Proposiciones de Ley	Boletín Oficial de Las Cortes		Grupo Socialista del Congreso presenta una proposición de Ley de Regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Grupo Federal Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya del Congreso presenta nuevamente la proposición de Ley de Regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo
3 de junio de 1997	Proposiciones de Ley	Boletín Oficial de Las Cortes		Grupo Socialista del Congreso. Grupo Federal Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya
18 de marzo de 1998	Proposiciones de Ley	Boletín Oficial de Las Cortes		Grupo Federal de Izquierda Unida Grupo Socialista del Congreso. Grupo Parlamentario Mixto
8 de septiembre de 1998	Proposición de Ley	Boletín Oficial de Las Cortes		Grupo Parlamentario Mixto
23 de septiembre de 1998				Es negada la admisión a trámite de la proposición para ampliación de la Ley de 1985.
24 de abril de 2000	Proposición de Ley	Boletín Oficial de Las Cortes		Grupo Parlamentario Socialista
5 de junio de 2000	Proposición de Ley	Boletín Oficial de Las Cortes		Grupo Parlamentario Mixto Grupo Parlamentario federal de Izquierda Unida
Septiembre de 2001	Proposición de Ley	Boletín Oficial de Las Cortes		Grupos Parlamentarios presentan nuevamente la proposición de Ley de Regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo
(*) No se dispone de información para confirmar o completar estos datos. Fuente: Hernández ¹⁰³ Ibáñez y García Velasco ¹⁰⁴ Gimbernat ¹⁰⁵ y Anales del Congreso de los Diputados				

El avance no está solamente en la despenalización sino en las razones que finalmente primaron para alcanzarla y así lo resume Ibáñez^{xxxí} en su análisis de la constitucionalidad de la norma: "Pero tanto en la propia sentencia, en sus doce fundamentos jurídicos, como en los cinco votos particulares de otros tantos Magistrados del Tribunal, *se anuncian, reconocen y estructuran esos derechos fundamentales de la mujer* que nos conducen a la libre maternidad y a su constitucionalidad."¹⁰⁶; y continúa, "en el Fundamento 8 de la sentencia se dice que «junto al valor de la vida humana ...

^{xxxí} Los textos en letra cursiva vienen del autor citado.

nuestra Constitución ha elevado también a valor jurídico fundamental *la dignidad de la persona* que ... se halla íntimamente vinculada con el libre desarrollo de la personalidad (art.10) y los derechos a la integridad física y moral (art 15); a la libertad de ideas y creencias (art. 16); al honor y a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen (art 18)». ... El Fundamento 12 de la sentencia se inicia así, «Desde el punto de vista constitucional, el proyecto, al no declarar punible el aborto en determinados supuestos, viene a *delimitar el ámbito de la protección penal del nasciturus, que queda excluido, en tales casos, en razón a la protección de los derechos constitucionales de la mujer ...*»¹⁰⁷ .

Habiendo reconocido el avance logrado, debe mencionarse que, la legislación española se decidió por la solución de indicaciones, aunque los análisis y argumentos basados en los derechos reconocidos en la Constitución^{xxxii} deberían haber llevado al sistema de plazo. Así lo destacaba Arroyo Zapatero ya en 1983: "De los sistemas de despenalización que se conocen, el único que respeta el contenido esencial de los derechos mencionados es el que autoriza a la mujer a decidir libremente la interrupción del embarazo en los primeros meses del mismo y mantiene la prohibición en el período posterior"¹⁰⁸

En los debates finales, previos a la aprobación de la Ley los grupos opositores manifestaban muy a su pesar, que la ley era restringida en su texto pero amplia en las posibilidades de ejecución. Así se expresaba el señor Cisneros Laborda, del Grupo Parlamentario Centrista: "Vamos a disponer, probablemente, de una de las legislaciones más timoratas y de una de las realidades más permisivas en materia de aborto de toda el área occidental"¹⁰⁹

ACTITUDES Y POSTURAS DE DIFERENTES GRUPOS

Dentro de las posiciones de los diferentes sectores de la sociedad española en el debate y despenalización del aborto se puede destacar:

^{xxxii} Resume Luis Arroyo Zapatero: (1983: 74-75) "La oposición de la mujer a la continuación del embarazo es el problema relevante porque la prohibición de abortar afecta a bienes jurídicos fundamentales de la mujer garantizados constitucionalmente. En efecto, la *prohibición* del aborto se resuelve en una *compulsión* a la maternidad. El Estado niega la libertad de la mujer para configurar sus condiciones de vida, se introduce en su esfera de intimidad —sus deseos, sus relaciones, sus expectativas— y la conmina a aceptar las condiciones de vida que acompañan a la maternidad. El estado condiciona así, contra la voluntad de la mujer el desarrollo de su personalidad. No se trata de una restricción de libertad en abstracto, de una contradicción de un genérico derecho a la libre autodeterminación de la mujer, sino de una restricción material, de carácter psíquico y social, de la libertad y de la intimidad".

El **sector de la salud**, directamente implicado en el asunto no podía ser ajeno al debate. Sin embargo, a juzgar por la documentación revisada, podría calificarse de “bajo perfil” si se compara justamente con su implicación. Debe reconocerse que no es fácil plantear fundamentos científicos desde el punto de vista bio-médico a un problema jurídico cuyas bases son de origen social. En términos generales se pueden analizar tres actores: las instituciones prestadoras de servicios —en su mayoría estatales—, las academias o colegiaturas y los profesionales a título individual. Antes de examinar cada caso, es obligado partir del juramento hipocrático que data del siglo V antes de Cristo e incluye el compromiso de “no administrar abortivos a mujer alguna”¹¹⁰, juramento que debe hacer cada médico en su rito de paso a la vida profesional y cuyo texto no puede fraccionar, innovar ni hacer salvedades.

Las instituciones del sector salud, deben atender los casos de complicaciones originadas en abortos realizados en malas condiciones, con los consiguientes costos de permanencia hospitalaria y atención de lesiones graves, con frecuencia irreversibles. Sin embargo se encuentran pocas alusiones a los indicadores de morbi-mortalidad materna en España debida o como consecuencia del aborto realizado en condiciones inseguras y prácticamente ninguna que se originara en las mismas instituciones. Después de la despenalización médicos de la Clínica Dator Médica expresaban en el V Congreso Estatal de Planificación Familiar: “Hace no muchos años vivimos en nuestros hospitales el ingreso de pacientes febriles, sépticas, ictéricas en estado muchas veces de shock y donde desgraciadamente muchas veces la medicina ya poco tenía que hacer por ellas. Estos cuadros ya no los conocen los ginecólogos jóvenes de España, gracias a la legalización de la IVE y a la labor siempre difícil de un grupo no grande de ginecólogos en su trabajo diario en clínicas y hospitales”¹¹¹.

Las asociaciones, los cuerpos colegiados o las academias^{xxxiii} en general se declararon en contra del aborto al considerar que la vida empieza desde el momento de la concepción y que cualquier acto abortivo constituye un atentado contra la vida humana¹¹². La mayoría de los textos aluden al producto de la concepción y no a la mujer y las consecuencias de tener un hijo que no desea o no puede

^{xxxiii} En este sentido Hernández cita los comunicados de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Madrid, Médicos Cristianos de Cataluña, Real Academia Nacional de Medicina, Colegio de Médicos de Vizcaya, Real Academia de Valencia, Junta Directiva del Colegio de Médicos de Pontevedra, Ginecólogos de la Cruz Roja Madrileña, Consejo de Ayudantes Técnicos Sanitarios, Consejo General de Colegios Farmacéuticos, Federación Española de Religiosas Sanitarias y Consejo General de Colegios Médicos.(HERNÁNDEZ, 1991, PAG 52-53)

atender. Algunas voces estuvieron a favor de la despenalización^{xxxiv}, y los argumentos partían de la situación de las mujeres que se enfrentaban a un embarazo no deseado, la necesidad de evitar la discriminación por motivos económicos que se originaba en lo que se denominó el “turismo abortivo” y también la necesidad de ajustar las normas a la innegable realidad¹¹³.

En el caso de los **médicos**, como en todos los estamentos de la sociedad, las opiniones estaban divididas. Algunos declararon aceptar el aborto terapéutico argumentando que la ciencia estaba muy avanzada y permitía hacer diagnósticos muy precisos mientras que otros dudaban de la certeza de los diagnósticos, —a pesar de reconocer los avances tecnológicos disponibles en ese momento— y estimaban que se sacrificarían varios fetos sanos por uno que realmente tuviera una anomalía. Santiago Dexeus, al manifestarse a favor de la despenalización, resaltaba los problemas del aborto clandestino o la inequidad del turismo abortivo, preveía la objeción de conciencia que harían los médicos católicos y también la importancia que adquiriría la indicación terapéutica como alternativa para causas psíquicas y médicas¹¹⁴. En una encuesta realizada en 1981 por Gerardo Hernández a médicos ginecólogos, justamente para conocer su opinión sobre la despenalización del aborto inducido, encontró que tres de cada cuatro médicos se mostraban contrarios a la despenalización y práctica del aborto, sin diferencia por zona urbana o rural. Por sexo, encontró que las mujeres mostraban menor oposición (53% en contra) que los hombres (77%) y los menores de 40 años (61%) menor oposición que los mayores (82%)¹¹⁵.

La posición de **la Iglesia Católica** seguía invariable y así se revela, entre otras muchas manifestaciones, en las homilias del Papa Juan Pablo II en su visita a España en 1982 cuando se iniciaba el proceso. En Madrid, refiriéndose al respeto a la vida humana decía “... quien negara la defensa a la persona humana más inocente y débil, a la persona humana ya concebida, aunque todavía no nacida, cometería una gravísima violación del orden moral”. El Episcopado Español actuaba en consecuencia y así lo dejó ver durante la campaña electoral de 1978 cuando, además de exhortar a la población en su derecho a votar, mostró su preocupación por los programas de algunos partidos que incluían la legalización del aborto¹¹⁶. Durante todo el proceso la Iglesia manifestó su oposición al aborto calificándolo de “crimen abominable” o “acto gravemente inmoral”.

^{xxxiv} Junta directiva de la Asociación para la Defensa de la Salud Pública, Sindicato Gallego de Sanidade, Comisión de Médicos Jóvenes de Madrid, Colectivo Acuario de Medicina Integral (de Valencia), Centro de Análisis y Programas Sanitarios de Barcelona (HERNÁNDEZ, 1991, Pag 54-55).

La **Corona Española** no escapó a la polémica que rodeó este proceso. En España, la Constitución encomienda al Rey la función de “sancionar y promulgar las leyes” y más exactamente el artículo 92 dice “el Rey sancionará en un plazo de quince días, las leyes aprobadas por las Cortes y las promulgará y ordenará su inmediata publicación”. La Constitución no plantea excepciones y tampoco le reconoce al rey la opción de vetar una ley aprobada por el Parlamento. Por otra parte el Rey no participa en la tarea legislativa y no puede por sí mismo convocar un *referéndum*, le corresponde únicamente sancionar y promulgar las leyes. Anteriormente se mencionó el caso del rey Balduino de Bélgica, quien se acogió a una figura constitucional que le permitía delegar sus funciones por un período de tiempo durante el cual se sancionó la Ley en ese país. En el caso del Rey Juan Carlos esto no era posible y él debió sancionar la ley de despenalización del aborto a pesar de su condición de católico. El Obispo de Cuenca anticipándose a los hechos, y llamando la atención de los funcionarios públicos en general, manifestó en 1983 que “los católicos que en cargo público, con leyes o actos de gobierno, promueven o facilitan –y en todo caso protegen jurídicamente– la comisión de aquel crimen no podrán escapar a la calificación moral de pecadores públicos”¹¹⁷.

La participación de las **mujeres** en el proceso tiene dos ángulos de análisis: como objeto de la ley, es decir aquellas que resultaban procesadas por haber cometido el delito de aborto y las agrupaciones feministas. En el primer caso, tuvo gran trascendencia el “proceso de Bilbao”^{xxxv} dado que se prolongó por diez años y alcanzó a coincidir con los debates de despenalización del aborto e incluso hasta la aprobación de la Ley y por lo mismo se convirtió en elemento ejemplificador para defensores y opositores de la misma. Sin embargo, como se ha dicho antes el número de procesos abiertos era irrisorio en comparación con el número de abortos realizados dentro del país o en el extranjero; en 1972 hubo 157 sumarios por delito de aborto, en 1982 año anterior a la aprobación de la ley hubo 52 y en 1985 años en que definitivamente entra en vigor hubo 122¹¹⁸. En 1988 se iniciaron 23 sumarios, posiblemente por situaciones no contempladas en la ley.

^{xxxv} Los hechos ocurrieron en 1973, las actuaciones judiciales se iniciaron en 1976; fueron acusadas once mujeres, dos por practicar abortos y nueve por someterse a ellos. Comparecieron ante Tribunal en octubre de 1979. El juicio fue suspendido por incomparecencia de una de las acusadas y se reinició en junio de 1981, pero fue aplazado nuevamente por incomparecencia de dos de ellas y otra declarada en rebeldía. El 16 de marzo de 1982 se llevó a cabo el juicio. La sentencia absolvió del delito de aborto a nueve acusadas (el argumento de la defensa fue “el ineludible estado de necesidad en que se encontraban y la agresión de una ley opresiva”), declaró a otra en rebeldía, al inductor a un mes de arresto mayor y a la mujer que practicó abortos a 12 años, diez meses y tres días por tres delitos de aborto consumado y uno frustrado con el agravante de haberlos cometido mediante precio. La sentencia absolutoria fue recurrida, la defensa impugnó este recurso. En diciembre de 1982 se suspendió la vista del recurso contra la sentencia absolutoria, que se reanudó en septiembre de 1983. El Tribunal supremo rechazó el estado de necesidad y la inconstitucionalidad del delito y dictó sentencia condenatoria contra tres acusadas “por delito imposible sobre aborto”. En relación con el estado de necesidad socioeconómico como causa excluyente de responsabilidad sobre aborto, la Sala indicó que no estaba incluida en los casos contemplados por la ley que se acababa de aprobar. (HERNÁNDEZ 1991: 185)

Como apoyo a las mujeres procesadas en Bilbao, 1357 mujeres conocidas por la opinión pública declararon haber abortado y a esta declaración se unieron 1200 hombres que decían haber colaborado en realización de abortos^{xxxvi}. También hubo manifestaciones de apoyo mediante encierros en el Palacio de Justicia de Bilbao, en la sala de Togas del Colegio de Abogados de Madrid y en el Ayuntamiento de Madrid.

