

ANEXOS

ANEXO 1. RESEÑA HISTÓRICA DE LA ANTICONCEPCIÓN Y EL ABORTO

LA ANTICONCEPCIÓN ANTES DEL SIGLO XX

En revisiones a documentos antiguos, citadas por McLaren³⁷³ (1.993) se encuentra que la mayor parte de las culturas ha tenido una posición más o menos explícita frente a limitar o a aumentar los nacimientos. Sin embargo, el crecimiento poblacional no era en sí mismo la preocupación, y con frecuencia se argumenta más sobre los riesgos que para la salud de las mujeres tenían los embarazos y los partos. En este mismo sentido se criticaban algunos métodos, anticonceptivos o abortivos, que por rudimentarios podían ocasionar problemas de salud; en este caso la comparación se hacía frente a los riesgos del embarazo y el parto.

En la Antigua Grecia se tendía a controlar el tamaño de la familia. La maternidad era muy importante pero no significaba tener muchos hijos. Una de las maneras de controlar el número de nacimientos era el retraso, o bien adelanto, en la edad de entrada a la maternidad. Los datos son fragmentarios y quizás contradictorios, y más parecen referirse a la entrada a la paternidad. Las citas sobre edad al matrimonio, la sitúan en más o menos veintiséis años para los hombres y catorce para las mujeres. Si se tiene en cuenta que la esperanza de vida rayaba entre los 30 y los 35 años, se deduce que la pareja tenía entre cuatro y diez años para completar su tamaño de familia y que las mujeres quedaban viudas en edades jóvenes; de la permisividad con respecto a las segundas nupcias de las viudas dependía un incremento en el tamaño de la familia. Platón habló de la necesidad de controlar la fecundidad, de forma que no excediera los medios de la comunidad; Aristóteles también promovió la limitación del tamaño de la familia y el aborto si era necesario.

En el Imperio Romano, por su parte, la edad de entrada al matrimonio para el hombre era de cerca de los veinte años y doce para las mujeres. En algunas épocas se favorecieron los hogares que tenían un mayor número de hijos, pero no es claro el éxito de estas políticas, se favorecía con leyes a las madres con más de tres hijos, podían heredar, ser propietarias y legar bienes, aún así, familias con más de tres hijos eran excepcionales. Sin embargo, el hecho de que se promulgaran leyes en ese sentido da muestras de que la sociedad practicaba la limitación de los nacimientos. A pesar de las leyes pronatalistas, en un lapso de más o menos quince años que duraba un matrimonio se tenían dos o a lo sumo tres hijos.

Mecanismos como la lactancia materna prolongada han sido reconocidos como efectivos para evitar nacimientos a intervalos cortos. Sin embargo sólo en condiciones especiales de intensidad y frecuencia –cuando la alimentación del bebé es exclusivamente materna y hay varios episodios de lactancia en un lapso de 24 horas–, la lactancia retrasa la recuperación de la fertilidad, por lo que las sociedades han reforzado esta protección con otros tabúes –como que las relaciones sexuales disminuyen la cantidad de leche o la dañan– practicando la abstinencia sexual por un tiempo largo después del parto. En las sociedades polígamas el hombre sigue su vida sexual activa con las otras esposas. En las sociedades monógamas tienden a ser menos rígidos los tabúes y se reinician las relaciones sexuales con el consiguiente riesgo de un nuevo embarazo.

Durante la Edad Media no se mantuvo la discusión abierta, que se daba entre los griegos o los romanos, frente al número de hijos. Aunque la iglesia condenó lo que se llamó las prácticas sexuales no naturales –*coitus interruptus*, *coitus reservatus*, sexo oral, sexo anal– no desapareció totalmente el control de los nacimientos. Hacia el siglo X los nacimientos se sucedían en forma rápida y antes de los 30 años de edad de la madre cesaban por completo. En el siglo XIV se observa algo similar aunque no se puede decir que hubiera sido una práctica generalizada durante todo ese tiempo.

En la Edad Moderna en Europa el matrimonio ocurría hacia los 30 años en hombres y 26 en las mujeres y no universal. Según análisis de los registros de diferentes parroquias se encuentra que se evitaban las familias numerosas, el matrimonio era tardío, había un cese de la fecundidad en los últimos años de vida fértil y un intervalo prolongado entre el penúltimo y el último hijo. Según Louis Henry³⁷⁴ el tamaño de la familia francesa en la primera mitad del siglo XVII era de 5,4 hijos, en la segunda mitad del siglo 3,6 y en la primera mitad del siglo XVIII estaba en 2,9 hijos por familia. Hacia el siglo XVII se incrementan los estudios sobre anatomía y fisiología pero no hay adelantos sobre nuevos métodos.

La Iglesia ordenaba numerosos períodos de continencia durante las cuaresmas, los viernes, los miércoles y los domingos, en las navidades y entre las dos pascuas, durante la "enfermedad" mensual de la esposa, el embarazo y durante veinte a treinta días después del parto, antes y después de la comunión. En ciertas épocas se consideró el acto sexual como de efecto nocivo para el hombre hasta identificarlo con un caso de "epilepsia menor".

A finales del siglo XVIII aparece el libro de R.T. Malthus, "Ensayo sobre el principio de población" que alertaba sobre el desequilibrio entre el crecimiento de la producción de alimentos y el crecimiento de las poblaciones y sus consecuencias. Aunque la Revolución Industrial favoreció la producción de alimentos, las teorías de Malthus siguieron marcando los argumentos a favor de la limitación del crecimiento poblacional. La revolución industrial también mejoró el control de las enfermedades descendiendo así la mortalidad y por consiguiente aumentando la sobrevivencia, especialmente de los niños. Por otra parte, la mayor participación femenina en la fuerza de trabajo, alteraba la práctica de la lactancia materna y su efecto sobre el espaciamiento de los nacimientos además de hacer más difícil la crianza de los hijos. Todo esto hizo que creciera la necesidad sentida de métodos eficaces para evitar los nacimientos incluido el aborto. Sin embargo no hubo desarrollo de nuevos métodos y prevalecieron el *coitus interruptus*, la esponja y los tampones. El preservativo, aunque se conocía, era costoso y se usaba principalmente para prevenir las enfermedades de transmisión sexual, por lo que no tuvo difusión entre las parejas casadas.

En el Siglo XIX el término "familia francesa" significaba familias de dos hijos. Se registra un descenso muy fuerte de la fecundidad en Inglaterra y Estados Unidos. Sin embargo se supone que solo 16 por ciento de las parejas usaban algún método mecánico. Ya para 1882 se disponía de un informe detallado sobre el diafragma, pero por tener que ser adaptado por un médico, además de su costo, restringió su uso. En este mismo año, la doctora A. Jacobs crea la primera clínica de control de la natalidad en Amsterdam. El sistema de salud de Alemania promovió el uso de jeringas irrigadoras que eran distribuidas por los centros locales. Se considera que uno de los principales métodos fue la abstinencia, y para facilitarla se recomendaban las camas individuales e incluso los dormitorios separados. Comienzan a identificarse los días fértiles pero las instrucciones sobre los métodos de abstinencia periódica seguían siendo confusas; se recomendaba la lactancia como mecanismo protector pero al mismo tiempo se incrementaba el trabajo de las mujeres en las fábricas. El *coitus interruptus* seguía siendo practicado y se editaban manuales de instrucciones.

En resumen los métodos anticonceptivos de los que se tiene noticia no variaron sustancialmente desde la antigüedad hasta el siglo XIX y los más citados del mundo occidental pueden ser los siguientes:

- Retiro o *coitus interruptus*, si bien se conocía no se puede saber que tan frecuente podría ser en las distintas épocas dado el valor extraordinario atribuido al semen.
- Menos difundido fue el *coitus reservatus* que consistía en evitar totalmente la eyaculación.
- Movimientos del cuerpo después del coito para expulsar el semen. Se menciona en varios momentos de la historia.
- Penetración no vaginal o el coito anal.
- Pesarios o tampones impregnados en diversas sustancias que se introducían en la vagina o el cuello del útero antes del coito; su acción no equivalía a los actuales métodos de barrera sino que estaban destinados a "secar" el útero y evitar el desarrollo del embrión.
- Los brebajes o infusiones de sustancias esterilizantes.
- Los lavados e irrigaciones vaginales después del coito.
- Frotar los genitales del hombre con sustancias que evitaban la concepción.
- El método de abstinencia periódica o método de ritmo también era conocido pero quizás tenía muy poca efectividad dados los erróneos conocimientos acerca de los días fértiles.
- Brebajes y dietas especiales para disminuir el deseo sexual.

La anticoncepción en el siglo XX

Así empieza el siglo XX, sin novedad en los métodos anticonceptivos y poca participación de los médicos al respecto. En Estados Unidos, hacia 1910, Emma Goldman empieza a defender públicamente los métodos de control natal. En 1916, Margaret Sanger funda en Brooklyn la primera clínica de planificación familiar (PF) estadounidense, por lo que fue detenida y encarcelada³⁷⁵. Publica su libro, *Family Limitation*, enfocado a la clase obrera, donde describía el uso de irrigaciones vaginales, preservativos y pesarios, publicación que fue prohibida por el gobierno federal por considerarlo literatura obscena; estas confrontaciones con el gobierno le dieron mucha publicidad y las convirtió en un arma de difusión. En respuesta al cierre de la clínica fundó la American Birth Control League (1921) y buscó la reforma legislativa que permitiera la creación de clínicas supervisadas por médicos. Ella misma fundaría una en 1923.

Por su parte, Marie Stopes, primera mujer inglesa con un doctorado en paleobotánica, publica en 1918 su libro *El amor conyugal*, resultado de sus investigaciones sobre sexualidad y en el cual reclamaba el derecho de la mujer casada a sentir placer sexual, pero en el que prácticamente no hacía mención del control de la natalidad. Sin embargo, sus lectores le hicieron comprender que para lograr este objetivo tenía gran importancia el hecho de poder evitar los embarazos y en respuesta publicó el libro *Sabiduría Paternal* centrado en los métodos de control de la natalidad. La experiencia le demuestra que esto también es insuficiente, pues no basta con saber cuáles métodos existen y sino que hay que tener acceso a ellos. Al no asumir la sanidad pública este servicio y convencida de que los más pobres no disponían de otras instancias, funda su propia clínica en Londres en 1921 en la que se prestaban numerosos servicios y de hecho su nombre, *Mother's Clinic*, se asoció con salud materna.

Desde finales del siglo XIX las ideas eugenésicas formaron parte del debate sobre anticoncepción. En la segunda década del siglo XX era clara la preocupación en cuanto a que las clases altas estaban

reduciendo su fecundidad mientras que esto no sucedía con las clases bajas, con lo cual se presagiaba una degeneración de la raza, al multiplicarse los "incapaces" por encima de la gente "sana"³⁷⁶. En Estados Unidos se aprobaron leyes para la esterilización de los débiles mentales, la más conocida es la de Indiana, promulgada en 1907³⁷⁷. En muchos países se implantó el certificado médico matrimonial para evitar una descendencia enferma.

Quizás por asociarse con fines eugenésicos, la esterilización no se constituyó como método de limitación del tamaño de la familia para el común de la gente. Por su parte, los métodos reversibles conocidos no eran cien por cien seguros. El capuchón cervical y el diafragma fueron los más recomendados por Sanger y Stopes, porque además de cierto nivel de efectividad, eran métodos que la mujer podía manejar y permitían un acto sexual placentero. Por estas mismas razones desaprobaban el *coitus interruptus*; método que consideraban nocivo física y psicológicamente; por otra parte, parecía haber una contradicción con sus principios, que recomendaban que el matrimonio fuera de plena comunicación y acuerdo entre los cónyuges, pero al mismo tiempo no confiaban en la responsabilidad de los hombres. También desaprobaban otros métodos usados por la clase obrera, como la abstinencia o el usar camas individuales, por considerarlos enemigos del matrimonio; la lactancia materna prolongada, porque debilitaba a la madre. De esta manera basaban la anticoncepción en métodos femeninos que requerían de suministro y control por parte de personal especialmente capacitado.

En estas condiciones no era extraño que el aborto siguiera constituyendo un recurso para controlar los nacimientos no deseados. Las técnicas habían mejorado, pero muchos abortos eran realizados en condiciones de alto riesgo para la salud de la mujer. En Inglaterra se reveló un aumento de la mortalidad materna, de 3,91 por cada mil partos en 1921 a 4,41 en 1934, por incremento de la mortalidad por aborto³⁷⁸.

Los médicos, en general se mantenían al margen de la discusión y de la acción, ya fuera porque no estaban de acuerdo con la anticoncepción, porque no conocían los métodos, por no poder recomendar métodos seguros -lo cual sería un desprestigio para la profesión-, porque los consideraban peligrosos o porque temían ser confundidos con las banderas de las feministas. Sin embargo, el censo de 1911 de Inglaterra reveló que los médicos ingleses tenían las familias más pequeñas entre todas las categorías ocupacionales.

Hacia 1930 la esterilización seguía usándose únicamente con fines eugenésicos, Ogino y Knaus habían divulgado una forma más exacta de identificar los días fértiles, que le dio un nuevo impulso al método del ritmo, con la ventaja de que fue aceptado por la Iglesia Católica, pero rápidamente se comprobó su alto índice de fracaso. Los dispositivos intrauterinos, en los que se venía trabajando desde antes de la Primera Guerra Mundial, presentaban numerosas complicaciones que limitaron su uso. Las cremas, geles espermicidas y soluciones para irrigaciones tenían gran demanda pero al no ser reguladas por los gobiernos, como de efecto anticonceptivo, tenían discreta eficacia y en cambio producían irritaciones. El preservativo que había evolucionado en su elaboración, seguía asociándose con las enfermedades de transmisión sexual, evitando así que se difundiera su uso en la población general.

Los regímenes de tendencia fascista que precedieron a la Segunda Guerra Mundial eran opuestos al control de la natalidad, incluido el aborto; promovieron, tanto los métodos anticonceptivos como el aborto, solamente con fines eugenésicos. La Guerra por su parte relegó a un segundo plano las actividades o debates en estos temas. La década del 50 se inicia con el Baby Boom de la posguerra, fruto del reencuentro de las parejas, de las mejores condiciones sociales y económicas que se vivían

y de las compensaciones que la sociedad buscaba después de años de privaciones. Pero también hubo un renacimiento de las actividades en favor de la PF y en varios países comienza a ser apoyada por el servicio de salud.

La década del cincuenta también está marcada por el descenso de la mortalidad en los países del Tercer Mundo, donde se produce un rápido aumento de la población; surge el temor a la sobrepoblación de estas regiones y la preocupación de que cayeran bajo el dominio del comunismo, lo cual amenazaba el orden establecido. Se acusó a las altas tasas de crecimiento de ser las causantes de la pobreza. En Estados Unidos también se temió al mayor crecimiento de la población negra y el dominio que podría llegar a ejercer sobre la población blanca.

La Fundación Rockefeller destina importantes fondos a varios centros donde se investiga sobre hormonas. Por su parte Margaret Sanger, en 1951, anima a Gregory Pincus a retomar las investigaciones sobre la fisiología de la reproducción. Con el aporte de muchos investigadores, se logra en 1960 comercializar "la píldora", que a pesar de sus problemas no resueltos, constituyó una solución para muchos sectores de la sociedad y marcó un hito en la historia del siglo XX. Los médicos podían "recetar" un producto seguro, respaldado por la investigación científica y fácil de usar. Las mujeres, por fin contaban con un anticonceptivo seguro (aunque tenían que aprender a usarlo con tanto rigor como los métodos de barrera de que disponían) a pesar de los efectos secundarios. Para los hombres resultaba práctico pues se liberaban de la responsabilidad anticonceptiva y de los riesgos implícitos.

La investigación para el desarrollo de los demás métodos también ha sido intensa, aunque sus resultados no hayan sido tan simbólicos como la píldora. Deben destacarse los avances en los otros métodos hormonales, en las técnicas de esterilización quirúrgica tanto femenina como masculina y en la disminución de los problemas asociados a los dispositivos intrauterinos. Todos estos métodos tienen altos índices de eficacia, cercanos a los de la píldora o superiores, como es el caso de la esterilización. La aparición del virus de inmunodeficiencia humana y sus formas de transmisión impulsaron el mejoramiento y difusión de los preservativos y por consiguiente se siguen recomendando por su efecto profiláctico con lo cual tiene menos usuarios entre parejas estables.

Desarrollo de la anticoncepción hormonal

Debido a la importancia de la píldora, se presenta a continuación una síntesis del Anexo 1 del trabajo de Schulz para Schering sobre las "Etapas fundamentales en la historia de la anticoncepción hormonal"³⁷⁹

A finales del siglo XIX los científicos destacan la importancia fisiológica de la hormona del cuerpo lúteo (1892) y plantean hipótesis sobre la función del cuerpo lúteo en la ovulación (1897). En 1905 Marshall y Jolly acuñan el término "estrógeno". En la segunda década del siglo XX se intenta obtener extractos de la hormona del cuerpo lúteo y se demuestra el efecto inhibitorio del ovario sobre la ovulación. La década del 20 se inicia con los resultados de un estudio de Haberlandt sobre el efecto anovulatorio de las hormonas del cuerpo lúteo (1921) y dos años más tarde logra producir esterilidad transitoria en animales. En 1923 Allen y Doisy investigan sobre el efecto de los extractos ováricos sobre el epitelio vaginal y más adelante desarrollan la denominada prueba estrogénica. En 1927 los laboratorios Schering empiezan a trabajar con extractos de placenta y orina de mujeres embarazadas.