Los grupos feministas que defendían el derecho al aborto se manifestaron desde antes de ser aprobada la nueva constitución (1978) con el objeto de que éste quedara como un derecho reconocido y que fuera libre y gratuito con cargo a la Seguridad Social. Las manifestaciones más numerosas se realizaban el ocho de marzo de cada año: hasta 1978 pidiendo que el derecho al aborto quedara explícito en la constitución, desde este año y hasta 1985 pidiendo la reforma del Código Penal (la despenalización del aborto) y después pidiendo la ampliación de la Ley de despenalización. A juzgar por los relatos, en las manifestaciones a favor del aborto participaban principalmente mujeres mientras que aquellas en contra del aborto tenían participación masculina. Según Hernández, la manifestación antiabortista de mayor magnitud ocurrió el 5 de marzo de 1983 “concentrando en Madrid a un número considerable de personas que oscilaba entre 200.000, según estimaciones del gobierno ... y 500.000 según los medios de comunicación”¹¹⁹.

DESDE LA DESPENALIZACIÓN HASTA FINALES DEL SIGLO XX

La ley de despenalización del aborto en España ha sido calificada de débil en el sentido de que los argumentos justificaban un sistema de plazos y en cambio se aprobó un sistema de indicaciones restringido, al no ser incluida la indicación social. Antes de cumplirse año y medio de aprobada la Ley, el Grupo Parlamentario Mixto^{xxxvii} presenta al Congreso una proposición de Ley para la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo, en la que se admitiría el aborto libre —a solicitud de la mujer— en un plazo de 104 días, solicitud confirmada por escrito en un plazo no inferior a tres días de la primera petición y un plazo más amplio —veintidós semanas— para el aborto terapéutico. En la exposición de motivos se planteaban las limitaciones de la Ley vigente y el marco creado por la Constitución Española para acoger el derecho de la mujer a decidir o no la interrupción del embarazo¹²⁰. Esta proposición de ley no prospera y la ley vigente no se modifica.

^{xxxvi} Estos dos grupos presentaron respectivas declaraciones de autoinculpación en las que además manifestaban el apoyo a las procesadas en Bilbao y a detenidas en Cerdanyola (Barcelona) y en general en contra de la creciente represión del aborto.

Cinco años después de la entrada en vigencia de la Ley, sigue considerándose desfasada de la realidad española como consta en la exposición de motivos de una proposición de Ley presentada nuevamente por diputados por Cataluña –grupo Parlamentario de Izquierda Unida—Iniciativa per Catalunya— en abril de 1990 cuando dice “La Ley Orgánica de despenalización del aborto, a los cinco años de su entrada en vigor, se ha demostrado escandalosamente insuficiente ... Siguen suscitándose problemas jurídicos, sociales, sanitarios, y en definitiva políticos, alrededor de los abortos que de una u otra forma, al amparo o fuera de la Ley se practican”¹²¹.

En las siguientes legislaturas, diferentes grupos parlamentarios siguen proponiendo, o bien la inclusión del cuarto supuesto –indicación social— o bien, una nueva ley que opte por la solución de plazo. De la exposición de motivos de estas iniciativas se pueden recoger los problemas más importantes derivados de la Ley de 1985. En 1996 el Grupo Socialista argumentando a favor de la indicación de necesidad, destacaba que “hay numerosas situaciones, distintas de las legalmente previstas, en las que el alumbramiento de un hijo supone para la mujer inconvenientes tan graves que exigirle que lo haga por medio de la coacción que la amenaza penal representa, resulta impropio de un orden jurídico democrático”¹²².

En junio de 2000, siendo cada vez más notorias insuficiencias de la Ley vigente para garantizar la protección jurídica y médica de las mujeres y los profesionales sanitarios que las han atendido, el Grupo Parlamentario Mixto, proponía una nueva ley. Reconoce que en quince años de vigor, si bien es cierto que se ha dado cierta normalización, también se han presentado denuncias policiales y judiciales que han llevado a las mujeres "a comisarías, juzgados y juicios, y a recibir todo tipo de amenazas que han agravado su situación, no sólo a ellas, sino también a los profesionales que las atienden. ... Esta inseguridad jurídica conlleva violación de la intimidad de las mujeres y de su libertad; ... la desigualdad de criterios en la aplicación de la Ley hace que ante la presión de sociedad, se dejen sin efecto las condenas y sin resolver el verdadero motivo de las condenas que es precisamente esta insuficiencia legal. ... Esta inseguridad jurídica ha conseguido que ... los profesionales sanitarios que deben prestar la asistencia médica a las mujeres que decidan interrumpir su embarazo se inhiban de ello; objeten en las clínicas y hospitales, fundamentalmente de la Sanidad Pública ...”¹²³

^{xxxvii} Grupo Parlamentario Mixto: agrupación de Diputados Izquierda Unida-Esquerra Catalana

La exposición de motivos para proponer ampliar la Ley concuerda plenamente con lo que se vive en España en pleno año 2000 cuando el aborto voluntario sigue siendo de alto riesgo jurídico. Basta con que alguien insista en demostrar que tener un hijo contra la voluntad de la mujer no comporta problemas de salud mental o que estos problemas no son suficientes para justificar un aborto^{xxxviii}. Mientras siga habiendo mayoría parlamentaria del Partido Popular no habrá ampliación de la Ley porque se declaran “partidarios del derecho a la vida y de incentivar la familia” y que el compromiso electoral es “mantener la Ley”. La propuesta electoral del Partido Socialista es una nueva Ley que ponga fin a las limitaciones actuales de manera que “ninguna mujer puede verse en el trance de ir a la cárcel por decidir en forma voluntaria la interrupción del embarazo”. El Bloque Nacionalista Gallego e Izquierda Unida proponen, cada uno por su parte, una ley más amplia, basada en un sistema de plazos y con asistencia pública. Otros partidos como Convergencia y Unión (CiU, de Cataluña) y el Partido Nacionalista Vasco (PNV) no presentan un programa electoral respecto del aborto sino que dejan la decisión a conciencia de cada diputado. En 1998 no siguió a trámite la proposición para una nueva Ley; la mayoría parlamentaria del PP se habría superado con la unión de los partidos de izquierda y los partidos nacionalistas pero como estos últimos no han impuesto disciplina de voto, algunos de sus diputados votaron por el “no” quedándose a muy pocos votos de poder seguir a trámite (172 a favor, 173 en contra y una abstención)¹²⁴.

En las elecciones 2000 también se hicieron sentir los obispos de la Iglesia Católica al llamar a su feligresía a votar por partidos que estuvieran en contra del aborto o por lo menos que no impulsaran la ampliación de la Ley vigente. En materia de anticoncepción y aborto los fieles se apartan cada vez más de las normas de la iglesia no sólo en su forma de pensar sino en su comportamiento. Basta reflexionar a qué religión pertenecen las cerca de 60000 mujeres que abortaron en España en el año 2000. No en vano se ha calificado a la anticoncepción y al aborto voluntario como el mayor cisma de la Iglesia Católica.

^{xxxviii} El diario EL PAÍS publicó en febrero de 2000 varios casos de aborto con complicaciones desde el punto de vista judicial. Un caso se refiere a una Clínica de Valencia en la que se presentaron agentes de la policía judicial en busca de una mujer que iba a abortar; el marido (del que se había separado recientemente) la había denunciado por querer hacerse un “aborto ilegal”. Otro caso se refiere a una clínica de Oviedo y su personal médico que había practicado un aborto con todos los requisitos legales resultaron denunciados por los familiares del novio de “una chica de 22 años que tenía problemas con el novio y no quería casarse con él”. La médica psiquiatra finalmente fue indultada y pudo volver a ejercer como tal, pero tuvo que soportar todo el juicio y ver empañada su hoja de vida legal. (EL PAÍS, “Abortos de alto riesgo legal”, sábado 19 de febrero de 2000: 22-23)

II. ASPECTOS TEÓRICOS Y CONCEPTUALES

Hasta ahora se ha visto la anticoncepción y el aborto en su evolución histórica hasta finales del siglo XX cuando las sociedades reclaman el derecho a usar los métodos anticonceptivos modernos y eficaces, disponibles en el mercado, así como poder acceder a las técnicas para el aborto seguro. Toda esta evolución se ve reflejada en los acuerdos internacionales en asuntos de población, bien sea en su relación con medio ambiente, desarrollo, salud o cualquier otro aspecto que afecte a la población. El proceso es de doble vía, de una parte, las sociedades demandan la protección de sus derechos y de otra, los acuerdos internacionales buscan proteger los derechos de los individuos en las distintas sociedades.

La defensa de los derechos humanos ha llevado a precisiones tales como los derechos de la mujer, los derechos de los niños y de las niñas o el derecho a la salud sexual y de la reproducción. Dentro de estos derechos está el de poder enmarcar la maternidad y la paternidad en el proyecto de vida y efectivamente, el derecho a la elección del número de hijos y el momento de tenerlos ha estado presente en todos los convenios internacionales desde la Declaración de los Derechos Humanos.

En este capítulo se verá cómo han ido evolucionando los conceptos en las normativas internacionales y cómo se han ido acotando hasta llegar a hablar de los derechos sexuales y de la reproducción y particularmente de salud sexual y reproductiva. También se analizará la anticoncepción desde el punto de vista demográfico como uno de los determinantes próximos de la fecundidad; se verá su importancia relativa a través del tiempo y en diferentes contextos y cómo constituye una variable de intervención dentro de los planes y políticas de población. El aborto y la esterilidad, que también son determinantes próximos de la fecundidad, presentan dificultades para el análisis de su impacto demográfico debido a deficiencias de información y por esta razón su abordaje tenderá a destacar la importancia de mejorar los sistemas de información. En el § 1 del recuadro se presenta una recopilación de los tratados o conferencias internacionales que han tenido como objetivo la población o que han puesto el acento en asuntos de la población. En los § 2 y § 3 hay una selección de textos de la CIPD-1994. El énfasis en la CIPD-1994 radica en que fue la última conferencia de población y desarrollo del siglo XX y la primera que habló de derechos sexuales y reproductivos.

II.1 LOS DERECHOS SEXUALES Y DE LA REPRODUCCIÓN

§1. Pactos, Tratados, Acuerdos Internacionales
1945 Carta de la Naciones Unidas. Se reafirma la "fe en los derechos fundamentales de hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas"
1948 Declaración Universal de Derechos Humanos. "Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad en su persona" "Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia... sólo mediante el libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse matrimonio" " la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales"
1954 Conferencia Mundial sobre Población. Roma (Italia)
1965 Conferencia Mundial sobre Población. Belgrado (Serbia)
1968 Conferencia Internacional de Derechos Humanos ²⁵ . Teherán (Irán). "Los padres tienen el derecho humano básico de determinar libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos"
1974 Conferencia Mundial de Población, Bucarest (Rumania) "todas las parejas e individuos tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para ello: la responsabilidad

LOS ACUERDOS INTERNACIONALES Y LOS ASUNTOS DE POBLACIÓN

Para llegar a hablar de derechos sexuales y de la reproducción se ha recorrido un largo camino. Son tan inherentes al ser humano que afloran preguntas como ¿porqué no basta hablar de los derechos humanos? ¿porqué hay que especificarlos? o ¿cuántas precisiones más habrá que hacer?

Las mismas preguntas surgen frente a los derechos de los niños o a los derechos de los migrantes. No deja de llamar la atención el tener que reconocer que los derechos de las mujeres son derechos humanos. Pero a veces la fuerza de la costumbre hace que la transgresión de una norma no se entienda como tal y no se repara en ello, por eso hay que demostrar que se están violando ciertos derechos, sólo así se podrán enmendar errores históricos.

La Carta de las Naciones Unidas (1945) es tal vez el primer instrumento producto del consenso internacional en el que se propende por los derechos fundamentales de los hombres y las mujeres. El año 1948 marca un hito en la historia al realizarse la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Algunos países tenían una trayectoria en estos aspectos pero para muchos otros constituyó su primer reconocimiento a la igualdad de los seres humanos.

Es claro que aceptar los acuerdos internacionales sobre algún tema en particular no garantiza su cumplimiento, pero es un paso hacia adelante en estos procesos^{xxxix}. Algunos son tratados de obligatorio

^{xxxix} En este sentido se debe distinguir entre tratados y acuerdos. Los tratados son de obligatorio cumplimiento por parte de los Estados que los suscriben y por lo general son ratificados por un mínimo de países antes de entrar en vigor. Los acuerdos logrados a través de conferencias, cumbres u otros mecanismos de encuentro, no son de obligatorio cumplimiento, pero

	para ello; la responsabilidad de las parejas e individuos en el ejercicio de ese derecho exige que tengan en cuenta las necesidades de sus hijos, vivos y futuros, y sus obligaciones hacia la comunidad" (Principio 14f, Plan de acción mundial sobre población)
1975	Conferencia Mundial para el Año Internacional de la Mujer. México D.F. (México)
1976	Se proclama el "Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer igualdad, desarrollo y paz. 1976-1985"
1978	Conferencia Internacional sobre Atención primaria en Salud. Alma Ata (Kazakistán-URSS)
1979	Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención Sobre La Eliminación De Todas Las Formas De Discriminación Contra La Mujer
Artículo 5:	Modificar patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres ¹²⁶ .
1980	II Conferencia Internacional Sobre la Mujer. Copenhague (Dinamarca). Evaluación de la primera mitad del decenio.
1984	Conferencia Internacional Sobre Población. México D.F. (México). Se reafirmó el texto de Bucarest, ya citado.
1985	Conferencia Mundial para el examen y la evaluación de los logros del Decenio de la N.U. para la Mujer. Nairobi

cumplimiento como La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1.948) y la Convención Sobre La Eliminación De Todas Las Formas De Discriminación Contra La Mujer (1.979), ratificados por un amplio número de países (154, en el caso de esta Convención). En virtud de estos tratados los Estados "están obligados a abstenerse de menoscabar las libertades individuales y deben adoptar activas medidas para promover el ejercicio de los derechos"¹³¹.

En el tránsito de los acuerdos y tratados internacionales se ha visto la necesidad de trabajar en la identificación de los grupos de población más vulnerables en materia de derechos con el fin de lograr mayor atención para ellos; los documentos internacionales se han hecho más específicos en su redacción de manera que sirvan de apoyo a la formulación de políticas y distribución de recursos. Ha habido especial atención a problemas como la discriminación racial, la discriminación contra la mujer, la violencia contra la mujer y los derechos del niño.