Durante la década de los años 30 se sigue trabajando en diferentes centros de investigación de Europa y América, y se obtienen resultados sobre el efecto de los preparados estrogénicos, se sintetizan compuestos estéricos, se describe la función hipofisaria controlada por el hipotálamo, se introduce el índice de Pearl para la medición de la efectividad de un método, se logra provocar un ciclo artificial administrando preparados de progynon y de proluton. Fels concluye que podría desarrollarse un método anticonceptivo administrando cantidades suficientes de hormona del cuerpo lúteo. Se sintetiza el etinilestradiol, un estrógeno muy potente por vía oral que en la actualidad es el más utilizado; en Japón aíslan las sapogeninas, que son un grupo de esteroides vegetales, que hasta hoy se utilizan para la síntesis de los esteroides. En 1939, Butenandt recibe el premio Nóbel de Química por sus aportes a la investigación de las hormonas sexuales.

En los años siguientes se sigue trabajando en distintos campos, se investiga en plantas que contienen sapogeninas como la raíz del barbasco, se logra la síntesis del estradiol a partir del colesterol, se demuestra el efecto anovulatorio de los estrógenos. En 1944, Doisy, recibe el premio Nóbel de Fisiología y Medicina.

En 1951, Pincus reinicia sus investigaciones con el fin de encontrar un anticonceptivo fácil de aplicar. En 1953 publica con Chang una lista de 67 hormonas esteroides con las que se suprime la ovulación en ensayos animales, en 1955 concluye que la administración diaria de progesterona suprime la ovulación pero alerta sobre los efectos secundarios. Djerassi sintetiza la noretisterona y en 1958 Junkmann sintetiza el acetato de noretisterona, que representaba el gestágeno oral más potente en ese momento.

Todos los desarrollos para sintetizar los diferentes componentes permiten que en 1960 se comercialice en América el primer anticonceptivo oral, el ENOVID-10 cuyo inconveniente era la elevada dosis hormonal. En 1961 se comercializa en Europa el ANOVLAR, que también contenía una elevada dosis hormonal; sin embargo las propiedades anticonceptivas no se resaltan y se sugiere que su indicación principal es " ... el reposo transitorio del ovario como tratamiento de ciertas enfermedades ginecológicas ...". Desde entonces las investigaciones tienden a lograr la menor cantidad de hormonas, mejorar la tolerancia de los componentes y adaptarse a las necesidades hormonales y al ciclo de la mujer .

La anticoncepción hormonal tiene otras formas de administración además de la oral. Están los inyectables, los implantes subdérmicos y los anillos vaginales. Los implantes comenzaron a desarrollarse desde 1.966 y las primeras experiencias clínicas se llevaron a cabo en Chile (1.968) y seis años más tarde, también en Chile, el primer estudio clínico con el implante de seis cápsulas. El Population Council ha registrado la marca Norplant® que es la más conocida³⁸⁰ consiste en seis cápsulas que se insertan en debajo de la piel, generalmente en el antebrazo donde van liberando la hormona. Se han descrito efectos secundarios similares a los de la píldora y las inyecciones que se describirán más adelante. Sin embargo es un método de gran eficacia que tiene ventajas comparativas frente a la píldora y a las inyecciones y puede llegar a tener gran aceptabilidad.

RESEÑA HISTÓRICA DEL ABORTO

Este apartado es un resumen de recopilaciones y análisis realizados por diferentes autores y seguirá los períodos históricos señalados por Ibáñez y García-Velasco (1992)³⁸¹ quien, a su vez se basó en los trabajos de Antonio Quintano-Ripollés (1.962)³⁸² —penalista, catedrático de Derecho Penal y

Magistrado del Tribunal Supremo— y Javier Gafo (1979)³⁸³ sacerdote católico. Otro texto básico en esta síntesis es el libro sobre la despenalización del aborto editado por Santiago Mir³⁸⁴ en 1983, justamente en los álgidos momentos en que España vivía este proceso.

En el caso de aborto, como en la aceptación y conocimiento del uso de anticonceptivos, es innegable que se puede reconstruir la tendencia histórica a través de pivotes pero que no necesariamente es unánime. Por ejemplo, al hablar de Grecia o Roma se resaltarán el pensamiento de sus filósofos más conocidos o los códigos que se conservan, los cuales pueden estar en consonancia, con lo que se concluye que fue el pensamiento dominante o mayoritario, pero es posible que hubiera momentos o pensadores que discrepaban.

De la antigüedad al siglo II. Derecho hebreo, Grecia, Roma

Los autores citados coinciden en que en el amplio período histórico que comprende la Edad Antigua y grandes civilizaciones como la griega y la romana, el aborto no es objeto de incriminación. En el Derecho antiguo y antiquísimo, como el Código de Hammurabi, las alusiones en contra de maniobras abortivas, son sobre el presupuesto de lesión a la persona de la mujer y frecuentemente sobre el daño a los intereses del marido al menoscabar su descendencia y no al fruto de la concepción. En Grecia predominó la idea del feto como víscera o parte del cuerpo materno y no se conocen disposiciones que incriminen el aborto voluntario; sus grandes pensadores, Platón y Aristóteles, contemplaron el aborto e incluso el infanticidio como medida eugénica o de política demográfica. Roma, heredera del pensamiento helénico tampoco consideró punible el aborto, pero sí introdujo el concepto de *nasciturus*, al que valoró como objeto de derechos pero, en todo caso, lejos de ser equiparable al nacido o susceptible de aborto y más lejos aún de homicidio. Así mismo en la ley mosaica o Derecho Hebreo, recogido en la Biblia, se mencionan las lesiones ocasionadas a una mujer encinta sancionando con la ley del talión si ella muriera o con lo exigido por el marido si no muriera (Éxodo XXI), pero en ningún caso, ni en el Antiguo ni en el Nuevo Testamento, se refiere al aborto como delito.

Hipócrates (¿460-377? a.C.) en sus tratados —*Enfermedades de la Mujer y Naturaleza de la Mujer*— cita recetas para inducir la menstruación, extraer un feto muerto o la placenta o acelerar un parto difícil pero desaprueba que los médicos sean llamados para atender mujeres que se han hecho daño con pesarios o instrumentos punzantes. Soranus (siglo II a.C.) ginecólogo griego, está en principio en contra del aborto pero propone una serie de procedimientos en caso de que por inmadurez de la madre o malformaciones congénitas fuera necesario intervenir. Galeno (131-201) cita los abortivos al mismo nivel de los afrodisíacos y las drogas que inducen el sueño y aunque los considera poco efectivos y peligrosos, y da algunas recetas. Dioscórides, era favorable al aborto terapéutico, listaba las sustancias con efectos dañinos sobre el feto o que lo expulsaban³⁸⁵.

Del siglo II al siglo XVIII

En este amplio período, con el advenimiento del cristianismo, se forja el concepto del aborto-delito y del aborto-homicidio. Con la frase "*Homo est qui futurus est*" Tertuliano (siglo II) sienta una de las bases del pensamiento cristiano al retrotraer la infusión del alma al momento de la concepción. Sin embargo, este pensamiento no fue unánime y tuvo gran acogida la tesis de San Agustín que partía de la necesidad de que el embrión dispusiera de una cierta formación biológica capaz de recibir el alma

racional —formación manifiesta en los movimientos del feto— para dejar de ser víscera y transformarse en ser humano, generando una desigualdad entre *feto animatus e inanimatus*; la diferenciación entre los dos estadios no era tangible, por lo que la Iglesia estableció el límite de 40 días en los varones y 80 en las hembras a partir del momento de la concepción, criterio acogido en la “Constitución Apostólica Sedes” (siglo XIII).

Antonio Beristain en sus reflexiones teológico-jurídicas cita³⁸⁶ otros pensadores de la Iglesia como el jesuita Tomás Sánchez quien en los inicios del siglo XVII, publicó un libro sobre el matrimonio en el cual admite el aborto *honoris causa*, el terapéutico y por razones sociales^{xci}. En la misma línea de pensamiento estaba el padre Layman, también jesuita y contemporáneo del padre Sánchez. A finales del siglo XVII Martín de Azpilicueta publica una obra en la cual admite el aborto terapéutico antes de los cincuenta días teniendo en cuenta que el feto adquiere alma racional después de ese momento. Alfonso M^a. de Ligorio, siglo XVIII, sigue interpretando el Éxodo en el sentido de la animación retardada.

La posición de la Iglesia trascendió a las leyes y se puede encontrar, en el derecho Medieval, influencia del pensamiento agustino, cuando se castigaba el aborto del feto animado con la pena capital y el del feto inanimado con penas atenuadas³⁸⁷ y encontrar también influencia de la tesis de Tertuliano y como consecuencia la equiparación del aborto-delito con asimilación al homicidio y la imposición de penas máximas³⁸⁸.

Siglo XVIII al siglo XX

Esta tercera etapa, que se considera consecuencia del Movimiento Reformista de la Ilustración, se caracteriza por la distancia que se toma con la doctrina cristiana al variar tres elementos del concepto de aborto: ① desaparece la equivalencia del aborto con el homicidio y se configura como delito autónomo ② desaparece la pena capital en su aplicación a casos de aborto ③ atenuación general de las penas y aparición de modalidades también atenuadas como *el “aborto honoris causa”*³⁸⁹.