La reunión internacional convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Alma Ata¹³² (1.978), cuya meta fue la de "salud para todos en el año 2000" ofreció a los Estados orientaciones concretas sobre cobertura y alcances de la atención primaria en salud. En la Declaración se establece que la atención primaria en salud, incluye entre otras cosas, educación en problemas de salud y los métodos para prevenirlos y atenderlos, la promoción de una nutrición adecuada, un adecuado suministro de agua potable y saneamiento ambiental, atención de salud materna e infantil incluida la planificación familiar, inmunización y provisión de medicamentos esenciales.

reflejan el consenso internacional y los organismos encargados de vigilar el cumplimiento de los tratados pueden tener en cuenta sus recomendaciones al fijar normas, hacer interpretaciones o exhortar a los países a observar el correspondiente tratado.

	(Kenia). Se adopta por consenso el documento "Estrategias de Nairobi"
1989	Convención sobre los derechos del niño. Nueva York (U.S.A.) "asegurar una apropiada atención de salud prenatal y postnatal para las madres" "proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexual"
1992	Cumbre Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo. Río de Janeiro (Brasil)
1993	Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena ¹²⁷ (Austria) "Los derechos humanos constituyen una norma universal, independiente de las normas vigentes en cada uno de los estados nacionales individuales"
1994	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD). El Cairo ¹²⁸ (Egipto)
	Capítulo II. Principio 8 "Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los estados deben adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a servicios de atención de salud, inclusive los relacionados con la salud reproductiva, que abarca la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles, sin ningún tipo de coacción. Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo"
1995	Cumbre Mundial sobre desarrollo Social. Copenhague (Dinamarca)

La Convención Sobre La Eliminación De Todas Las Formas De Discriminación Contra La Mujer explicitó que no sólo se debe abogar por la igualdad de hombres y mujeres sino que es necesario examinar las normas y prácticas de género para asegurar que no debiliten el ejercicio de los derechos.

La que se puede considerar como primera reunión internacional en temas de población se llevó a cabo en Bruselas en 1.853 y su principal objetivo fue definir y recomendar metodologías censales.

En 1.927, Margaret Sanger, abanderada de la planificación familiar, organizó una reunión en Ginebra para presionar sobre los problemas de la población y su influencia en las situaciones sociales, económicas y políticas. De esta reunión surge en París, en 1.928, la Asamblea de la Unión Internacional para la Investigación Científica de los Problemas de Población. En 1.947 se reconstituyó para dar paso a la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIESP) que en 1.997 celebró su 50º aniversario¹³³.

Después de la Segunda Guerra Mundial nuevas preocupaciones llamaron la atención de los científicos y de los políticos en el campo de la población. El rápido descenso de la mortalidad en los países pobres repercutió en el incremento de sus tasas de crecimiento, las cuales alcanzaron niveles no conocidos hasta ese momento; esto generó intranquilidad por las consecuencias de la sobrepoblación en estos países, agravada por la sostenida disminución del crecimiento poblacional de los más desarrollados. La naciente Organización de las Naciones Unidas (ONU) creó en 1.946 la Comisión de Población (hoy de Población y Desarrollo) con la función de realizar estudios sobre la dinámica demográfica y sus implicaciones y elaborar proyecciones de población. En 1.954 la ONU y la UIESP organizaron una conferencia en Roma para crear en algunos casos, y mejorar en otros, los sistemas de recolección de datos pero también para debatir aspectos

<p>1995 Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres (CCMM), Beijing ¹²⁹ (China).</p> <p>Reafirmó y fortaleció el consenso logrado en El Cairo. Gran parte de los textos sobre salud de la reproducción y derechos de la procreación aprobados en la CIPD se incorporaron directamente en la Plataforma de Acción.</p> <p>“Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia y se reconoce que la capacidad de las mujeres para controlar su propia fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos”</p> <p>1996 Segunda Conferencia de las N.U. sobre Asentamientos Humanos. HABITAT II. Estambul (Turquía).</p> <p>1996 Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Roma (Italia)</p> <p>1999 Examen y evaluación del programa de Acción de la CIPD¹³⁰. Nueva York (U.S.A.)</p>
<p>§ 2. Selección de textos del Plan de Acción de la CIPD reordenados por FAMILY CARE INTERNATIONAL</p> <p>Establecer las condiciones propicias para la salud reproductiva¹³⁶</p> <p>Eliminar todas las formas de discriminación contra la</p>

de recolección de datos, pero también para debatir aspectos importantes de toma de decisiones en el campo demográfico. Otra reunión, convocada de nuevo por la ONU y la UIESP, y también de carácter técnico se llevó a cabo en Belgrado en 1.965. En esta ocasión el acento estuvo en la fecundidad como factor de desarrollo socioeconómico¹³⁴. Estas dos conferencias, financiadas por la División de Población de las NU con apoyo de la IUSSP se plantearon como encuentros científicos de expertos (procedentes en su mayor parte de la comunidad de demógrafos) que participaban a título personal y por consiguiente no formularon resoluciones en materia de población¹³⁵.

En 1.969 comienza a funcionar lo que hoy se conoce como el Fondo de las Naciones Unidas para la Población (FNUAP), a través del cual la ONU organiza en 1.974 la Conferencia Mundial de Población de Bucarest, en 1.984, la Conferencia Internacional sobre Población llevada a cabo en México y la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), en El Cairo en 1994. Estas reuniones tuvieron un creciente carácter político y a ellas asistieron delegaciones gubernamentales.

En la Conferencia de Bucarest persiste el debate sobre la relación entre fecundidad y desarrollo; mientras que los países en desarrollo plantean que el desarrollo favorecerá el descenso de la fecundidad, los países desarrollados consideran que sin reducción de la fecundidad no se logrará el desarrollo^{x1}. Se reafirma que la familia es la unidad básica de la sociedad, que las parejas y los individuos tienen el

^{x1} El Informe de la Conferencia de Bucarest en sus trece principios reafirma los acuerdos internacionales sobre derechos humanos, reconoce que el desarrollo de los pueblos no puede darse sin autonomía e independencia –hace explícita referencia al apartheid–, que la población y el desarrollo están inter-relacionados, que las políticas de población son parte integrante de las políticas de desarrollo socioeconómico pero que no las sustituyen, que la familia es la unidad básica de la sociedad y debe ser protegida, que las parejas y los individuos tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento entre ellos, que las mujeres tienen derecho a la plena integración en el proceso de desarrollo, y que en la formulación de políticas hay que tener en cuenta, entre otros factores, que la demanda de recursos vitales aumenta, no sólo por el crecimiento de la población, sino por aumento del consumo per-cápita

mujer de manera de permitirle que ejerza sus derechos a la salud sexual y reproductiva y de propiciar su igualdad de representación en todos los niveles de la vida política y pública.

Eliminar toda forma de discriminación contra las niñas y las causas en que se basa la preferencia por el varón, que dan como resultado prácticas dañinas y poco éticas, como la selección prenatal del sexo y el infanticidio de las niñas.

Velar por que el hombre y la mujer tengan acceso a la información, la educación y los servicios para lograr una buena salud sexual y ejercer sus responsabilidades y derechos reproductivos mediante una mayor sensibilidad a la relación entre los sexos, la conducta sexual responsable y las relaciones de equidad entre ambos.

Garantizar el acceso a la educación primaria universal antes del año 2015

Eliminar para el año 2005 la disparidad entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria.

Definiciones de salud reproductiva y derechos reproductivos¹³⁷

básica de la sociedad, que las parejas y los individuos tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento entre ellos, que las mujeres tienen derecho a la plena integración en el proceso de desarrollo¹⁴³.

Como lo señala la demógrafa Louise Lassonde, la Conferencia de México se realiza en momentos en que los países pobres comienzan a resentir los efectos del fuerte crecimiento demográfico. Sin embargo, las prevenciones hacia el comunismo llevan a que los Estados Unidos cambien radicalmente su posición frente a la que habían defendido en 1974, afirmando que “el crecimiento de la población es un ‘fenómeno neutro’ mientras que hay que buscar las causas del subdesarrollo por el lado de la excesiva centralización de la economía que impone presiones artificiales al mercado”¹⁴⁴ y así cambia su bandera de reducción de la fecundidad por la de la libertad de intercambios comerciales y la diversidad de fuentes de inversión. En estas condiciones, la Conferencia de México, no avanza en lo referente a fecundidad y derechos sexuales y sólo ratifica los acuerdos de Bucarest.

^{xi} En la Declaración de Principios de la CIPD se reconoce que los seres humanos son el recurso más valioso de una nación, que el derecho al desarrollo es universal e inalienable; se promueve la equidad entre los sexos, la habilitación de la mujer y la eliminación de la violencia contra ella; se reconoce que el desarrollo sostenible exige que las relaciones entre la población, los recursos, el medio ambiente y el desarrollo sean plenamente reconocidas y tratadas adecuadamente; se exhorta a los estados y a las personas a cooperar en la tarea de erradicar la pobreza, se reconoce el derecho al disfrute de la salud física y mental, al acceso a los servicios de atención de salud, inclusive salud de la reproducción, planificación familiar y salud sexual, se reconoce que la familia es la unidad básica de la sociedad y como tal debería fortalecerse, se reconoce el derecho a la educación y que se debe prestar atención a la educación de las mujeres y las niñas; que los estados y las familias deben asignar la más alta prioridad a los niños quienes deben ser protegidos contra toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación; que los países que reciben migrantes documentados deberían darles a ellos y a sus familias el trato apropiado y prestarles los servicios necesarios; que en caso de persecución toda persona tiene derecho a buscar asilo y a disfrutar de él; que los estados deberían reconocer y apoyar la identidad, cultura e intereses de las poblaciones indígenas; que el crecimiento económico sostenido exige un crecimiento de base amplia que ofrezca a todas las personas igualdad de oportunidades.

^{xiii} En esta confrontación no debe olvidarse el carácter singular del Estado Vaticano único cuerpo religioso con representación formal en las Naciones Unidas, formado por célibes y regido por hombres.

^{xiiii} Los campos de acción son: ayudar a las mujeres a salir de la pobreza, asegurar la educación para todos eliminando las inequidades por razón de sexo, asegurar la atención básica de salud de las mujeres, eliminar la violencia contra ellas, proteger a la mujer en los conflictos armados u otros conflictos, promover la independencia económica de las mujeres y su participación en la toma de decisiones, establecer los mecanismos institucionales para el desarrollo de las mujeres, promover sus derechos humanos, examinar el rol de los medios de comunicación, integrar a las mujeres en el proceso de desarrollo sostenible y dar especial atención a las niñas

Salud Reproductiva: es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos.

Salud sexual: está encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Derechos reproductivos: abarcan ciertos derechos humanos ya reconocidos en documentos nacionales e internacionales sobre derechos humanos: el derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y a disponer de la información y de los medios para ello, el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, el derecho a adoptar decisiones sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.

La promoción del ejercicio de esos derechos de todos debe ser la base primordial de las políticas y programas

Habría sido deseable que la CIPD partiera de la evaluación del Plan de Acción de Bucarest, concebido para veinte años, con lo cual se habría visto el progreso de los conceptos, los logros y los estancamientos. Aunque la evaluación se hizo y está disponible en la División de Población de la ONU en Nueva York¹⁴⁵, no constituyó un insumo para la preparación de El Cairo; muchos de los acuerdos alcanzados en la última conferencia del siglo parecían novedosos; no obstante, textos que fueron muy discutidos venían siendo heredados desde Bucarest y ratificados en otras reuniones mientras que otros temas, a pesar de su importancia, se quedaron sin suficiente discusión y consenso. Es el caso del *DESARROLLO* que constituía uno de los objetivos de la Conferencia, u otros como la mortalidad, el envejecimiento, las migraciones y la ayuda al desarrollo.

De hecho, la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo en 1.994 viene precedida por un agitado trabajo de diferentes grupos, de los cuales tiene gran despliegue el liderado por el Vaticano en contra del aborto y la planificación familiar. Por su lado los grupos feministas –que constituyen buena parte de las organizaciones no gubernamentales (ONG) y que por primera vez tienen un espacio en la Conferencia–, buscan acuerdos para contrarrestar la posición del Vaticano y garantizar que sus principios sobre la salud, los derechos y la posición de las mujeres fueran reconocidos y quedaran explícitos en el Plan de Acción.

En la declaración de principios de la CIPD¹⁴⁶ se reafirma una vez más la Declaración de los Derechos Humanos^{xli} y se recogen elementos que venían trabajándose en reuniones internacionales de diverso ámbito como es la necesidad de promover la equidad entre los sexos, el empoderamiento de la mujer y la eliminación de la violencia contra ella. Se reconoce el derecho al acceso a los servicios de atención de salud, inclusive salud de la reproducción, planificación familiar y salud

sexual

estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la salud sexual y la planificación de la familia.

Principios de conceptualización y ejecución de políticas y programas de salud reproductiva:

Promover la equidad y la igualdad de los sexos y asegurar que la mujer controle su propia fecundidad son la piedra angular de los programas de población. Los estados deberán asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los de atención de la salud sexual y reproductiva.

Todos los proveedores de servicios deberían salvaguardar el principio de libre elección informada proporcionando información amplia y práctica de una gama completa de métodos seguros y efectivos. Su objetivo debe ser apoyar las decisiones responsables y voluntarias sobre procreación y los métodos para la regulación de la fecundidad de manera de atender a las necesidades cambiantes durante todo el ciclo vital.

Garantizar la salud reproductiva¹³⁸.
Acceso universal
Objetivo

Todos los países deben esforzarse por que una amplia gama de servicios de salud reproductiva de elevada calidad sean asequibles a todas las personas, incluidos los de planificación de la familia y de salud sexual, mediante el sistema de atención primaria de salud, a más tardar para el año 2015. Los servicios deberían ser accesibles, aceptables y cómodos para todos los usuarios.

Enfoque integral:

La atención de la salud reproductiva

sexual.

Cada Conferencia de Población se ha caracterizado por tener sus propias corrientes de oposición, lo que Lasonde llama "líneas de fractura ideológica", así para Bucarest cita el enfrentamiento Norte-Sur, para México el de Este-Oeste y para El Cairo la concepción laicoteocrática de la sociedad¹⁴⁷. Pero en esta última bien puede ser la de género: las mujeres reivindican sus derechos largamente desconocidos en la mayor parte de las culturas, de ahí que cobren tanta importancia asuntos en los que ellas se ven particularmente afectadas como son los derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual y reproductiva^{xiii}. En algunos apartados la redacción del documento parece olvidar que estos asuntos también atañen a los hombres.

No puede dudarse que la incorporación de derechos reproductivos y de salud reproductiva como conceptos más amplios que anticoncepción y que planificación familiar fue un avance, así como lo fue hablar de sexualidad, tema tabú, más todavía en un foro de estas características. Después de un intenso proceso de negociación se lograron acuerdos en cuanto a salud sexual pero los derechos sexuales quedaron entre corchetes, lo cual significa que algunos países mantienen sus reservas.

La Cuarta Conferencia Internacional de las NU sobre las Mujeres (CCMM) llevada a cabo en Beijing en septiembre de 1.995 –año en que se celebró el 50º aniversario de la ONU– marcó un récord de participación, tanto de las delegaciones oficiales como de las organizaciones no gubernamentales. Como resultado de la Conferencia se aprobó el documento *Plataforma de Acción*¹⁴⁸ en el cual se recogen los avances y rezagos de las *Estrategias de Nairobi*, consenso de la III Conferencia, y sobre los que se definen doce áreas en las que hay que trabajar primordialmente para eliminar los

en el contexto de la atención primaria de salud debe incluir:

asesoramiento, información, educación, comunicación y servicios de planificación de la familia de buena calidad;
atención prenatal, parto sin riesgo y atención postparto, incluida la lactancia materna;
prevención y tratamiento de la infecundidad;
prevención y tratamiento de las complicaciones derivadas de abortos;
servicios adecuados de atención al aborto, donde no sea contrario a la ley;
tratamiento de las infecciones del aparato reproductivo, de las enfermedades de transmisión sexual y de otras condiciones del sistema reproductivo;
información y asesoramiento sobre la sexualidad humana, la paternidad responsable y la salud sexual y reproductiva;
disuasión activa de prácticas peligrosas, como la mutilación genital de la mujer;
remisión a servicios adicionales relacionados con la planificación de la familia, las complicaciones del embarazo, parto y aborto, la infecundidad, las infecciones del aparato reproductivo, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA y los cánceres del sistema reproductivo, incluido el cáncer de mama. Siempre que sea posible, los programas de salud reproductiva y de planificación de la familia deberían abarcar servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, reconociendo que suelen aumentar el riesgo de la transmisión del VIH.

Asegurar la cobertura, utilización y calidad de los servicios de salud reproductiva¹³⁹

Todos los programas públicos y privados de salud reproductiva, incluidos los de salud sexual y

en las que hay que trabajar primordialmente para eliminar los obstáculos que persisten para la plena e igualitaria participación de las mujeres en el desarrollo social^{xliii}.

En este foro se estableció por primera vez que las tradiciones y culturas no pueden ser justificación para la discriminación de las mujeres ni para atentar contra su vida o sus derechos fundamentales, es decir que hay un límite entre los derechos humanos y las tradiciones culturales. La plataforma de Acción de Beijing también recomienda la potenciación de las mujeres como un factor de erradicación de la pobreza; su acceso a los recursos productivos, la propiedad de la tierra, los recursos económicos y los servicios de educación y capacitación profesional. Insta a los gobiernos en la toma de conciencia acerca de responsabilidad de los medios de comunicación en la promoción de imágenes no estereotipadas de los hombres y las mujeres¹⁴⁹.

En 1.999 se llevó a cabo en Nueva York, dentro de la Asamblea General de las Naciones Unidas, el Examen y Evaluación del Programa de Acción de la CIPD en lo que se ha llamado, Cairo+5 (Recuadro § 3). Según el informe ha habido avances en la aplicación de las recomendaciones de la Conferencia, pero también en algunos casos se ha retrocedido. Los avances se registran en la mayor aceptación de la definición de salud reproductiva y en los esfuerzos por prestar servicios integrales, así como en el incremento en el uso de métodos de planificación de la familia. También se reconoce que muchos países han adoptado medidas importantes para lograr una mejor ordenación de las migraciones internacionales mediante acuerdos bilaterales y multilaterales¹⁵⁰.

Los rezagos y estancamientos se presentan en temas de gran trascendencia para la CIPD. Las mujeres y las niñas siguen siendo discriminadas en muchos países. La pandemia del VIH/SIDA ha

planificación de la familia deben mejorar la calidad de la atención, y para ellos se debe:

velar por que las mujeres y los hombres tengan información sobre la mayor gama posible de métodos inocuos y eficaces de planificación de la familia y acceso a ellos, apropiados según la edad, el número de partos, la preferencia en cuanto al tamaño de la familia y otros factores, para que puedan tomar decisiones libres e informadas;

proporcionar información accesible, completa y precisa sobre los diversos métodos de planificación de la familia, incluidos sus riesgos y beneficios para la salud, sus efectos secundarios y su eficacia para prevenir enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

velar por la prestación de servicios seguros, asequibles y accesibles para el usuario; garantizar la intimidad y la confidencialidad de los servicios;

asegurar un suministro suficiente de anticonceptivos de alta calidad;

ampliar y mejorar la capacitación en atención de la salud sexual y reproductiva y en planificación de la familia para todos los proveedores de atención de salud, incluida la capacitación en comunicación y orientación interpersonal;

asegurar una atención complementaria adecuada, incluido el tratamiento de los efectos secundarios del uso de anticonceptivos;

asegurar la disponibilidad local de servicio conexos de salud reproductiva o el establecimiento de procedimientos de remisión adecuados;

dar mayor importancia a las medidas cualitativas mediante sistemas eficaces de evaluación e información que tengan en cuenta las perspectivas de los

discriminadas en muchos países, la pandemia del VIH/SIDA ha provocado aumento de la mortalidad en algunas regiones, no se logra el control de enfermedades infecciosas y parasitarias como la tuberculosis o la esquistosomiasis, la morbi-mortalidad materna sigue en niveles inaceptables, los adolescentes siguen siendo particularmente vulnerables a los riesgos de la salud sexual y reproductiva y millones de parejas siguen sin acceso a estos servicios. La mortalidad de adultos, especialmente hombres, ha aumentado en países con economías en transición y en países en desarrollo. Pese a las recomendaciones de la Conferencia sobre las presiones que causan movimientos de refugiados y de personas desplazadas, el problema continúa.

El hecho de que no se vea avance en ciertas áreas no debe causar sorpresa porque desde la celebración de la Conferencia se observó la debilidad de los acuerdos. El desarrollo como factor subyacente a los asuntos de población apenas recibió mención y temas como mortalidad, migración o envejecimiento tuvieron mínima atención frente a su importancia o frente a otros temas como salud reproductiva; es lo que Louise Lassonde llama "los silencios del Cairo". Esta diferencia de énfasis persiste al dedicarse un tercio del documento de Cairo+5 a los derechos y la salud reproductiva, fuera de estar citados numerosas veces dentro de temas como "Igualdad, equidad y potenciación de la mujer". A pesar de los avances, las decisiones políticas siguen ajenas al discurso y a garantizar el disfrute de los derechos humanos .

DE LOS DERECHOS HUMANOS A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1.948) menciona en particular el derecho a la elección de pareja y matrimonio con el consentimiento de ambos contrayentes y el derecho a la

usuarios posibles y efectivos de los servicios; asegurar que las actividades de motivación y asesoramiento de los proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva estén libres de todo tipo de coerción.

Mejorar la utilización y la satisfacción de los servicios¹⁴⁰

Las organizaciones públicas, privadas y no gubernamentales deberían eliminar todas las barreras relacionadas con programas que impiden la aplicación de la planificación de la familia para el año 2005, incluidas las barreras legales, médicas, clínicas y reglamentarias innecesarias a la información y al acceso a los servicios y métodos de planificación de la familia.

Salvaguardar los derechos

Los gobiernos deberían garantizar la conformidad con los derechos humanos y la observancia de las normas éticas y profesionales en la prestación de los servicios de planificación de la familia y de salud reproductiva conexos, con el fin de asegurar el consentimiento voluntario e informado. Con tal fin se insta a los gobiernos a que, en todos los niveles, implanten sistemas de supervisión y evaluación de servicios orientados hacia el usuario, con miras a detectar, prevenir y controlar abusos por parte de los directores y proveedores de los servicios de planificación de la familia y asegurar el mejoramiento constante de la calidad de los servicios.

§ 3. Selección de textos del Examen y Evaluación del Programa de la CIPD¹⁴¹

Apartes del Preámbulo:

“Un número cada vez mayor de países acepta la definición amplia de salud reproductiva elaborada en la

con el consentimiento de ambos contrayentes y el derecho a la atención de la salud materna e infantil. Veinte años después, en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos celebrada en Teherán en 1.968 se enfatizó en el derecho de los padres a la elección del número de hijos y el espaciamiento entre ellos.

Aunque desde Bucarest (1.974) se reconocían los derechos de las parejas y de los individuos a decidir sobre el número de hijos, estos términos causaron polémica en la preparación de la Conferencia de El Cairo. Cuando se habla de “pareja”, ¿se reconocen las parejas de homosexuales? ¿cuando se habla de la no discriminación como un derecho, se está reconociendo el derecho de los homosexuales a formar una familia? ¿Cuáles son los límites éticos de la ingeniería genética para garantizar el derecho de un individuo a la reproducción? ¿Cuál es el concepto subyacente de familia?

Uno de los logros de la CIPD fue haberse aproximado a definiciones sobre derechos sexuales y derechos reproductivos y sobre salud sexual y salud reproductiva como parte de estos derechos (Recuadro § 2). Debe aceptarse que estas definiciones son muy amplias, y hasta cierto punto vagas, dada la necesidad de ser reconocidas por todos los pueblos y culturas. Sin embargo esa vaguedad puede generar debilidad al no saberse exactamente de qué se está hablando. Una de las críticas que ha recibido El Cairo es que estas definiciones abarcan demasiado y no orientan sobre acciones concretas lo cual puede distraer los recursos, en muchos casos exiguos, que estaban orientados o destinados al control de la natalidad, debilitando un programa establecido y que ha tenido impacto.

Otra crítica a la CIPD que recoge Zurayk de varios autores es si lo consignado en el Plan de Acción refleja los problemas de la mayor parte de las mujeres o sólo los de aquellas de los países occidentales desarrollados. Algunos consideran que las últimas conferencias de las

Conferencia y muchos procuran prestar servicios integrales.

El aumento de la utilización de métodos de planificación de la familia indica que es mayor el acceso a los servicios correspondientes y que un número creciente de individuos y parejas tienen la posibilidad de escoger el número de sus hijos y el espaciamiento entre sus nacimientos”

Apartes del Capítulo II. Cuestiones de Población y Desarrollo.

“Los gobiernos deben volver a examinar las investigaciones recientes sobre la relación entre la reducción de la fecundidad y el crecimiento económico y su distribución equitativa.”

“Deben observarse atentamente las diferentes repercusiones sobre hombres y mujeres de la mundialización de la economía y la privatización de los servicios sociales básicos, en particular los servicios de salud reproductiva”

Apartes del Capítulo IV. Derechos reproductivos y salud reproductiva”

“Los gobiernos deben tratar de asegurar que para el año 2.015 todos los servicios de atención primaria de la salud y de planificación de la familia puedan proporcionar, directamente o mediante remisión, la variedad más amplia asequible de métodos de planificación de la familia y anticonceptivos inocuos y eficaces; atención obstétrica esencial; prevención y tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, incluidas las enfermedades de transmisión sexual, y métodos de barrera (como preservativos masculinos y femeninos y microbicidas sise dispone de ellos) para evitar infecciones.”

“El sistema de las Naciones Unidas, con el apoyo de la comunidad internacional,

desarrollados. Algunos consideran que las últimas conferencias de las Naciones Unidas han tendido a globalizar la cultura y valores “occidentales”¹⁵¹. Se argumenta que las feministas del tercer mundo estuvieron representadas en la Conferencia y que tenían la responsabilidad de presentar sus puntos de vista¹⁵² y aquí la pregunta es ¿qué tanto campo de acción tuvieron realmente las feministas y participantes del tercer mundo en la elaboración del documento puesto a consideración de la Conferencia y en la negociación de los acuerdos? Para las mujeres del tercer mundo el derecho a la reunificación de la familia posiblemente constituía uno de los acuerdos más reivindicativos pero, como lo señala Andreu Domingo, finalmente quedó calificado como de "vital importancia" y no como un derecho, con lo cual, los gobiernos de los países receptores no están obligados a facilitar la reunificación de las familias de los migrantes documentados¹⁵³. De manera más general, el derecho al desarrollo sería un factor subyacente que favorecería la satisfacción de otros derechos y quizás disminuiría la presión en los países pobres que obliga a emigrar a su población, con frecuencia a la más sana y educada.

El discurso internacional relativo a los derechos sin distinción de sexo, raza, religión u otra condición no parece tener concordancia con la política de globalización de la economía y de la cultura. El derecho al desarrollo se enfrenta a las políticas del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional en términos de privatización y ajuste estructural, que en muchos países del Tercer Mundo han repercutido en desmejoramiento de la cobertura y calidad de la atención de salud y de la educación.

Otros derechos, como la libre elección del número de hijos también tiene un límite; primero se argumentaba que, según las encuestas, las mujeres tenían más hijos de los que deseaban y que por tanto debía garantizarse el acceso a anticonceptivos para lograr ese derecho

debe redoblar sus esfuerzos para elaborar indicadores principales comunes sobre programas de salud reproductiva y llegar a un acuerdo sobre ellos, incluidos entre otras cosas, la planificación de la familia, la salud materna, la salud sexual, las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA, y la información, la educación y la comunicación para que se los tenga debidamente en cuenta en el proceso intergubernamental pertinente”.

§ 4. Carta de la IPPF sobre derechos sexuales y de procreación (1.995) ¹⁴²

1. El derecho a la vida debería invocarse para proteger a las mujeres cuyas vidas están en peligro debido al embarazo.
2. El derecho a la libertad y la seguridad de la persona debería invocarse para proteger a las mujeres que corren riesgo de mutilación genital o están sujetas a embarazos forzados, o esterilización o aborto impuestos.
3. El derecho a la igualdad y a estar libre de todas las formas de discriminación debería invocarse para proteger los derechos de todas las personas, sean cuales fueren su raza, color, sexo, orientación sexual, estado civil, posición en la familia, edad, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, bienes, nacimiento u otra condición, a tener acceso en igualdad de condiciones a la información, la educación y los servicios relativos al desarrollo y a la salud sexual y de la reproducción.
4. El derecho al carácter privado debería invocarse para proteger el derecho de todos los clientes a servicios, educación e información relativos a la atención de la salud sexual y de la reproducción y el carácter privado y confidencial de la información personal comunicada a los encargados de prestar servicios.
5. El derecho a la libertad de pensamiento debería invocarse para proteger el derecho de todas las personas a tener acceso a la educación y la información en relación con su salud sexual y de la reproducción, en forma libre de restricciones por razones de creencia, conciencia y religión.
6. El derecho a la información y a la educación debería invocarse para proteger el derecho de todas las personas a tener acceso a la información completa sobre los beneficios, los riesgos y la eficacia

garantizarse el acceso a anticonceptivos para lograr ese derecho. Ahora que la brecha se ha cerrado se busca reducir el número de hijos deseados interviniendo en la "libre elección". Como ejemplo se puede citar a Bongaarts cuando dice que "para lograr el máximo impacto demográfico, gobiernos de países en desarrollo deben ... reducir la demanda por familias grandes, actualmente, por familias de más de dos hijos"¹⁵⁴. Es claro que la "libre elección" del número de hijos irá hasta dos hijos y es ajena a la diversidad según la raza, la etnia, la cultura o la religión y que el impacto demográfico buscado es sobre crecimiento poblacional. En el debate sobre la libre elección del número de hijos tampoco se aborda el caso de tener menos hijos de los deseados como está ocurriendo en países desarrollados donde los costos personales de la crianza de los hijos son tan altos que difícilmente se encuentra el momento oportuno de tenerlos.