Para la Iglesia Católica el asunto queda zanjado cuando, en octubre de 1869, Pío IX en su “Constitución Apostólica Sedes” afirma que a partir de la fecundación se crea una vida plenamente humana con valor similar a la del nacido y por tanto su destrucción o aborto es un homicidio. La decisión queda respaldada por el Código de Derecho Canónico en el que se explicita la pena de excomunión para este pecado³⁹⁰. No debe olvidarse que la Iglesia oficial impuso este significado a pesar de que la mayoría de los tratadistas, teólogos, filósofos, médicos y juristas hasta el siglo XIX —San Agustín en el siglo IV, Santo Tomás de Aquino y la Escolástica en el siglo XIII, San Alfonso M^a de Ligorio en el siglo XVIII— coincidía con la teoría de la animación retardada³⁹¹. No deja de llamar la atención que en una época de mayor apertura de pensamiento, la Iglesia haya escogido justamente la posición más extrema.

Si en el siglo XIX, después de siglos de polémica, la Iglesia Católica hubiera aceptado la tesis mayoritaria de la animación retardada, posiblemente el aborto nunca hubiera sido delito. El texto de derecho canónico promulgado el 25 de enero de 1983, mantiene la excomunión “*latae sententiae*” para quienes realizan un aborto provocado³⁹² Hasta nuestros días la tesis de la animación inmediata

^{xci} En el libro *Disputationum de santo matrimonii sacramento* admite el aborto cuando la madre es joven soltera y corre peligro de suicidio o de muerte a manos de su familia; si ya prometida en matrimonio no puede evitar de otra manera un bastardo que su futuro marido no aceptaría; si soltera o casada es víctima de violación.

constituye la doctrina de la Iglesia Católica que ha sido protagonista de la más beligerante oposición a la liberalización del aborto en los países donde tiene influencia e incluso en los acuerdos internacionales como fue el caso de la CIPD-94 de El Cairo o la CCMM-95 en Beijing.

El siglo XX

Durante el siglo XX se consolidó la etapa despenalizadora del aborto y alejamiento del concepto cristiano del aborto-delito. El proceso se inicia en 1920 con la legalización en la Unión Soviética donde era un delito castigado con sanción penal. Luego viene la despenalización en los países nórdicos europeos (Islandia, 1935; Suecia, 1937; Dinamarca, 1938) que introducen razones médicas, eugenésicas, jurídicas y médico-sociales. Por su parte la Iglesia ratificaba su posición; Pío XI en la encíclica *Casti connubii* (1932) denomina crimen al aborto deliberado y directo.

Durante la Segunda Guerra Mundial el proceso se estancó y hubo que esperar hasta finales de la década del sesenta para que se acogieran otros países; en 1967 se dicta la Ley del Aborto en Gran Bretaña, en 1976 en la República Federal de Alemania, Francia el 1 de enero de 1975, refrendada en 1979, Italia en 1978, España en 1985. Por su parte Pablo VI en 1971, en el curso de una audiencia general, equipara el aborto y la eutanasia al homicidio³⁹³. A pesar de la postura cada vez más radical de la Iglesia, en los años finales del siglo XX dos tercios de la población mundial vivía en países en que el aborto no es considerado delito, total o parcialmente³⁹⁴. Actualmente hay grupos de católicos que defienden el derecho a la libre elección o que defienden el derecho de los no católicos a tener otra postura frente al tema. Es el caso del R.P. Roqueplo que criticó la actitud de la Iglesia como grupo de presión contra la liberalización del aborto en el proceso francés en 1973-1974^{xci} basándose en que la sociedad francesa no era en su mayoría creyente. El sacerdote Gafo, como resultado de su estudio sobre el comienzo de la vida humana, se ha planteado la necesidad de revisar la tesis de la instantaneidad a favor de la tesis de gradualidad en la formación del ser humano. Una de las razones estriba en que durante las dos primeras semanas del período de anidación, hay posibilidad de dar origen a más de un individuo³⁹⁵. La pregunta que surge es ¿si ya está imbuido de alma, cómo ocurre esta separación?

En esta pequeña reseña de la historia del aborto permite resaltar algunos elementos clave de los procesos despenalizadores que se han producido y que se producirán:

- Ha habido una variedad de posturas frente al aborto en los diferentes períodos de la historia, lo cual lo hace diferente de otros actos como el homicidio en el que las diferentes sociedades en distintos momentos lo han condenado.
- El cristianismo introduce su concepto extremo del aborto-delito, pecado mortal equiparable al homicidio constituyendo un grupo de presión y queriendo abarcar a los no católicos.
- La motivación religiosa se basa en un acto de fe sobre el momento en que el alma es infundida al cuerpo, pero no sobre bases científicas.
- Dentro del cristianismo no ha habido unanimidad en el concepto, ni antes ni después del pronunciamiento oficial de Pío IX, ocurrido en la segunda mitad del siglo XIX.

^{xci} "Le R.P. Roqueplo estime tout a fait anormal que L'Eglise au nom de son prope Evangile se constitue en groupe de pression pour imposer une loi repressive dans un pays qui n'est pas en majorité chretien. Beaucoup de chretiens desapprouvent cette attitude" *L'avortement. Histoire d'un debat*. Paris, Flammarion, 1975, pag. 119

ANEXO 2. APLICACIÓN DEL MODELO DE BONGAARTS

Estimaciones de los índices de las variables intermedias de la fecundidad y tasas totales de fecundidad para países seleccionados *						
Países	Año	TTF (observada)	Índice de:			
			Nupcialidad	Anticoncepción	Aborto	Infertilidad
			Cm	Cc	Ca	Ci
Kenia	1976	8,0	0,768	0,976	0,970	0,673
Pakistán	1975	7,0	0,785	0,955	0,970	0,642
Bangladesh	1975	6,3	0,853	0,929	0,970	0,539
México	1976	5,7	0,610	0,731	0,970	0,841
Filipinas	1976	7,9	0,613	0,705	0,970	0,759
Colombia	1976	4,6	0,578	0,646	0,970	0,841
Tailandia	1975	4,7	0,628	0,676	0,970	0,660
Corea (Rep de)	1970	4,0	0,580	0,769	0,820	0,658
Estados Unidos	1967	2,3	0,631	0,254	0,999	0,930
Hong Kong	1978	2,3	0,496	0,331	0,970	0,930
Dinamarca	1970	1,8	0,555	0,274	0,939	0,930
Hungría	1966	1,8	0,617	0,322	0,564	0,930

Fuente: Cuadro VI.6.i.PROLAP "Demografía II" Carlos Welti editor. CELADE-THE JOHN AND CATHERINE MACARTHUR FOUNDATION-UNAM. Pag 101

(*) El índice de aborto en el cuadro original es 1.0 para los países en desarrollo, pero aquí se toman otros hallazgos que lo proponen en 0.97

Aplicación de los índices a la Tasa de fecundidad natural y estimación de tasas según el impacto acumulativo de las variables intermedias

Países	Tasa Fec. Natural	Tasas de fecundidad** por efecto acumulado de:			
		Nupcialidad	Anticoncepción	Aborto	Infertilidad(*)
		TFN	Tfm	Tfc	Tfa
Kenia	15,3	11,5	11,2	10,9	7,3
Pakistán	15,3	11,8	11,2	10,9	7,0
Bangladesh	15,3	12,8	11,9	11,5	6,2
México	15,3	9,2	6,7	6,5	5,5
Filipinas	15,3	9,2	6,5	6,3	4,8
Colombia	15,3	8,7	5,6	5,4	4,6
Tailandia	15,3	9,4	6,4	6,2	4,1
Corea (Rep de)	15,3	8,7	6,7	5,5	3,6
Estados Unidos	15,3	9,5	2,4	2,4	2,2
Hong Kong	15,3	7,4	2,5	2,4	2,2
Dinamarca	15,3	8,3	2,3	2,1	2,0
Hungría	15,3	9,3	3,0	1,7	1,6

(*) Corresponde a la tasa estimada por el modelo una vez se aplican los cuatro efectos.

** Cálculos realizados para el presente trabajo

ANEXO 3. CARACTERÍSTICAS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ACTUALES.