Un enfoque más político es el que compara los intereses nacionales con los derechos individuales y observa que progresa su acercamiento; hace alusión a los mismos resultados de las encuestas, según las cuales, las mujeres manifiestan cada vez con más frecuencia, un menor número deseado de hijos (que se acerca al interés nacional) y también, cada vez es menor la diferencia entre el número deseado y el número real.

Con el fin de hacer efectivos los acuerdos de la CIPD numerosas instituciones han seguido trabajando en su difusión y en hacer más comprensibles y operativos los conceptos. Así FAMILY CARE INTERNATIONAL ha reagrupado y publicado los temas pertinentes del Programa de Acción con el fin de orientar las políticas de población, de manera que los Estados puedan establecer las condiciones propicias para el logro de la salud reproductiva, su conceptualización y acceso universal, el enfoque integral que la debe caracterizar, así como la calidad y cobertura de los servicios y la satisfacción de los usuarios (Recuadro § 2).

de todos los métodos de regulación de la fecundidad, a fin de que todas las decisiones que adopten al respecto se efectúen con pleno y libre conocimiento de causa.

7. El derecho a decidir si contraer o no, matrimonio y fundar o no y planificar o no una familia debería invocarse para proteger a todas las personas contra todo matrimonio en que no medie el consentimiento pleno, libre y fundamentado de ambos contrayentes.

8. El derecho a decidir si tener o no hijos y cuándo tenerlos debería invocarse para proteger el derecho de todas las personas a los servicios de atención de salud de la reproducción que ofrezcan la gama más amplia posible de métodos seguros, eficaces y aceptables de regulación de la fecundidad y sean accesibles, costeables, aceptables y convenientes para todos los usuarios.

9. El derecho a la atención y la protección de la salud debería invocarse para proteger el derecho de todas las personas a servicios de atención de la salud de la más alta calidad posible y el derecho a verse libres de prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud.

10. El derecho a los beneficios del progreso científico debería invocarse para proteger el derecho de todas las personas a tener acceso a la tecnología disponible en materia de salud de la reproducción, respecto de la cual estudios independientes hayan demostrado una aceptable relación entre riesgos y beneficios, cuando negar acceso a dicha tecnología tenga efectos perjudiciales sobre la salud y el bienestar de las personas.

11. El derecho a la libertad de reunión y a la participación política debería invocarse para proteger el derecho de asociarse con fines de promover la salud sexual y de la reproducción.

12. El derecho a estar libre de tortura y malos tratos debería invocarse para proteger a los niños, las mujeres y los hombres contra todas las formas de violencia, explotación y abuso sexuales.

usuarios (Recuadro § 2).

Otras instituciones también han trabajado en la definición de los derechos reproductivos a la luz de los derechos humanos. En 1995 la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) aprobó la *Carta de los Derechos Sexuales y de Procreación* derivados de los derechos humanos consignados en los diferentes instrumentos internacionales (Recuadro § 4) y que pueden resumirse en cuatro puntos: (i) el derecho a la salud sexual y de la reproducción como componente de la salud general, (ii) el derecho a adoptar decisiones con respecto a la procreación, incluye la elección voluntaria de cónyuge, la formación de una familia y la información y los medios necesarios para decidir cuándo tener los hijos y cuántos (iii) derecho a condiciones de igualdad de hombres y mujeres para que las personas elijan sus opciones, libres de discriminación por motivos de género (iv) derecho a la seguridad sexual y de la reproducción incluido estar libres de violencia y coacción sexuales.

En este trabajo de la IPPF merece destacarse el derecho a tener acceso a la tecnología disponible en materia de salud de la reproducción (numeral 10) que no solo comprende la atención del embarazo y el parto, sino el acceso a la anticoncepción sin riesgos para la salud a corto, mediano o largo plazo, al aborto en condiciones seguras, a la prevención y tratamiento de la esterilidad.

II.2 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La definición de salud reproductiva se enmarca dentro de la definición de salud en general dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) pero aplicada a los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. La definición comprende:

- la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, en todo el ciclo vital.

- la capacidad de procrear y la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, así como de decidir cuándo y con qué frecuencia
- la capacidad de llevar a término preñeces deseadas así como poder dar bienestar al recién nacido de manera que se desarrolle su potencial.

El primer componente, disfrutar de una vida sexual satisfactoria, se refiere a elementos muy variados, por ejemplo, la libre elección de la pareja -la cual a su vez comprende aspectos como optar por una pareja del mismo sexo o estar libre de un matrimonio concertado por los padres o la familia-, la posibilidad de separar la sexualidad de la paternidad o de la maternidad —con lo cual se reconoce la sexualidad fuera del período fértil o fuera del matrimonio—, poder evitar riesgos de contagio de enfermedades de transmisión sexual o de infecciones del tracto reproductivo, la posibilidad de no tener riesgos para la salud por el uso de métodos anticonceptivos u otras tecnologías, a corto, mediano o largo plazo. Comprende también el sentirse bien consigo mismo; puede significar el acceso a tecnologías que le permitan corregir problemas físicos y en lo psicológico tener la posibilidad de superar complejos u otras limitantes, todo lo cual llevará a elevar la autoestima. La expresión “en todo el ciclo vital” recuerda la necesidad de identificar las necesidades de los menores y adolescentes y de las personas mayores, es decir de quienes no están en la etapa reproductiva.

El segundo componente, la capacidad de procrear, incluye la prevención o el tratamiento de la infertilidad, la posibilidad de lograr un embarazo en el momento en que se considere oportuno, la posibilidad de evitar preñeces no deseadas.

El tercer componente incluye la prevención y el control de los riesgos de complicación del embarazo, el parto y el postparto y la atención oportuna y calificada; algunas de las complicaciones tienen sus raíces en la desnutrición u otras condiciones de la infancia de la mujer y pueden dejar secuelas que afectan su vida sexual y reproductiva y su calidad de vida en general.

EL ENFOQUE INTEGRAL

La amplitud de la definición conlleva la noción de enfoque integral de la salud en contraposición a la atención por procesos aislados y exige la capacidad de los servicios de salud de percibir otros

problemas que afectan el bienestar físico, que es lo que en la mayoría de los casos, en última instancia, lleva a la persona al servicio de salud. Por ejemplo, la violencia contra la mujer no puede ser ignorada por el servicio de maternidad, éste no puede limitarse a controlar la tensión arterial, el peso u otras medidas antropométricas de una mujer embarazada y perder de vista el estado de angustia o maltrato del que está siendo víctima; al recomendar un método anticonceptivo no puede ignorar la sexualidad de la persona o de su pareja como tampoco puede ignorar la capacidad de la persona para controlar las dificultades que el uso del método implica. El enfoque integral también es aprovechar el acceso a los servicios para dar información y educación a los usuarios o hacer los exámenes de detección precoz de enfermedades.

Aceptando que la salud sexual y reproductiva es de responsabilidad multisectorial, debe reconocerse que gran parte recae en el sector salud y que hasta ahora ha sido atendida a partir de programas, como el materno-infantil, el de enfermedades de transmisión sexual o el de planificación familiar. El concepto recomendado busca el enfoque integral, no centralizar la atención sólo a ciertas edades o estatus marital, fortalecer la capacidad de las mujeres y los hombres para conocer sus derechos y exigir su garantía, y admitir la importancia de factores aparentemente ajenos, como es el desarrollo económico, para el logro de las metas propuestas.

Es indiscutible el desafío que tienen los planificadores para responder a la salud sexual y reproductiva como un todo. El programa de El Cairo recomienda insertar estos servicios en el contexto de la atención primaria en salud y garantizar la remisión a servicios adicionales relacionados con la planificación familiar, las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto, la infertilidad, las infecciones del aparato reproductivo, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA y los cánceres del sistema reproductivo incluido el cáncer de mama.

En el artículo de Axel Mundigo para la reunión de la UIESP en 1.997 se plantea que el reto también está en que, además de integrar y prestar estos servicios, se deben contemplar dos áreas novedosas, género y sexualidad, para lo que se requiere re-entrenamiento del personal¹⁵⁵. La noción de género es particularmente difícil de articular dentro de los servicios, pero el reconocimiento de los derechos de las mujeres, incluido el de la autodeterminación, es esencial para la promoción de la salud. La sexualidad, por su parte, es uno de los aspectos centrales de la reproducción y de la vida misma, sin embargo es un tema muy sensible para abordar con los usuarios de los servicios.

Considera que las áreas que requieren inmediata atención son coerción sexual y reproductiva, violencia doméstica, incesto y violación¹⁵⁶.

La mayor parte de las críticas mencionadas a la CIPD recaen en el concepto de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, analizando el documento de la CIPD quizás el problema no está en la ambigüedad del concepto o en su amplitud -que como se ha visto, es mucha y tal vez necesaria- sino en que cuando se intenta precisarlo se le da una mayor dimensión a la planificación familiar, al punto que se constituye en el eje y casi único elemento visible. Éste fue uno de los temas que tuvo cerca de cincuenta recomendaciones en el Plan de Acción, un poco menos que la salud reproductiva o las mujeres, cada uno con más de cincuenta recomendaciones; el aborto, a pesar de todas las expectativas generadas por la polémica previa a la Conferencia, fue objeto de menos recomendaciones (algo más de veinte)¹⁵⁷.

Revisando artículos sobre temas como derechos reproductivos, derechos sexuales, salud sexual y salud reproductiva, escritos en su mayoría después de la CIPD, se encuentra que el concepto más citado es el derecho a disponer de métodos anticonceptivos seguros y eficaces. Si bien la anticoncepción es uno de los derechos sexuales y de la reproducción, no puede decirse que sea el más importante y menos aún que sea el único. ¿a qué se debe entonces que sea mencionada tan frecuentemente? ¿será que se trata de una tecnología cuya apropiación modifica tan diversos elementos que puede compararse con la terapia de rehidratación oral para combatir la mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales? ¿será que es uno de los factores de más larga trayectoria y que en consecuencia se tiene presente más fácilmente? ¿será que hay un interés real y concreto en el control natal y la salud reproductiva ha servido de punta de lanza para llegar a sectores que no aceptan el control natal?

Lassonde resume diferentes posturas de los estudiosos del tema de población frente a la inclusión de la salud reproductiva en el Plan de Acción de El Cairo. Para algunos se han perdido las prioridades con el riesgo de desviar los recursos de los programas de planificación familiar a algo etéreo, lo cual puede considerarse injusto dado el resultado de los programas en su concreto objetivo de disminuir la fecundidad y el crecimiento poblacional; en apoyo a este argumento se dice que la salud reproductiva está ligada necesariamente al sistema de atención primaria en salud que es débil en los países en desarrollo, que la planificación familiar ha sido llevada por otras instituciones -por programas

comunitarios donde las clínicas no existen– y que los costos de atención de la salud reproductiva no han sido dimensionados, requiriendo infraestructura para diagnóstico y tratamiento siendo el factor costo muy importante en situaciones de escasez de recursos¹⁵⁸.

Otros piensan que se debe dar todo el soporte necesario a la salud reproductiva, insisten en la falta de apoyo de los países en desarrollo a este aspecto y la urgencia de corregir esta deficiencia, creen que se da demasiado énfasis al argumento sobre los costos y que el supuesto de que los sistemas de atención primaria no pueden expandirse a otras actividades afines con la salud reproductiva es irreal. Consideran que el manejo integral de la salud reproductiva redundará en control de la fecundidad¹⁵⁹. También se argumenta que no se esperaba que los presupuestos de planificación familiar se desviaran a salud, sino que ésta debe ser estructurada dentro de los programas de diversos ministerios como educación, salud, agricultura, finanzas, juventud entre otros^{160,161}.

En todo caso habría que contrastar estos argumentos con los resultados de la Conferencia de Alma Ata convocada en 1.978 por la Organización Mundial de la Salud que como se dijo anteriormente recomendó la inclusión de los servicios de salud materna e infantil incluida la planificación familiar en la atención primaria en salud.

COMPONENTES DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El propósito de este apartado es recoger la experiencia de quienes han trabajado en la identificación de los componentes de la salud sexual y de la reproducción, analizar la gama de aspectos contemplados y posiblemente señalar algunos vacíos. En el Cuadro II.1 se presenta un listado de los tópicos tratados en diversos documentos o reuniones sobre estos temas.

Para empezar, y como punto de referencia, se revisó el documento del Programa de Acción de la CIPD de El Cairo, y se establecieron las áreas o temas allí planteados, aunque allí no se exponen los indicadores propiamente dichos, como es obvio por la naturaleza del documento. Como complemento se analizó un trabajo de la División de Población de las Naciones Unidas, de carácter técnico y enfocado a monitoreo de los derechos y de la salud reproductiva y también, el informe de las Naciones Unidas de 1.997 sobre el Estado de la Población Mundial en el cual se retoman los acuerdos de El Cairo. Para comparar con la visión internacional se revisaron dos referencias de

España: la agenda del Primer Congreso Nacional de Salud Reproductiva, que se llevó a cabo en Sitges a finales de 1.998 y el documento presentado en Barcelona, a comienzos de 1.999 con motivo de la Campaña de Sensibilización Cara a Cara. La evaluación del Programa de Acción de la CIPD (1.999) permite ver hacia donde han girado estos conceptos que en su momento se consideraron en construcción. Las otras dos citas contemplan áreas de investigación en las que hay que trabajar a la luz de las definiciones de salud reproductiva.

Si bien, la lista no pretende ser exhaustiva, -como no lo fue el número de artículos seleccionados- se puede ver la gran cantidad de elementos que van construyendo el concepto de salud reproductiva. Las grandes áreas son reconocidas en general en todos los documentos y a juzgar por este resultado ciertos temas serán ineludibles al hablar de salud sexual y reproductiva: anticoncepción, interrupción voluntaria del embarazo, morbi-mortalidad materna y reproductiva y enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. Menor consenso se observa en el caso de cáncer cervical y cáncer de mama, en la accesibilidad a servicios y atención de embarazo, parto y puerperio, la mutilación genital femenina, los factores de riesgo para la salud materna e infantil.