TABLA 1. DESCRIPCIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS ACTUALMENTE

396, 397, 398, 399, 400

Descripción y Eficacia	Modo de empleo	Usuaris/os potenciales
<p>1. Anticonceptivos hormonales: inhiben la ovulación y además actúan directamente sobre los órganos genitales (ovarios, útero y cérvix) evitando la concepción, la anidación o ambos.</p> <p>Píldora combinada: es un anovulatorio porque actúa impidiendo la ovulación al elevar el nivel de estrógeno. Además estimula la mucosidad del cuello uterino para que forme una barrera y obstruya el paso del semen. Altera los movimientos de las trompas de Falopio con lo cual se dificulta el desplazamiento del óvulo y de los espermatozoides. Hace más delgada la membrana uterina y por lo tanto menos acogedora. Existen tres tipos de píldoras combinadas: monofásica (dosis de estrógeno y gestágeno constantes), bifásica (dosis de estrógeno constante y de gestágeno variable) y trifásica (se pueden administrar con combinaciones diferentes). La dosis hormonal total en cada ciclo se ha ido reduciendo a lo largo del desarrollo y perfeccionamiento de estos métodos.</p> <p>Eficacia: los rangos de eficacia son disímiles entre los diferentes autores, pero todos indican alto nivel de eficacia. El Índice de Pearl (IP) 0,1 y 7 citado por Hayman; 0,16-0,27 por Pérez; 0,03-0,5 por Schulz; 6-8 por Hatcher et al. para uso común y 0.1 para uso correcto y consistente.</p>	<p>Se deben seguir las instrucciones del paquete. En las usuarias de píldoras, la causa de falla suele ser error por toma irregular u olvido. Si la demora con respecto al horario establecido es mayor de 12 horas, la protección anticonceptiva se reduce y se recomienda usar un método complementario. No se recomiendan los "periodos de descanso" que antes se sugerían.</p> <p>Los olvidos graves son los del inicio y el final del paquete.</p> <p>Su efecto puede alterarse con algunos medicamentos y la píldora puede alterar el efecto de los medicamentos.</p>	<p>Toda mujer con buena salud puede usar la píldora durante toda su vida fértil. La pueden tomar nulíparas o después de un aborto. No se recomienda para mujeres que fuman o que tienen exceso de peso.</p> <p>No se recomienda durante la lactancia. En mujeres con antecedentes de problemas cardiovasculares, del hígado, cáncer, o problemas hormonales, el consumo de la píldora puede agravar el cuadro clínico. Lo mismo si se sufre de depresión o migraña.</p> <p>Tampoco está indicada en mujeres con patología de tiroides ni en mujeres diabéticas.</p>
<p>Píldora unitaria de progestágeno, minipíldora, píldora sólo de progestágeno psp: el efecto depende principalmente de sus acciones sobre el cuello del útero y sobre la membrana uterina evitando la penetración de los espermatozoides y la anidación del óvulo. No siempre se inhibe la ovulación debido a la reducida dosis de gestágeno.</p> <p>IP: Menor de 1% citado por Hayman y entre 1,2 y 2,5 por Pérez; 1 por Hatcher et al. para uso común y 0.5 para uso correcto y consistente.</p> <p>El índice de fracaso es más elevado en mujeres de más de 70 kilos de peso.</p>	<p>Es similar a las píldoras combinadas.</p>	<p>Se pueden tomar durante toda la vida fértil. Es una alternativa para las mujeres que no pueden tomar la combinada. No se recomienda en mujeres que han tenido cáncer de mama, o que tienen algunos problemas de hígado.</p> <p>Son el mejor anticonceptivo para mujeres que están dando de lactar.</p>
<p>Inyectables (dmpa): impiden el embarazo durante dos o tres meses según el tipo de inyección. Su acción se inicia impidiendo la ovulación pero cuando la concentración de gestágeno disminuye, hacia el final de los dos o tres meses, puede volver a ocurrir la ovulación. También actúa sobre la membrana uterina y el cuello del útero de manera similar a la píldora unitaria.</p> <p>IP: menor de 1% citado por Hayman y por Schulz; 0,3 por Hatcher et al. tanto para uso común como para uso correcto y consistente.</p> <p>El índice de fracaso es más elevado en mujeres de más de 70 kilos de peso.</p>	<p>Según el tipo de inyección se aplica cada dos o tres meses.</p>	<p>No se recomienda en mujeres que han padecido problemas de corazón, enfermedades arteriales graves, enfermedades hepáticas crónicas o algún cáncer en ovarios o senos.</p>
<p>Implantes subdérmicos o subcutáneos, (Norplant: marca registrada por el Population Council para implantes de levonorgestrel): consisten en pequeñas cápsulas de plástico llenas de progestágeno (progesterona sintética). Se colocan en la parte interna del brazo desde donde van liberando las hormonas a la corriente sanguínea. Actúan impidiendo la ovulación y sobre la membrana uterina y el cuello del útero de manera similar a los demás anticonceptivos hormonales.</p> <p>Es uno de los anticonceptivos más eficaces. Su efecto protector es de hasta cinco años. El índice de Pearl es 0,1 según Hatcher et al. tanto para uso común como para uso correcto y consistente. El índice de fracaso es más elevado en mujeres de más de 70 kilos de peso.</p>	<p>Debe colocarlos personal de salud con conocimientos específicos. Se implantan durante la menstruación y protege desde ese momento y hasta que se retire. Si se quiere tener un hijo sólo hay que retirarlo.</p>	<p>Al igual que los demás anticonceptivos hormonales, los puede usar cualquier mujer con buena salud durante la vida fértil.</p> <p>Se puede recomendar a partir de la 6ª semana después del parto.</p>
<p>Anillo vaginal: consiste en un aro plástico que contiene progestágeno. Tiene más o menos el tamaño de un</p>	<p>Se coloca en la vagina de manera que los músculos de la misma lo</p>	<p>No se recomienda en caso de prolapso uterino o si no se tiene buen</p>

Descripción y Eficacia	Modo de empleo	Usuarías/os potenciales
<p>diafragma pequeño. Una vez puesto en la vagina va desprendiendo el progestágeno; actúa sobre la mucosa cervical espesándola y cerrando así la entrada del útero. IP: cerca de 4% citado por Hayman. El índice de fracaso es más elevado en mujeres de más de 70 kilos de peso.</p>	<p>sostengan. Cada tres meses debe sustituirse por uno nuevo. Debe llevarse permanentemente y no debe retirarse para tener relaciones sexuales. Durante su uso pueden colocarse tampones.</p>	<p>tono muscular. Tampoco se recomienda a mujeres que no se atreven a tocar las partes íntimas, si se sufre de estreñimiento, si se ha tenido inflamación de pelvis, de cuello de útero o de vagina o embarazo ectópico.</p>
<p>2. Métodos de barrera. Evitan el embarazo impidiendo el encuentro del óvulo y del espermatozoide.</p>		
<p>Preservativo masculino, condón. Consiste en una funda de caucho que se coloca en el pene erecto adaptándose totalmente y actuando como barrera que impide el paso de los espermatozoides al aparato genital femenino. Es el único método masculino no quirúrgico de probada eficacia. El índice de Pearl está entre 2 y 7 por ciento; 14 por Hatcher et al. para uso común y 3 para uso correcto y consistente. La mayoría de los fracasos se deben a errores en su uso, al manipularlo o teniendo contactos genitales próximos antes de colocarlo o después de quitarlo, de ahí el rango tan amplio de eficacia.</p>	<p>Debe colocarse, estando el pene en erección y antes de que toque cualquier zona del cuerpo de la pareja, cercana a los genitales. Se debe usar uno nuevo en cada contacto sexual. No se debe poner en contacto con aceite o cremas, ni con productos como óvulos. Si se necesita más lubricación se deben usar cremas con base en agua o cremas espermicidas.</p>	<p>Puede usarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida. No se recomienda en hombres que no consigan o no mantengan la erección. Si hay reacción a los lubricantes o a los espermicidas se deben usar marcas que no tienen estas sustancias.</p>
<p>Preservativo femenino. Es un tubo diseñado para cubrir la vagina y la vulva impidiendo el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide. IP: 21 por Hatcher et al. para uso común y 5 para uso correcto y consistente.</p>	<p>Debe colocarse dentro de la vagina antes de cualquier contacto genital. Debe saberse colocar para que el pene penetre en él y garantizar su efecto protector. Se debe utilizar uno nuevo en cada contacto sexual.</p>	<p>Puede usarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida. Los tabúes religiosos pueden dificultar su empleo.</p>
<p>Diafragmas y capuchones vaginales. Hacen de barrera impidiendo el paso de los espermatozoides. También contienen espermicida. El diafragma consiste en un casquete de caucho natural, con un reborde que contiene una anilla metálica flexible. Existen diferentes medidas para poder adaptarse a cada usuaria. Los capuchones, también de caucho natural, son más pequeños que los diafragmas y vienen en tres diseños. IP: Entre 2 y 3 por ciento. Algunos estudios dicen que entre el 2 y el 15%; para el diafragma, según Hatcher et al. 20 para uso común (con espermicida) y 6 para uso correcto y consistente (con espermicida); para el capuchón cervical en mujeres sin hijos, según Hatcher et al. 20 para uso común y 9 para uso correcto y consistente; para el capuchón cervical en mujeres con hijos, según Hatcher et al. 40 para uso común y 26 para uso correcto y consistente.</p>	<p>El ajuste correcto depende de las condiciones anatómicas de la mujer y del tono muscular que tenga, el cual puede modificarse al aumentar o disminuir de peso. Se debe buscar asesoría a personal especializado para seleccionar el tamaño que convenga y para aprender a manejarlo. Puede insertarse en la vagina en cualquier momento antes de la relación sexual. Debe usarse siempre con espermicidas que se aplican en la cúpula del diafragma antes de colocarlo. Si pasan más de dos horas entre la inserción y la relación sexual se debe colocar más espermicida sin retirarlo. Debe dejar el diafragma en su lugar por lo menos 6 horas después de que el hombre haya tenido la última eyaculación. Después de usarlo se debe lavar con agua y jabón sin perfume, secar y guardar en caja en un lugar fresco. Tampoco debe entrar en contacto con aceites o cremas</p>	<p>Puede usarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida excepto en las seis primeras semanas después del parto. Puede dificultarse su uso en mujeres con dedos muy cortos o vagina muy profunda. No se recomienda si la mujer padece de infecciones urinarias frecuentes, si se tiene poco tono muscular o descendimiento de útero. No se recomienda en personas con alergia al látex. No se recomienda en personas que requieran métodos más efectivos.</p>
<p>3. Métodos químicos: son productos químicos actúan directamente sobre los espermatozoides impidiendo su ascenso a través del cuello del útero.</p>		
<p>Espermicida. Se presenta en gel, crema, espuma, pomada u óvulos espermicidas. Inhibe los movimientos natatorios de los espermatozoides. No es un método eficaz. Se recomienda usarlo como complemento de otros métodos. El índice de Pearl está entre 4 y 25%; 26 por Hatcher et al. para uso común y 6 para uso correcto y consistente. Los estudios muestran grandes diferencias entre la efectividad teórica y la real. La efectividad de los óvulos se estima en 95%. Los errores en el uso, como falta de disolución del producto explican gran parte de la diferencia.</p>	<p>Deben aplicarse en el fondo de la vagina, cerca del cuello del útero. En el caso del gel, las cremas o las espumas en aerosol es indispensable disponer de un aplicador adecuado. En general, se debe dejar un tiempo entre la aplicación y el coito para que el producto se disuelva y se extienda por el fondo del saco vaginal. En el caso de los óvulos hay que esperar 3 a 10 minutos. La protección dura entre media y una hora según el producto. No se deben realizar</p>	<p>Se pueden usar durante toda la vida fértil.</p>