Otros temas fueron contemplados en algunos de los documentos revisados, por ejemplo, la fecundidad, la drogadicción como comportamiento de riesgo para la salud sexual y de la reproducción, la violencia contra la mujer, la lactancia materna, la prostitución, la infertilidad y la infecundidad. La sexualidad sigue siendo difícil de abordar y Axel Mundigo deja explícita la necesidad de investigar sobre temas como la orientación sexual, en particular la homosexualidad, las prácticas sexuales alternativas, las múltiples parejas sexuales o el sexo no deseado.

En general el enfoque de género, entendido como que estos componentes de la salud sexual y de la reproducción son de diferente manifestación en hombres y en mujeres, pero igualmente importantes, parece ausente. De hecho, el rol de los hombres solo fue planteado por Axel Mundigo. Hay que reconocer que existe controversia frente a la participación masculina. En las conclusiones de la reunión regional sobre la contribución de las ONG a la aplicación de los acuerdos de El Cairo y Beijing en América Latina sobre la salud y los derechos reproductivos llevada a cabo en Quito en 1.997 se menciona que "... dentro del movimiento de salud de las mujeres existe preocupación de que, al enfocar más la salud reproductiva con relación a la masculinidad, se desviarán los recursos financieros y humanos destinados a la salud sexual y reproductiva de las mujeres..."¹⁶² y se

recomienda mantener el foco en la salud de las mujeres dadas las inequidades de género y culturales existentes y su mayor morbilidad y mortalidad por estas causas. Sin embargo el mismo documento más adelante sostiene que se necesita un proceso de reflexión por parte de los hombres para el cumplimiento de los acuerdos internacionales frente a la responsabilidad compartida y a la participación masculina. También se señala que con frecuencia “se hace un mal uso y abuso de la palabra género, que se interpreta muchas veces como sinónimo de mujer, omitiendo al hombre”.

Cuadro II.1 Indicadores o componentes de la salud sexual y de la reproducción mencionados en documentos sobre el tema

Indicador	cipd El Cairo-1994	World Population Monitoring-UN 1996	Estado de la Población Mundial UNFPA - 1997	La mujer y la salud Salud Reproductiva - 1998	FPF-España 1999	Salud y desarrollo del CIPD - El Cairo-5 U.N. 1.999	"Dixon-Muller R., Germain A. 1.997"	Axel Mundigo 1997
1. Anticoncepción	»	»	»	»	»	»	»	»
➤ Tasa prevalencia de antic. MEF en unión	»	»	»		»	»	»	
➤ Tasa prev. anticoncepción MEF no unidas sex. activas	»	»	»		»	»	»	
➤ Demanda insatisfecha de anticoncepción para espaciar	»	»	»			»	»	
➤ Demanda insatisfecha de anticoncepción para limitar	»	»	»			»	»	
➤ Demanda insatisfecha de anticoncepción apropiada							»	
➤ Tasa prevalencia métodos modernos	»	»	»		»	»	»	
➤ Tasa prevalencia anticoncepción masculina	»	»	»		»	»	»	
➤ Razones de no uso					»			
➤ Razones de discontinuación de métodos							»	
➤ Métodos usados incorrectamente							»	
➤ Efectos secundarios, colaterales de los métodos							»	
2. Interrupción del embarazo	»	»	»	»	»	»	»	»
➤ Incidencia de aborto		»	»	»	»		»	»
➤ Incidencia de aborto inseguro			»	»	»		»	»
➤ Egresos hospitalarios con aborto como causa			»				»	
➤ Conocimiento de síntomas de embarazo							»	»
➤ Métodos conocidos para regularizar la regla							»	
3. Morbilidad materna, morbilidad reproductiva	»	»	»	»	»	»	»	»
➤ Causas de morbilidad materna		»						»
➤ Carencias calóricas y nutricionales MEF / niñas		»	»	»	»	»	»	»
➤ Porcentaje partos prematuros				»	»	»		»
➤ Porcentaje partos con complicaciones				»	»			»
➤ Secuelas post-parto				»	»			»
➤ Prevalencia de problemas ginecológicos				»				
➤ Asistencia ginecológica en pobl. vulnerables				»				
➤ Accesibilidad de los servicios			»	»			»	»
4. Mortalidad materna	»	»	»	»	»	»	»	»
➤ Tasa de mortalidad materna (por 10000 MEF)		»			»			»
➤ Razón de mortalidad materna (por 10000 n.v.)		»	»	»	»		»	»
➤ Razón de mortalidad materna por causas		»	»	»	»		»	»
- por obstrucciones durante el parto		»	»				»	»
- por hemorragias		»	»				»	»
- por septicemia		»	»				»	»
- obstrucción del parto		»	»				»	»
- hipertensión en el embarazo y eclampsia		»	»				»	»
- aborto		»	»	»			»	»
5. Cáncer cervical y cáncer de mama	»			»	»			
➤ Tasa de prevalencia de cáncer cervical	»		»	»	»			
➤ Tasa de mortalidad por cáncer cervical			»	»	»			
➤ Diagnóstico precoz								
➤ Tasa de prevalencia de cáncer de mama	»							
6. Atención de salud: embarazo, parto, puerperio	»	»	»	»		»		

LA REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD: UN ESTUDIO DEMOGRÁFICO DE LA ANTICONCEPCIÓN, LA ESTERILIZACIÓN, EL ABORTO Y EL TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD EN ESPAÑA

Indicador	cipd El Cairo-1994 ¹	World Population Monitoring-UN 1996 ²	Estado de la Población Mundial UNFPA- 1997 ³	Salud Reproductiva - 1998 ⁴	FPF-España 1999 ⁵	del CIPD - El Cairo-5 U.N. 1.999 ⁶	"Dixon-Muller R., Germain A. 1.997 ⁷	Axel Mundigo 1997 ⁸
> Partos atendidos en institución de salud		»	»	»		»		
> Partos atendidos por personal capacitado		»	»	»	»	»		
> Embarazos con control prenatal		»	»	»		»		
> Consulta preconcepcional		»		»				
> Atención puerperal	»	»		»				
> Accesibilidad a servicios de urgencia	»						»	
7. Enfermedad de transmisión sexual (ETS) y VIH/SIDA	»	»	»	»	»	»	»	»
> Conocimiento de síntomas								»
> Conocimiento y uso de la doble protección								»
> Incidencia de ETS en 15-44 años por sexo		»	»	»	»			»
> Prevalencia de ETS en 15-44 años por sexo		»	»	»	»			»
> Incidencia de VIH/SIDA en 15-44 años por sexo		»	»	»	»			»
> Prevalencia de VIH/SIDA, 15-44 años por sexo		»	»	»	»			»
> Relación hombre / mujer		»	»	»	»			»
> Prevalencia de ETS en 15-24 años por sexo		»	»	»	»			»
> Prevalencia de VIH/SIDA, 15-24 años por sexo		»	»	»	»			»
> Relación hombre / mujer en 15-24 años		»	»	»	»			»
> Turismo sexual				»				
> Infecciones y otras enfermedades del sistema			»	»		»	»	
> Diagnóstico de Inf. y otras enf. del sistema reproduct.		»	»			»	»	
8. Mutilación genital femenina	»	»	»	»	»	»	»	»
> Porcentaje de mujeres con MGF		»	»	»				
> Porc. Muj. que prevén que sus hijas serán objeto de			»					
9. Embarazos en condiciones de riesgo			»		»		»	
> Porcentaje de adolescentes que son madres		»	»		»		»	
> Porcentaje mujeres de más de 35 a. embarazadas		»	»				»	
> Porcentaje de nac. con intervalo menor de 2 años		»					»	
> Porcentaje de nac. de orden 3 o más		»					»	
> Porcentaje de nac. de madre adolescente		»					»	
> Porcentaje nac. madres no casadas o unidas		»					»	
> Porcentaje de nac. no deseados		»					»	
10. Fecundidad	»	»	»					
> Tasa total de fecundidad		»	»		»			
> Tamaño deseado de familia		»	»				»	
> Fecundidad no deseada							»	
11. Drogadicción				»				
> ETS, VIH/SIDA con drogadicción como causa				»				
> Drogadicción y maternidad				»				
12. Violencia contra la mujer			»	»			»	
> Violencia doméstica			»	»			»	
> Violencia sexual doméstica							»	
> Abuso sexual			»	»			»	
> Acoso sexual			»	»			»	
13. Lactancia materna	»			»		»		
> Prevalencia de la lactancia				»				
> Duración promedio o duración mediana				»				
> Intensidad de la lactancia				»				
14. Prostitución	»		»	»				
> Prevalencia de prostitución infantil			»	»				
> Prevalencia de prostitución adulta				»				
15. Otros indicadores		»						
> Edad a la primera relación sexual		»						
> Edad a la menarca		»	»					
> Edad al primer nacimiento		»						
> Porc. mujeres menores de 20 a. han tenido rel.sexuales			»					
16. Infertilidad, infecundidad	»	»	»	»				
> Tratamiento	»	»	»	»				
> Reproducción asistida		»	»	»				
17. Sexualidad							»	
> Encuentros homosexuales							»	
> Prácticas sexuales alternativas							»	

Indicador	cipd El Cairo-1994 ¹	World Population Monitoring-UN 1996 ²	Estado de la Población Mundial UNFPA- 1997 ³	Salud Reproductiva - 1998 ⁴	FPF-España 1999 ⁵	del CIPD - El Cairo+5 U.N. 1.999 ⁶	"Dixon-Muller R., Germain A. 1.997 ⁷	Axel Mundigo 1997 ⁸
> Múltiples parejas sexuales							»	
> Sexo no deseado							»	
18. Rol de los hombres							»	
: se recomienda hacer énfasis en adolescentes y jóvenes								
Fuente: CIPD: Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo-1994; WPM-PD-UN: World Population Monitoring Population Division- un 1996 ² ; El Estado de la Población Mundial UNFPA- 1997 ³ ; I Congreso Nacional de Salud Reproductiva Fund. Pro-salud reproductiva-1998 ⁴ ; La salud y derechos sexuales y reproductivos y las mujeres FPF-españa 1999 ⁵ ; Examen y Evaluación del Programa de Acción de la CIPD El Cairo+5 U.N. 1.999 ⁶ ; "Reproductive Health and the Demographic Imagination Dixon-Muller R., Germain A. 1.997 ⁷ ; Reproductive Health: the challenges of a New Field Axel Mundigo 1997 ⁸								

El énfasis en anticoncepción que se mencionó anteriormente, no sólo se refleja en la frecuencia con que es sugerida *per se* en los diferentes documentos sino en que constituye una recomendación importante como factor de protección y medida preventiva de otros problemas de salud reproductiva. Así aparece en la prevención del embarazo no deseado, del aborto inseguro, de la morbilidad y mortalidad materna, de los embarazos en condiciones de riesgo o de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA, en el control de la fecundidad, en los temas de violencia contra la mujer, en la lactancia, la prostitución, y la sexualidad. Por ejemplo, el FNUAP en su informe de 1.997 sobre el Estado de la Población Mundial, señala en varias oportunidades que de las 585.000 muertes maternas que se suceden anualmente, la mayoría de ellas en los países en desarrollo, 200.000 se consideran resultantes de la falta de servicios anticonceptivos o del fracaso de éstos¹⁶³. Luego, al analizar las "*Necesidades insatisfechas en materia de salud de la reproducción*" aborda, casi exclusivamente, la falta de acceso de ciertos grupos poblacionales a una amplia gama de métodos modernos de planificación de la familia; salvo la mención a los derechos de las parejas infecundas a las tecnologías que les permitan planificar la familia, el texto se refiere a la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres casadas que no desean más hijos o que desean aplazar un embarazo o que están en situación especial de riesgo, de los y las solteras o de los usuarios de anticoncepción que reciben servicios deficientes¹⁶⁴.

INDICADORES DE SALUD REPRODUCTIVA

Una forma de abordar este tema es encontrar los componentes de la salud sexual y reproductiva desde el punto de vista operativo. En otras palabras, si se tiene que dirigir un programa de acción ¿en qué áreas se trabajaría? o si se tuviera que evaluar ¿qué indicadores se usarían? Hasta ahora no hay

un conjunto estándar de indicadores que permitan caracterizar la salud reproductiva sugerido por las organizaciones que velan por estos acuerdos. Llegar a un grupo de indicadores sensibles es justamente una de las recomendaciones de Cairo+5 (Recuadro § 3).

Una selección de indicadores que reflejen el nivel de salud reproductiva de una población debe abarcar todos los componentes. Por otra parte hay que tener en cuenta no solo la sensibilidad de los mismos sino su disponibilidad -en términos de calidad y oportunidad- en la mayoría de las poblaciones de interés.

Una experiencia interesante de escogencia de indicadores de SSR y de construcción de un índice resumen es la de Population Action International (PAI)¹⁶⁵. El objetivo del trabajo es establecer el riesgo reproductivo y hacer una evaluación en el ámbito mundial de la salud sexual y materna de la mujer. Los indicadores seleccionados reflejan el acceso a servicios y sus resultados en términos de fecundidad, regulación de la fecundidad, la salud y la supervivencia en el embarazo y el parto y la prevalencia de VIH/SIDA en mujeres. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y los cánceres del aparato reproductor no fueron incluidos por falta de datos confiables para todos los países. Se incluyó en cambio la frecuencia de infertilidad femenina que está asociado con la frecuencia de ETS. En el Cuadro II.2 se presentan los indicadores y una breve justificación para su inclusión. Con base en estos indicadores PAI construyó una escala de riesgo reproductivo; cada indicador recibió un puntaje tomando como base una escala de 100 puntos y luego sacó un promedio de los puntajes para producir un puntaje total que es el Índice de Riesgo Reproductivo (IRR) cuyo rango de variación va de cero, para poblaciones de riesgo nulo, a cien para aquellas de riesgo total.

Los datos del IRR del año 1.995 sitúan a Italia como el país de menor riesgo reproductivo de un total de 118 países analizados con un índice de 6.6 y en el otro extremo está Zaire con 76.5. Según estos datos, España se sitúa en el 16º lugar con índices muy bajos de maternidad en las menores de 20 años (1%), nivel medio de uso de anticonceptivos (56%), aborto permitido con amplios criterios sociales y de salud, bajo nivel de anemia en mujeres embarazadas (9%), alta frecuencia de atención prenatal y de parto asistido por personal capacitado (96%), bajo nivel de VIH/SIDA en mujeres, bajo nivel de infecundidad en las mujeres (4%), muy baja fecundidad (1.2 hijos por mujer) y baja mortalidad materna (5 defunciones por cada 100.000 nacimientos).