Descripción y Eficacia	Modo de empleo	Usuarías/os potenciales
<p>Esponja. Consiste en una esponja de poliuretano blando impregnada en espermicida. La función principal está en el espermicida pero además recubre cuello del útero y actúa de barrera. IP: Entre 9 y 24%</p>	<p>lavados vaginales antes de dos horas después del último coito.</p> <p>Primero se humedece la esponja con un poco de agua para activar el espermicida. Se coloca en la parte superior de la vagina. Debe dejarse durante 6 horas después del coito. Se pueden tener varios contactos sexuales sin necesidad de añadir espermicida. Una vez retirada no se puede volver a usar. No se puede llevar más de 30 horas seguidas</p>	<p>Puede dificultarse su uso en mujeres con dedos muy cortos o vagina muy profunda. No se recomienda si la mujer padece de infecciones urinarias frecuentes, si se tiene poco tono muscular.</p>
<p>4. Dispositivo intrauterino (DIU). Artefactos que colocados en el útero impiden el embarazo por diferentes mecanismos.</p>		
<p>DIU, TCu: Existen varios tipos de DIU, los de cobre actúan liberando iones; otros liberan hormonas por lo que se pueden clasificar entre los anticonceptivos hormonales. IP: según Hayman el índice está entre 1 y 3% y según Pérez, entre 0,5 y 1,5%; 0.8 por Hatcher et al. para uso común y 0.6 para uso correcto y consistente.</p>	<p>Debe ser colocado por un médico o profesional especializado. La colocación resulta más fácil hacia el final del período. La inserción durante la regla garantiza que no hay embarazo. Debe hacerse un examen médico antes de su inserción para comprobar que no hay infecciones, caso en el cual no se recomienda por el riesgo de generar una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)^{xciii}. Debe esperarse 6 semanas después del parto para su inserción. No se recomienda durante la lactancia porque aumenta las probabilidades de perforación.</p>	<p>No se recomienda cuando la persona o su pareja tiene otras parejas porque aumenta el riesgo de EIP. Tampoco se recomiendan en personas con enfermedades de corazón, anemias o si se toman fármacos que inhiben el sistema inmunológico, con antecedentes de embarazo ectópico, o de EIP.</p>
<p>5. Métodos naturales. Se basan en el hecho de que el momento del ciclo en que la mujer puede quedar embarazada es realmente muy corto. Consisten en la determinación exacta de ese momento para abstenerse de relaciones sexuales durante ese lapso (abstinencia periódica o Planificación Familiar Natural, pfn) o mantenerlas usando métodos de barrera, coito interrumpido o contacto sin penetración vaginal. La eficacia depende de las señales de fertilidad y las reglas de abstinencia que se utilizan.</p>		
<p>Método del calendario (método de Ogino-Knaus, del ritmo). Consiste en hacer un seguimiento a los ciclos (entre 6 y 12 meses) para determinar la fecha más temprana y la más tardía en que puede producirse la ovulación. IP: 9% en condiciones de usos correctas y sin combinación con otros métodos.</p>	<p>La diferencia entre la duración del ciclo más corto y 18 (Ej. 26-18=8) y la del más largo y 10 (Ej. 35-10=25) dan los días de mayor probabilidad de embarazo (del 8º al 25º día del ciclo) para los que se recomienda abstinencia o uso de métodos de barrera, retiro o no-penetración vaginal.</p>	
<p>Método de la temperatura. Los cambios hormonales que se producen a lo largo del ciclo menstrual afectan la temperatura corporal. Baja un poco antes de la liberación del óvulo. Luego vuelve a subir hasta unos días antes de la regla cuando vuelve a bajar. IP: 1% en condiciones de usos correctas y sin combinación con otros métodos.</p>	<p>Se debe tomar con cuidado la temperatura diariamente y confeccionar un registro con la mínima y la máxima. También se debe tomar la temperatura corporal basal (cuerpo en reposo) La variación más importante oscila entre 0,2º y 0,4ºC y suele ocurrir inmediatamente después de la ovulación. Al cabo de tres días en que la temperatura ha sido más elevada que las anteriores pueden tenerse relaciones sexuales sin riesgo de embarazo.</p>	
<p>Método de Billing o de la mucosidad vaginal. En los días que siguen a la regla la mucosidad es menos abundante. Al aproximarse la ovulación el cuello del útero empieza a secretar más moco, el cual es de consistencia resbaladiza, que facilita el desplazamiento de los espermatozoides. IP: 3% en condiciones de usos correctas y sin combinación con otros métodos.</p>	<p>Aprender a reconocer la consistencia del moco cervical y las señales de que la ovulación está a punto de producirse para evitar relaciones sexuales en los días fértiles.</p>	

^{xciii} La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) se produce cuando una infección sexual se contagia a los órganos reproductores como el útero, las Trompas de Falopio o las paredes de la cavidad pélvica. Puede causar esterilidad.