En riesgo muy bajo (menor de 15) se sitúan la mayoría de países de Europa incluida España, América del Norte, Australia, Japón, Singapur, Taiwán y Hong Kong. En riesgo bajo (entre 15 y 29 puntos) están países en desarrollo, varios de Europa Oriental, cuatro de Asia -entre ellos China- y cinco de América Latina con un perfil semejante a los de riesgo bajo pero con tendencia a registrar mayor mortalidad materna. En riesgo moderado (entre 30 y 44 puntos) están 29 países en desarrollo -entre ellos trece de América Latina y el Caribe, once del sur de Asia, cuatro norteafricanos y Sudáfrica- que, en general presentan alta mortalidad materna, políticas restrictivas frente al aborto y en algunos casos niveles moderados de prevalencia de VIH. Los de riesgo alto (entre 45 y 59 puntos) en su mayoría de África y el sur de Asia -y dos de América Central- se caracterizan por alta fecundidad global y en adolescentes, cobertura insuficiente de atención de salud materna y elevada mortalidad materna; cerca de la mitad presentan niveles moderados de infecundidad y de VIH. En riesgo muy alto (60 o más puntos) están la mayoría de los países de África, Afganistán y Haití con condiciones muy desfavorables en todos los indicadores.

Cuadro II.2. Indicadores de salud reproductiva involucrados en la construcción del Índice de Riesgo Reproductivo (IRR) de las mujeres.

Componente	Indicador	Descripción y comentarios
Procreación temprana	1. Número anual de nacimientos por cada 100 mujeres de 15 a 19 años.	Las jóvenes -casadas o solteras- corren riesgos mucho mayores de complicaciones médicas o de muerte durante el embarazo y el parto que las que ya han cumplido 20 años.
Planificación familiar	2. Tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos	La disponibilidad de la anticoncepción ayuda a las mujeres a retrasar, espaciar o limitar los nacimientos, evitando patrones de procreación que aumenten los riesgos asociados a la maternidad.
Políticas en materia de aborto	3. Políticas oficiales de aborto	En muchos países el aborto sigue bajo restricciones legales, lo cual hace que las mujeres recurran al aborto en condiciones de riesgo. Las categorías fueron: disponible a solicitud, permitido conforme a amplios criterios sociales y de salud, permitido conforme a criterios limitados de salud, permitido en casos especiales solamente, ilegal o permitido solo para salvar la vida de la mujer.
Nutrición en el embarazo	4. Prevalencia de anemia en las embarazadas	Una mujer puede sufrir de anemia aguda cuando el embarazo agota las reservas ya reducidas de nutrientes vitales. Contribuye a las muertes maternas producidas por hemorragias.
Acceso a la atención de salud durante el embarazo y el parto	5. Porcentaje de mujeres que reciben atención prenatal 6. Porcentaje de nacimientos atendidos por personal calificado	El embarazo y el parto son situaciones de riesgo. La atención prenatal puede resolver problemas antes de que causen situaciones de emergencia. Un asistente capacitado durante el parto puede reconocer los casos en que se necesita atención médica más especializada.
Infecundidad	7. Prevalencia de infecundidad primaria	Hasta un 5 por ciento de las mujeres pueden ser infecundas debido a causas naturales. Los niveles más elevados de infecundidad generalmente se deben a infecciones causadas por ETS o complicaciones del parto o aborto.
VIH/SIDA en mujeres	8. Prevalencia de la infección por el VIH entre las mujeres de bajo riesgo	Por razones biológicas, las mujeres son más susceptibles que los hombres a la enfermedad y pueden estar en una situación de riesgo debido al comportamiento de sus compañeros. La prevalencia menor de uno por ciento se consideró baja, 1-5 por ciento mediana y superior a 5 por ciento alta.

Riesgo de muerte en la maternidad	9. Razón de mortalidad materna 10. Tasa de fecundidad total (Índice Sintético de Fecundidad)	El riesgo de muerte de una mujer a lo largo de su vida por causas relacionadas con la maternidad depende tanto de la probabilidad de morir durante un embarazo en particular como de la frecuencia de exposición a dicho riesgo.
-----------------------------------	---	--

El índice así construido parece bastante sensible si se comparan los resultados con la percepción que se tiene del nivel de salud y de desarrollo de las regiones. Sin embargo, conviene introducir el enfoque integral buscado con el concepto de salud sexual y de la reproducción y no concentrarse en lo materno e infantil sino comenzar a evaluar la salud después de esta etapa. De hecho los procesos reproductivos dejan secuelas que afectan a la población femenina y que asociados con los cambios propios de la menopausia o la posmenopausia, merecen especial atención. Por otra parte, no debe olvidarse que aunque cesen los procesos reproductivos, no se acaba la vida sexual y por consiguiente debe atenderse su salud sexual.

En estos comienzos del siglo XXI, cada año entrarán 33 millones de mujeres en la menopausia y tres de cada cuatro de ellas vivirá en los países en desarrollo y cerca de dos terceras partes de la población femenina de 50 o más años vivirá en estos países. Hacia el año 2.025, habrán terminado su período fértil cada año 47 millones; habrá cerca de mil cien millones de mujeres de 50 o más años, cuatro de cada cinco vivirán en los países en desarrollo¹⁶⁶ y tendrán una esperanza de vida promedio de 28 años^{xliv}. La menopausia implica importantes cambios hormonales para la mujer y en los factores de riesgo para su salud y desempeña “un papel potencial en la etiología de algunas enfermedades importantes de las mujeres relacionadas con la edad, como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis y la depresión”¹⁶⁷.

Es importante hacer todos los esfuerzos para incluir indicadores de prevalencia o mortalidad por cáncer de cuello uterino o de mama, o de detección precoz de los mismos; esto es particularmente importante en los países que han reducido la mortalidad materna e infantil y que probablemente están en la transición epidemiológica. Las mujeres ancianas tienen más riesgo de sufrir cáncer cervical y de mama que las mujeres más jóvenes¹⁶⁸.

^{xliv} Cálculos para el presente trabajo con base en el datos del FNUAP –Estado de la Población Mundial 1.997– y Tablas Modelo de Mortalidad

En los países en desarrollo, el cáncer que afecta más a las mujeres es el **cáncer de cérvix** o de cuello uterino seguido del cáncer de mama. En los países desarrollados el de mama ocupa el primer lugar seguido del cáncer de pulmón asociado con el hábito de fumar. Cada año se diagnostican cerca de medio millón de nuevos casos de cáncer cervical, principalmente en los países en desarrollo y la mortalidad es tres a seis veces mayor, en algunos países de América Latina que en Canadá o Estados Unidos. El cáncer cervical es uno de los pocos cánceres fácilmente detectable y tratable; el cribado se hace mediante la citología vaginal o prueba de Papanicolaou. Los programas de detección y tratamiento deben ser adaptados a los recursos del país; se debe evitar que favorezcan únicamente a las mujeres jóvenes a las cuales se les realiza con intervalos cortos -recargando innecesariamente los servicios- y en cambio tratar de captar a las de mayor edad, que al no estar dentro del grupo materno-infantil tienen menos acceso al sistema de salud. En poblaciones donde este examen se practica cada cinco años se puede llegar a reducir la mortalidad por esta causa en un 85%. Se está investigando otra técnica para el diagnóstico precoz que pueda ser aplicada por enfermeras o profesionales sanitarios no médicos, la cual consiste en examinar visualmente el cuello uterino previamente tratado con una solución de ácido acético que destaca el tejido anormal. Esto constituye una alternativa para los países que no pueden asumir los costos de cribado mediante la prueba de Papanicolaou¹⁶⁹.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el **cáncer de mama**, en los países en desarrollo, es similar al cervical en cuanto a sus consecuencias para las mujeres^{xlv}. En los países desarrollados es numéricamente más importante que el cervical y representa el 60 por ciento de los 600.000 casos nuevos que se detectan cada año en el mundo. Se conoce poco sobre los factores de riesgo, aunque se acepta que se asocia con una predisposición familiar, especialmente en caso de cáncer premenopáusico de la madre o una hermana. Los factores de riesgo hasta ahora conocidos sugieren que “este aumentará cuando el desarrollo provoque cambios en la fertilidad y conducta reproductiva en los países en desarrollo”¹⁷⁰. Estos cambios parecen ser: adelanto en la edad a la menarquia, retraso en la edad al primer embarazo y adelanto en la edad al último embarazo. Poco se puede recomendar para prevención pero hay más esperanza con la detección precoz; los métodos incluyen el examen físico de las mamas por parte de personal sanitario calificado, el auto examen de mama y la mamografía. Los estudios demuestran la importancia de la mamografía en la reducción de la

^{xlv} Aunque la OMS no lo explicita, parece ser que la incidencia de cáncer de mama es menor que la de cáncer cervical pero la letalidad es mayor.

mortalidad, pero la imposibilidad de asumirla de manera masiva en los países en desarrollo, deja el auto examen de mama como la opción principal sobre la que hay que seguir trabajando para aumentar su eficacia¹⁷¹.

Según el National Institutes of Health Consensus Panel la *osteoporosis* es una “alteración relacionada con la edad, caracterizada por una reducción de la masa ósea y por una elevada susceptibilidad de sufrir fracturas a falta de otras causas reconocibles de pérdida ósea”¹⁷². La pérdida ósea se acelera en las mujeres después de la menopausia como consecuencia de la deficiencia de estrógenos, los que favorecen el equilibrio del calcio. El diagnóstico se hace mediante la medición de la densidad mineral ósea (DMO). Varios estudios citados por Kamel y Kaiser demuestran que los estrógenos administrados poco después de la menopausia previenen la pérdida ósea y reducen la incidencia de fracturas¹⁷³.

En los países en desarrollo la *incontinencia urinaria* es, con mayor frecuencia, consecuencia de partos frecuentes, falta de atención adecuada durante el parto, prácticas de circuncisión o infecciones no tratadas del tracto urinario; en los países desarrollados puede ser por falta de ejercicio, intervención quirúrgica en el parto, el uso de fármacos como los antihipertensivos, los diuréticos y los tranquilizantes. Esta enfermedad afecta mucho la calidad de vida de las personas; puede causar ansiedad, pérdida de autoestima, cesación de la actividad sexual y depresión, problemas que los pacientes en general no consultan, sea porque creen que no tiene tratamiento o porque se sienten muy incómodos para abordar el tema. Se recomienda precisamente que el personal de atención primaria en salud sea sensible a identificar estas afecciones¹⁷⁴.

Volviendo a los indicadores de salud sexual y de la reproducción, no parece lógico dejar por fuera todas estos problemas. Un solo indicador de atención del embarazo y el parto puede ser suficiente dentro de la construcción del índice y en cambio, contemplar uno o dos relativos a aquellas patologías que afectan con mayor intensidad a las personas mayores. Es posible que no se tengan muchas cifras disponibles, pero al igual que se incluye un indicador cualitativo para el aborto, o la infertilidad como una variable para aproximarse a las enfermedades de transmisión sexual, se pueden buscar soluciones alternativas. Las Encuestas de Demografía y Salud que recogen una gama muy amplia de indicadores de riesgo materno-infantil y anticoncepción, podrían incluir, como lo han hecho en el pasado, las preguntas sobre citología vaginal y auto examen de mama. Es posible que esta misma

fuerza aporte datos sobre los otros problemas -incontinencia y osteoporosis-, claro que tendría que ampliar su población objetivo a las mujeres de más de 50 años, así sea hasta los 60 años.

Sería de gran utilidad que se realizara un trabajo similar de elección de indicadores para caracterizar la salud sexual y de la reproducción en la población masculina. Posiblemente aportará muchos elementos, que más que nuevos serían novedosos, al deslindar la sexualidad de la maternidad, tema obligado en la femenina.

En resumen se puede decir que la SSR es un concepto muy amplio, del que se desperdicia su potencial si se identifica solamente con la anticoncepción o si es su único componente operativo, es decir de intervención.

II.3 LOS DETERMINANTES PRÓXIMOS DE LA FECUNDIDAD

Las posibles explicaciones por las que unas sociedades tienen más hijos que otras han sido una preocupación constante de los estudios socioeconómicos y demográficos. Se ha hablado del valor de los hijos y de la relación costo-beneficio que para la familia implica su crianza. A nivel macro, se ha relacionado el crecimiento poblacional, afectado principalmente por la fecundidad, con el nivel de desarrollo. Para los países hoy en día desarrollados se acepta que el desarrollo industrial y la urbanización favorecieron el descenso de la fecundidad, aunque, según los datos históricos estos países tuvieron en general menores niveles que los que se han observado en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo. Para estos países precisamente se sostiene que el crecimiento poblacional constituye un freno al desarrollo. Así, la fecundidad se convierte en una variable de intervención muy importante en las políticas de población y en una premisa en las políticas de desarrollo económico.

Como se refleja en los acuerdos logrados a través de las conferencias internacionales –mencionadas anteriormente– en las últimas décadas se ha citado menos el crecimiento poblacional y se le ha dado más énfasis al derecho de las parejas y de los individuos a una vida sexual y reproductiva satisfactoria y sin riesgos y a lograr la fecundidad deseada. A su vez, se ha visto la anticoncepción como un derecho que garantiza el disfrute de los otros derechos. Pero la anticoncepción no es el único factor que determina el nivel de fecundidad de una población. En este apartado se hará un breve

recuento de los estudios sobre los determinantes próximos de la fecundidad y de la importancia relativa de la anticoncepción.

La fecundidad máxima observada en poblaciones reales que no practican la anticoncepción ni el aborto inducido es la de los huteritas^{xlvi}, estimada en 11 hijos por mujer. Si se toma en cuenta que casi no había nacimientos fuera del matrimonio, lo cual indica que no había relaciones sexuales fuera del matrimonio, y que no eran frecuentes las segundas nupcias en las viudas, –dos factores que disminuyen el tiempo de exposición al riesgo–, se puede plantear que en una sociedad que no tenga estas restricciones, la fecundidad podría estar en 12 o 13 hijos por mujer. Este nivel se ajusta al concepto de fecundidad natural definido por Louis Henry como "la fecundidad que correspondería a una población humana que no hiciera esfuerzo alguno consciente por limitar los nacimientos"¹⁷⁵ y será el punto de referencia en el análisis de los factores que reducen el nivel de fecundidad de una población.

MODELOS EXPLICATIVOS

Dado que países con similar nivel de desarrollo, sea este alto o bajo, no necesariamente tienen igual nivel de fecundidad, resulta muy interesante establecer qué lo determina en una población. En este aspecto es clásico el trabajo de Kingsley Davis y Judith Blake quienes identificaron una serie de variables "a través de las cuales debe actuar cualquier factor social que influya en el nivel de la fecundidad"¹⁷⁶. Para este efecto los autores precisan once variables, denominadas variables intermedias o determinantes próximos de la fecundidad, que afectan (favorecen o impiden) tres momentos claves del proceso reproductivo: el coito, la concepción y el embarazo y el parto (Cuadro II 3) y los cambios en la fecundidad serán consecuencia de modificaciones en estas variables.