Descripción y Eficacia	Modo de empleo	Usuaris/os potenciales
<p>Método sintotérmico o de indicadores múltiples. Consiste en hacer un seguimiento diario de la temperatura y del estado del moco cervical. Además, identificar otros síntomas de la ovulación.</p> <p>IP: 2% en condiciones de usos correctas y sin combinación con otros métodos.</p>	<p>Identificar los síntomas como dolor al momento de la ovulación, pérdidas de sangre, cambios de humor, consistencia de los pechos.</p>	
<p>6. Métodos quirúrgicos</p> <p>Esterilización femenina (ligadura de trompas): consiste en obstruir, anudar o cortar las Trompas de Falopio impidiendo el paso del óvulo, del ovario al útero. La ovulación sigue produciéndose pero el cuerpo absorbe los óvulos de forma natural.</p> <p>IP: 0,1-0,3%; 0.5 por Hatcher et al. Tanto para uso común como para uso correcto y consistente.</p>	<p>Existen varias técnicas y todas requieren de personal médico especializado. Hay dos vías: la vaginal y la abdominal; para éstas última existen dos técnicas la laparotomía (mediante una incisión en la cavidad abdominal por lo general a la altura del vello púbico, se localizan las trompas y se ligan; puede aprovecharse otra intervención como, por ejemplo, una cesárea), y la laparoscopia (mediante una incisión en la cavidad abdominal, en el borde inferior del ombligo, se introduce el laparoscopio, se localizan las trompas y se cortan y se ocluyen)</p>	<p>Puesto que se considera irreversible, debe practicarse a personas que no desean más hijos. Aunque ninguna condición médica impide que la mujer se haga una esterilización, la valoración médica previa debe establecer si dadas las condiciones de salud de la usuaria, la operación se debe postergar hasta que éstas se hayan controlado (ej. presencia de ets o eip) o se debe referir a la paciente a un centro de mayor complejidad, o practicarla en un centro de rutina teniendo ciertas precauciones especiales</p>
<p>Esterilización masculina (vasectomía): consiste en seccionar u obstruir el conducto deferente que lleva los espermatozoides de los testículos a la próstata; se siguen produciendo espermatozoides, pero son absorbidos por el cuerpo como ocurre cuando no hay eyaculación.</p> <p>IP: 0,1%; 0.15 por Hatcher et al. para uso común y 0.1 para uso correcto y consistente.</p>		
<p>7. Anticoncepción de emergencia: llamada post-coital o para después de la relación sexual.</p>		
<p>Píldora del día después, anticoncepción oral de emergencia. Actúa retrasando la ovulación (si no se ha producido) de modo que se produzca cuando el óvulo ya no puede ser fecundado. Si no logra retrasarla modifica la velocidad con que progresa el óvulo por las trompas hasta el útero, de manera que éste no esté preparado evitando así la anidación. Modifica la mucosa uterina haciéndola inhóspita.</p> <p>Eficacia: parece prevenir tres cuartas partes de los embarazos que de otra manera hubieran ocurrido. Otros estudios refieren fallas menores de 1%</p>	<p>Según el tipo de píldora se prescriben dosis de 20, 25, 4, 2 ó 1 píldora en un lapso de 72 horas después de la relación sexual sin protección y luego 12 horas después de otra dosis igual.</p>	<p>Tiene las mismas contraindicaciones y requiere las mismas precauciones señaladas para la píldora.</p>
<p>DIU post-coital. Actúa de manera similar a la píldora post-coital modificando la velocidad con que progresa el óvulo por las trompas hasta el útero y modificando la mucosa uterina haciéndola inhóspita.</p> <p>Se documentan fallas de menos de 1%</p>	<p>En un lapso de cinco días, después de la relación sexual desprotegida. Después de la colocación del DIU, la regla debe llegar a su debido tiempo.</p>	<p>Tiene las mismas contraindicaciones y requiere las mismas precauciones señaladas para el DIU.</p>
<p>8. Otros métodos anticonceptivos:</p>		
<p>Coitus interruptus (retiro, retirada). El hombre retira el pene de la vagina de su compañera antes de eyacular expulsando el semen fuera de la vagina. Aunque no se dispone de datos concretos, se atribuye el fracaso a la presencia de espermatozoides en el líquido lubricante que se expulsa antes de la eyaculación, que en principio no debe tenerlos ya que es segregado por las glándulas bulbo-uretrales, pero pueden quedar algunos si ha habido una eyaculación previa.</p> <p>IP: 8-25%</p>	<p>Si el coito se repite, se aconseja orinar entre una y otra eyaculación para eliminar los espermatozoides que han quedado.</p> <p>En algunos casos la tensión que conlleva este método puede producir eyaculación precoz o impotencia.</p>	<p>Algunos hombres no pueden practicarlos porque no perciben la inminencia de la eyaculación y no saben elegir el momento de la retirada.</p>
<p>Lactancia prolongada, método de lactancia-amenorrea (mela). Consiste en utilizar la lactancia materna como un método temporal de planificación familiar. Detiene la ovulación ya que la lactancia materna produce cambios en la velocidad a la que se liberan las hormonas naturales de la mujer.</p> <p>Eficacia: 2% en los primeros 6 meses después del parto cuando se usa en forma común, 0.5% cuando se usa en forma correcta y consistente.</p>	<p>La mujer se encuentra protegida en forma natural del embarazo cuando:</p> <p>① al menos el 85% de la alimentación del bebé está constituida por leche materna y ella da de lactar a su bebé con frecuencia tanto de día como de noche; ② no han regresado sus períodos menstruales; ③ su bebé tiene menos de 6 meses de edad.</p>	<p>Las únicas condiciones que restringen el uso del mela: que el bebé tenga más de 6 meses, que se haya reiniciado el período menstrual, que haya comenzado a disminuir la frecuencia con la que da de lactar, que no esté recomendada la lactancia materna como es el caso de del vih/sida.</p>
<p>Coito anal y oral. Estas prácticas sexuales actúan como métodos anticonceptivos absteniéndose del coito vaginal. Sólo el coito vaginal puede dar lugar a una concepción.</p> <p>Lavados vaginales, duchas post-coitales</p>	<p>Puede agilizar el desplazamiento de espermatozoides logrando el efecto contrario.</p>	

TABLA 2. VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS ACTUALMENTE

401, 402, 403, 404, 405

Método y sus ventajas	Inconvenientes	Efectos secundarios	Peligros
<p>1. Anticonceptivos hormonales. (AH) La mayoría de sus ventajas e inconvenientes se refieren a todos los preparados con hormonas que se listarán en las píldoras. Las diferencias se citarán en los casos específicos.</p> <p><i>Píldoras.</i> Son prácticas, fáciles de usar y no interfieren en las relaciones sexuales. Pueden tener efectos terapéuticos en las irregularidades del ciclo menstrual (hemorragias disfuncionales, menstruación dolorosa y síndrome pre-menstrual), en las manifestaciones de androgenización como el hirsutismo (cuando el vello de la mujer muestra una distribución de tipo masculino) y cuando hay presencia de acné. Pueden tener efectos protectores frente a la enfermedad inflamatoria pélvica, al carcinoma de ovario y endometrio y a las neoplasias benignas de la glándula mamaria femenina.</p> <p>La píldora unitaria de progestágeno no afecta la leche materna, por lo que se puede recomendar durante la lactancia.</p>	<p>Debe tomarse regularmente. Debe acudir al médico para seleccionar la indicada. Algunas mujeres no pueden usarla por razones de salud, por lo cual es muy importante la valoración médica previa. Así mismo debe avisarse al médico cuando se van a tomar ciertos medicamentos (antibióticos, barbitúricos, antidepresivos, hipotensores, y antituberculosos).</p> <p>Existen riesgos de efectos secundarios y de algunos problemas médicos, pero muchos de los problemas conocidos se refieren a antiguos preparados con dosis de sus componentes más elevadas que las actuales.</p> <p>Los bebés amamantados mientras la madre usa algunos de los anticonceptivos hormonales, pueden absorber una pequeña cantidad de hormonas además de que se puede disminuir el flujo de leche, por lo que se debe recomendar otro método anticonceptivo.</p>	<p>Los efectos secundarios de la anticoncepción hormonal pueden ser de tipo general, como cefaleas, síntomas gástricos, náuseas, cambios del peso corporal, (aumento o disminución) y de la libido, así como tendencia a la depresión. En algunas mujeres se presenta cloasma (manchas en la frente, nariz, mejillas y boca), en este caso se puede recomendar un preparado que no contenga estrógenos.</p> <p>Efectos secundarios específicos del ciclo: lo más frecuente es la hemorragia disfuncional, sobretodo al comienzo de la utilización de los preparados combinados pero suele desaparecer con el tiempo.</p> <p>Efectos secundarios órgano-específicos: a veces se producen gastralgias, en casos excepcionales se han descrito tumores hepáticos benignos y con menor frecuencia aún, malignos.</p> <p>Sensación de tensión mamaria debida a retención hídrica. Puede ocurrir disminución de la secreción lagrimal con resultado de menor tolerancia ocular.</p>	<p>La AH tiene contraindicaciones importantes, requiere control médico y no debe prescribirse en las siguientes circunstancias: ① Embarazo, el cual debe descartarse antes de iniciar su utilización. ② Enfermedad hepática antecedente o diagnóstico de tumores hepáticos, ③ trombo-embolismo, diabetes mellitus con complicaciones vasculares, ④ anemia falciforme, alteración del metabolismo lípido. ⑤ Carcinoma de mama o endometrio. ⑥ Antecedentes de erupción vesicular, sordera del oído medio. ⑦ Mujeres fumadoras de mediana edad por aumento del riesgo de accidente cerebrovascular.</p> <p>Debe suspenderse si hay: Embarazo, signos de flebitis, trombosis o trombo-embolismo, posible trombosis venosa, posible embolismo pulmonar, posible infarto de miocardio, desarrollo de migraña o cefalea intensa, aumento constante de la presión arterial, aparición de ictericia, hepatitis o prurito generalizado, cirugía programada o inmovilización por accidente o enfermedad.</p> <p>La píldora progestágeno aumenta la probabilidad de embarazo ectópico.</p>
<p><i>Inyectables:</i> es el más íntimo y práctico pues nadie sabrá que se está usando. No existe efecto nocivo para el bebé lactante, sin embargo, no se recomiendan durante las seis primeras semanas después del parto.</p>	<p>Debe acudir al médico cada dos o tres meses. Debe proveerla alguien capacitado en aplicar inyecciones y en manipular agujas y jeringas adecuadamente.</p>	<p>Los citados para anticoncepción hormonal.</p> <p>Cuando se suspende su uso pueden pasar varios meses antes de aparecer la regla lo cual es un inconveniente si se desea un embarazo.</p> <p>Durante los primeros meses puede haber periodos menstruales más prolongados que los que una mujer normalmente puede experimentar.</p> <p>Algunas mujeres se quejan de ciertos malestares que pueden estar relacionados con el método: dolor de cabeza, nerviosismo, náuseas, dermatitis, acné, cambio de apetito, ganancia de peso, sensación de tensión mamaria, hirsutismo o pérdida de cabello.</p> <p>Ha habido casos de quistes en el ovario.</p> <p>Otras quejas no se sabe si están relacionadas con el uso de Norplant: supuración de los</p>	<p>Los citados para anticoncepción hormonal.</p>
<p><i>Implantes subdérmicos:</i> los efectos desaparecen rápidamente una vez retirado. No interfiere la relación sexual, no requiere controles permanentes, puede ser usado durante la lactancia, 6 semanas después del parto. La cantidad de hormona que circula en la sangre es menor que la de otros preparados. Provee protección continua por 5 años.</p> <p>No requiere manipulación genital. No requiere atención de la usuaria. No contiene estrógenos por consiguiente no tienen los efectos relacionados con el estrógeno.</p>	<p>Son visibles y por consiguiente poco discretos. Pueden dejar marca donde se colocan.</p> <p>Debe ser insertado o removido por personal clínico con entrenamiento especial. El costo inicial es mayor que el de otros métodos.</p> <p>Existe posibilidad de infección al insertarlos o removerlos.</p>	<p>Algunas mujeres se quejan de ciertos malestares que pueden estar relacionados con el método: dolor de cabeza, nerviosismo, náuseas, dermatitis, acné, cambio de apetito, ganancia de peso, sensación de tensión mamaria, hirsutismo o pérdida de cabello.</p> <p>Ha habido casos de quistes en el ovario.</p> <p>Otras quejas no se sabe si están relacionadas con el uso de Norplant: supuración de los</p>	