El esquema propuesto por Davis y Blake permite analizar el impacto de las variables socioeconómicas. Los autores consideran que en las sociedades subdesarrolladas hay cuatro variables que en general favorecen una alta fecundidad, ellas son: la edad (por lo general temprana) en que se inician las uniones, el celibato permanente (poco frecuente), la anticoncepción (escaso uso de métodos anticonceptivos o uso de métodos no eficaces) y la esterilización (poco frecuente). Para otras variables es más difícil generalizar el comportamiento como es el caso de las segundas nupcias

^{xlvi} Los huteritas: secta religiosa protestante de origen suizo que llegó a Dakota del Sur (Estados Unidos) en 1.870

en caso de viudez (en algunas sociedades no se permiten mientras en otras son casi obligadas); la pérdida de período reproductivo entre uniones depende del grado de inestabilidad de las uniones, de la frecuencia con que se conforman otras uniones y del lapso entre dos uniones, factores todos de diverso comportamiento en estas sociedades. Parece ser generalizada la práctica del aborto en las sociedades subdesarrolladas aunque también hay muchas que lo prohíben y lo practican poco. Davis y Blake plantean cuatro formas de abstinencia voluntaria dentro de las uniones: la postparto, cuyo efecto sobre la fecundidad depende de la duración, las ocasionales no parecen afectar la fecundidad, la abstinencia durante la menstruación o durante el embarazo pueden favorecer la fecundidad al concentrar las relaciones sexuales en días fértiles. La mortalidad fetal involuntaria –alta en países subdesarrollados– no favorece una alta fecundidad. Acerca de las demás variables –abstinencia involuntaria, esterilidad involuntaria y frecuencia del coito– los autores no encuentran una tendencia clara o asociada con algo específico.

Bongaarts¹⁷⁷ con base en el artículo original de Davis y Blake presenta un modelo para analizar las relaciones entre las variables intermedias y el nivel de la fecundidad. Llega a un total de ocho variables clasificadas en factores de exposición, factores de control deliberado de la fecundidad y factores de la fecundidad natural marital. Luego construye un conjunto de ecuaciones para medir la influencia de estas variables en la fecundidad en diferentes estadios y separando el efecto de cada una. Las cuatro variables que finalmente selecciona por tener mayor impacto son: la frecuencia de las uniones, la frecuencia del aborto, la frecuencia de la anticoncepción y la duración de la infecundabilidad postparto asociada con la lactancia –variable que no había sido incluida en el esquema anterior–.

El modelo de Bongaarts puede ser usado para determinar las variables intermedias responsables de las diferencias de la fecundidad entre poblaciones o en la misma población en diferentes momentos e incluso para deducir el índice sintético de fecundidad. El autor aplica el modelo a Corea y a Estados Unidos y una de las conclusiones es que en Corea (1.970) la infecundabilidad postparto debida a la lactancia explica 45 por ciento de la diferencia^{xlvii} entre la fecundidad natural (15 hijos por mujer) y la fecundidad observada (4 hijos por mujer) mientras que la anticoncepción explica 14 por ciento solamente. En Estados Unidos en cambio (1.67 hijos por mujer en 1.973), la anticoncepción explica 77 por ciento y la lactancia 7 por ciento.

^{xlvii} Cálculos hechos para el presente trabajo con base en los datos publicados

Cuadro II.3 Variables intermedias de la fecundidad según distintos modelos de clasificación.

Davis y Blake ¹⁷⁸ (1.967)	J. Bongaarts ¹⁷⁹ (1.978)	Cantrelle y Ferry ¹⁸⁰ (citados por Tapinos, 1.988)	Bulatao y Lee ¹⁸¹ (1.983)
<p>I. Factores que afectan la exposición al coito (variables del coito)</p> <p>a). Las que rigen la formación y disolución de uniones en la edad fértil</p> <p>1. Edad de iniciación de las uniones sexuales</p> <p>2. Celibato permanente</p> <p>3. Intervalo de pérdida del período reproductivo transcurrido después de las uniones o entre ellas</p> <p>> Cuando las uniones se rompen por divorcio, separación o abandono</p> <p>> Cuando las uniones se rompen por muerte del marido</p> <p>b). Los que rigen la exposición al coito dentro de las uniones</p> <p>4. Abstinencia voluntaria</p> <p>5. Abstinencia involuntaria</p> <p>6. Frecuencia del coito (excluyendo los períodos de abstinencia)</p> <p>II. Factores que afectan el riesgo de concebir (variables de la concepción)</p> <p>7. Fertilidad o esterilidad afectadas por causas involuntarias</p> <p>8. Uso o no uso de anticoncepción</p> <p>> Por medios mecánicos químicos</p> <p>> Por otros medios</p> <p>9. Fertilidad o esterilidad afectadas por causas voluntarias</p> <p>ⓐ Infecundabilidad postparto a consecuencia de la lactancia materna</p> <p>III. Factores que afectan a la gestación y al éxito en el parto (variables de la gestación)</p> <p>10. Mortalidad fetal por causas involuntarias</p> <p>11. Mortalidad fetal por causas voluntarias</p>	<p>I. Factores de exposición</p> <p>1. Proporción de casadas</p> <p>II. Factores de control deliberado de la fecundidad</p> <p>2. Anticoncepción</p> <p>3. Aborto inducido</p> <p>III. Factores de la fecundidad natural marital</p> <p>4. Infertilidad por lactancia</p> <p>5. Frecuencia del coito</p> <p>6. Esterilidad</p> <p>7. Mortalidad intrauterina espontánea</p> <p>8. Duración del período fértil</p>	<p>I. Riesgo de exposición a las relaciones sexuales</p> <p>a). Por comportamiento</p> <p>1. Edad a la unión y frecuencia de soltería</p> <p>2. Frecuencia de relaciones sexuales</p> <p>3. Abstinencia de relaciones sexuales</p> <p>* Separación</p> <p>* Abstinencia</p> <p>b.) Biológicas</p> <p>4. Anomalías psicofisiológicas</p> <p>5. Enfermedades diversas</p> <p>II. Riesgo de concepción</p> <p>a). Por comportamiento</p> <p>6. Anticoncepción</p> <p>> Temporal, tradicional, moderna</p> <p>> Definitiva: esterilización</p> <p>7. Lactancia del hijo precedente</p> <p>b.) Biológicas</p> <p>8. Fecundabilidad</p> <p>> Vida fértil: pubertad, menopausia</p> <p>> Subfertilidad de las adolescentes</p> <p>> Reglas y ciclos anovulares</p> <p>> Esterilidad postparto (amenorrea postparto)</p> <p>9. Mortalidad infantil</p> <p>10. Esterilidad patológica</p> <p>11. Nutrición</p> <p>12. Enfermedades diversas</p> <p>13. Anomalías psicofisiológicas</p> <p>III. Riesgo de nacimiento vivo</p> <p>a). Por comportamiento</p> <p>14. Aborto voluntario</p> <p>b). Biológicas</p> <p>15. Mortalidad intrauterina precoz y tardía</p> <p>16. Prematuridad</p> <p>17. Anomalías</p> <p>18. Infecciones y enfermedades de la madre</p> <p>19. Nutrición de la madre</p>	<p>I. La oferta de hijos</p> <p>Depende de la fecundidad natural (tamaño de familia si no se regula fecundidad ni mortalidad en la niñez)</p> <p>6</p> <p>Que es función de:</p> <p>1. Infecundabilidad postparto ⇒ prácticas de lactancia, abstinencia postparto.</p> <p>2. Tiempo de espera para la concepción</p> <p>3. Mortalidad intrauterina espontánea</p> <p>4. Comienzo de la esterilidad permanente</p> <p>5. Edad a la unión y disolución de la unión</p> <p>II. La demanda de hijos</p> <p>Se refiere al número de hijos supervivientes (tamaño elegido de familia)</p> <p>6</p> <p>Que es función de:</p> <p>6. Costos y beneficios económicos directos de los hijos ⇒ asistencia, ayuda en la vejez</p> <p>7. Costos de oportunidad ⇒ costo de la crianza, en tiempo</p> <p>8. Los efectos del ingreso y la riqueza ⇒ posibilidad de suplir las ventajas de los hijos</p> <p>9. Las normas y la preferencia por los hijos</p> <p>III. Los costos de regulación</p> <p>Depende de la anticoncepción, aborto provocado, infanticidio y abstinencia</p> <p>6</p> <p>Que es función de:</p> <p>10. Costos de acceso ⇒ costos de información y compra</p> <p>11. Costos de uso ⇒ riesgos para la salud asociados con los métodos o el aborto</p>
ⓐ Lactancia materna: -Variable no incluida en el esquema de Davis y Blake			

Bongaarts¹⁸² recomienda en trabajos posteriores tener en cuenta el índice de esterilidad patológica, primaria y secundaria^{xlvi}, debida a enfermedades esterilizantes, principalmente enfermedades de transmisión sexual. Los aportes del trabajo de Bongaarts pueden resumirse en la simplificación conceptual del esquema de Davis y Blake, en el desarrollo de un modelo que permitiera cuantificar la

^{xlvi} La esterilidad patológica primaria se presenta cuando la enfermedad esterilizante ocurre antes del primer nacimiento dando como resultado ausencia de hijos y la secundaria cuando ya se han tenido hijos.

importancia relativa de las variables y en el reordenamiento, al separar aquellas de control deliberado, hacia las que se deberían orientar las acciones y políticas.

Otros desarrollos basados en el modelo de Davis y Blake (Cuadro II.3, columna 3) en los que se ha tratado de precisar más los determinantes han resultado demasiado complejos, entre otras cosas por la dificultad para medir las nuevas variables y por la superposición de algunas de ellas.

Otro enfoque en el análisis de los determinantes de la fecundidad es el propuesto por Bulatao y Lee¹⁸³ con base en los trabajos solicitados a 42 autores, tendientes a integrar el conocimiento científico sobre los determinantes de la fecundidad que contribuyen al crecimiento continuo de la población (Cuadro I.3, columna 4). La discusión gira en torno a la oferta de hijos, el proceso de toma de decisiones sobre fecundidad, la regulación de la fecundidad y sus costos, los patrones de nupcialidad y sus efectos sobre la fecundidad y la influencia de las instituciones sociales. Los autores plantean tres canales a través de los cuales estos factores interactúan que son: la "demanda", entendida como el tamaño y la estructura de la familia que elegiría una pareja, independientemente de toda preocupación relacionada con los procesos de reproducción que se requieren para llegar al resultado deseado. La "oferta", se refiere a los hijos sobrevivientes que tendrían las parejas si no regularan su fecundidad o la supervivencia de sus hijos. La relación entre estos dos elementos determina si una pareja desea tener o evitar un nacimiento y con cuánta motivación, lo cual lleva al tercer elemento denominado "costos de la regulación" que incluye aspectos como la dificultad para obtener información sobre anticonceptivos, distancia a una clínica u otra fuente de información y servicios, actitudes religiosas y morales, y consecuencias percibidas para la salud. Los autores analizan cada uno de estos elementos y su inter-relación con diversos factores para producir los resultados de fecundidad. A lo largo del artículo se puede observar que las variables más operativas se identifican con la mayoría de las contempladas en los esquemas anteriormente citados (Davis y Blake, Bongaarts) y que se le da énfasis a la anticoncepción como variable de intervención y al aborto provocado.

En 1.992 Kia Reinis¹⁸⁴ hizo un estudio sobre el impacto de los determinantes próximos de la fecundidad evaluando los modelos de Bongaarts y de Hobcraft y Little. La preocupación era ¿porqué los modelos llevan a resultados tan diferentes aplicados en las mismas poblaciones reales? Concluye que ningún modelo trabaja bien cuando se emplean métodos anticonceptivos para limitar el tamaño de familia porque el uso puede concentrarse en edades mayores, en mujeres que han llegado a ser

estériles; así mismo, cuando el matrimonio es retrasado –porque la fecundidad de las mujeres no casadas no será la misma de las "actualmente" casadas–, entonces los supuestos de fecundidad marital no son válidos. Considera que el método de Hobcraft y Little estima bien el impacto conjunto de anticoncepción y aborto pero no los impactos individuales. En general estos modelos subestiman el impacto del aplazamiento del matrimonio, del uso de anticoncepción y de aborto inducido y por lo tanto recomienda que no se apliquen para estimarlos.

Recientemente (1.998) John Stover¹⁸⁵ revisó el modelo de Bongaarts tomando en cuenta las debilidades identificadas hasta ahora y a la luz de los datos actualmente disponibles a través de encuestas y otras fuentes de información. Las modificaciones sugeridas tienden a refinar los indicadores de las variables sin alterar el marco conceptual:

- ① el indicador de exposición al riesgo (C_m), que tradicionalmente fue la proporción de mujeres casadas, se puede mejorar con la proporción de mujeres activas sexualmente en el último mes, más las mujeres embarazadas, más las mujeres en período postparto (C_x);
- ② el indicador de infecundabilidad postparto (C_i) se ha medido con la mediana de la duración de la lactancia; en este caso no cambia el indicador sino que Stover sugiere que se denomine de *insuceptibilidad postparto* de manera que recoja también el concepto de abstinencia postparto practicada por muchas sociedades durante la lactancia;
- ③ el índice de esterilidad patológica para medir los efectos de la inhibición de la fecundidad por esterilidad primaria y secundaria debida a enfermedad (C_p) debe recoger la infecundidad por todas las causas; se mide a partir de las mujeres no menopáusicas, no amenorreicas postparto, no embarazadas, que no han tenido hijos en los últimos cinco años, que no han usado contraceptivos y que han estado en unión durante el período, más las que se declaran infecundas, más las que siendo menopáusicas se declaran infecundas por otras razones;
- ④ el índice de anticoncepción (C_c) que incluye el nivel de uso y la efectividad de los métodos usados debe refinarse (C_u) teniendo en cuenta el solapamiento del uso, especialmente de métodos definitivos, con la infertilidad del final del período fértil y también excluyendo el solapamiento con la amenorrea postparto.
- ⑤ el índice de fecundidad total (TF) estimado en 15 hijos por mujer se cambiaría por fecundidad potencial (PF) que corresponde a la tasa total de fecundidad de una población de mujeres sexualmente activas y fecundas, durante todo el período entre 15 y 49 años, que no practican la lactancia, la abstinencia postparto, ni anticoncepción.