Método y sus ventajas	Inconvenientes	Efectos secundarios	Peligros
<p>Anillo vaginal: es práctico y no interfiere con la relación sexual. La ventaja principal es que las hormonas no son asimiladas por todo el organismo, sino que pasan a la sangre por la vagina, sin hacerlo por el hígado ni el estómago, reduciendo así los riesgos.</p> <p>2. Métodos de barrera.</p> <p><i>Preservativo masculino.</i> No sólo impide el embarazo sino que protege contra la mayoría de las infecciones sexuales incluso las uretritis no específica, las ETS y las EIP. Puede favorecer a las mujeres que empezaron a tener relaciones sexuales en la temprana adolescencia y a quienes tienen más de una pareja sexual. Es un método ideal durante la lactancia.</p> <p><i>Preservativo femenino.</i> Sus ventajas son similares a las del condón, protege contra la mayoría de las infecciones sexuales. No se destruye al entrar en contacto con aceite o cremas a partir de aceite.</p> <p>Es un método que maneja la mujer; el hombre no tiene que retirarse antes de perder la erección.</p> <p><i>Diafragmas y capuchones vaginales.</i> No tienen efectos nocivos sobre la salud. Pueden proteger de cáncer de útero y de inflamaciones de la pelvis. Son fáciles de usar y sólo se requieren en el momento de la relación. Son métodos recomendados durante la lactancia.</p>	<p>Algunas mujeres se quejan de irritaciones en la vagina. Puede ser expulsado, por ejemplo, al retirar un tampón, con los consiguientes riesgos de exposición al embarazo.</p> <p>Hay que utilizarlo correctamente cada vez que se tiene un contacto sexual.</p> <p>Hay que colocarlo cada vez que tienen relaciones sexuales.</p> <p>A algunas personas les desagrada el aspecto saliendo de la vagina.</p> <p>Las mujeres con poco tono muscular tal vez no puedan utilizarlo.</p> <p>Actualmente es muy costoso.</p> <p>Requiere de consulta médica para establecer el tamaño adecuado y aprender a colocarlo.</p> <p>Hay que colocarlo cada vez que se tienen relaciones sexuales.</p> <p>A veces el hombre lo nota durante la relación.</p> <p>Cuando no encaja bien puede resultar molesto.</p> <p>Para algunas usuarias puede ser inconveniente tener que lavarlos.</p> <p>Debe manejarse y guardarse con cuidado para evitar que se perfore.</p> <p>3. Métodos químicos:</p> <p><i>Espemicida.</i> No presentan riesgos para la salud. Sólo se utilizan cuando se tienen relaciones sexuales. No requieren asistencia médica. No interfieren con la lactancia.</p> <p><i>Espanja.</i> Se pueden tener varios contactos sexuales sin cambiarla y sin añadir espermicida. Puede colocarse con anticipación a la relación sexual (hasta 24 horas antes). Resulta útil cuando hay menos probabilidad de embarazo, como durante la lactancia o la pre-menopausia.</p> <p>4. Dispositivo intrauterino (DIU).</p> <p>Es un anticonceptivo seguro, práctico y reversible. Es muy recomendable para espaciar los nacimientos. No interfiere en el acto sexual. Ofrece</p>	<p>senos, cervicitis, cambio de humor, depresión, malestar general, pérdida de peso, prurito e hipertensión.</p> <p>Los lubricantes y espermicidas pueden causar irritación.</p> <p>Se ha descrito un pequeño aumento de infecciones urinarias en sus usuarias.</p> <p>En el caso del diafragma, el anillo puede presionar la vejiga y provocar cistitis.</p> <p>Los espermicidas con los que se utilizan pueden causar irritación.</p> <p>Aunque no es frecuente, puede producir irritación, picores en la vagina, la vulva o el pene.</p> <p>Aunque no es frecuente, puede producir irritación.</p> <p>Puede provocar trastornos del período. Al principio la regla puede ser más abundante y más dolorosa y presentarse pequeñas</p>	<p>Hay una probabilidad adicional de embarazo ectópico.</p> <p>Puede aumentar la propensión de quistes benignos.</p> <p>Existe un pequeño riesgo de infección aguda producida por la penetración de bacterias en la corriente sanguínea a través de pequeña heridas en la piel de la vagina.</p> <p>Si se deja colocado en la vagina por más tiempo del recomendado puede originar el síndrome de choque tóxico que es una enfermedad rara pero seria, originada por bacterias, la cual debe ser tratada con antibióticos y sueros intravenosos.</p> <p>Puede hacer que ocurran infecciones del tracto urinario con más frecuencia.</p> <p>En teoría, la irritación provocada por usarlos varias veces al día puede aumentar el riesgo de ETS y VIH/SIDA.</p> <p>Los problemas suelen ocurrir en los primeros seis meses. La usuaria de DIU suele ser más propensa a contraer infecciones</p>

Método y sus ventajas	Inconvenientes	Efectos secundarios	Peligros
protección por varios años.	Puede ser expulsado con los consiguientes riesgos de embarazo.	pérdidas irregulares.	con sus consecuencias.
5. Métodos naturales. Método del calendario (método de Ogino-Knaus), método de la temperatura, método de Billing, método sintotérmico. Como ventaja principal se puede citar que no requieren fármacos ni elementos externos. Son efectivos cuando se usan en forma correcta y consistente. Se pueden aprender a través de orientadores o informadores con capacitación. No es necesario tener contacto con personal médico. Reversibles en forma inmediata. No tienen efecto negativo sobre la lactancia materna. Involucran a los hombres en la planificación familiar.	Requieren gran dominio de ambos miembros de la pareja. Si se usa la abstinencia periódica, llegan a ser de 8 a 16 días del ciclo sin penetración vaginal. Requieren un buen conocimiento del ciclo menstrual. Tienen baja efectividad comparados con otros métodos actuales. Pueden ser poco confiables si la mujer tiene fiebre, secreción vaginal, está dando de lactar o tiene cualquier condición que altere la temperatura del cuerpo, el moco cervical o la duración del ciclo menstrual.		
6. Métodos quirúrgicos <i>Est. femenina, masculina:</i> Es el anticonceptivo más eficaz. No requiere asistencia profesional sino para la cirugía.	Se considera irreversible y puede suceder que la persona se arrepienta y desee tener hijos después de haber sido operada.	Algunas mujeres se quejan de reglas más abundantes y dolorosas.	Conlleva los riesgos de cualquier intervención quirúrgica.
7. Anticoncepción de emergencia: Píldora.	No son suficientemente eficaces para usarlos regularmente.	Puede provocar mareos, vómitos, debe consultarse al médico.	
<i>DIU post-coital.</i> La usuaria queda protegida con un anticonceptivo seguro y de largo plazo.			Los efectos secundarios son los ya dichos para el DIU.
8. Otros métodos <i>Coitus interruptus (retiro, retirada).</i> Es gratis, no requiere fármacos, puede recurrirse a él en cualquier momento.	Puede provocar tensión, estrés y frustración en ambos miembros de la pareja. Requiere dominio total de sí mismo.	Puede disminuir el placer sexual de ambos miembros de la pareja.	
Lavados vaginales, duchas post-coitales	Puede agilizar el desplazamiento de los espermatozoides lográndose el efecto contrario.		
<i>Lactancia prolongada.</i> Es un método natural que promueve mejores hábitos de lactancia. Puede usarse después del parto, no tiene costos directos, no requiere suministro.	Solo en ciertas condiciones de frecuencia e intensidad de los episodios inhibe la ovulación.	No tiene efectos secundarios	Sólo los que hagan contraindicada la lactancia. Ej.: madre VIH positiva.

ANEXO 5. CUESTIONARIOS : ENCUESTA DE FECUNDIDAD Y FAMILIA. ESPAÑA, 1995; NOTIFICACIÓN DE IVE

FFS-95 SECCIÓN 5 A. REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD

502	¿Qué edad tenía Vd. cuando tuvo por primera vez una relación sexual completa?	Edad <input type="text"/> NO SABE = 97	
503	En esa primera relación sexual ¿tomó Vd. o la otra persona precauciones para evitar que Vd. se quedara embarazada?	Sí 1 No 2	→ 506
504	¿Alguna vez ha adoptado Vd. o la otra persona medidas para evitar que Vd. se quedara embarazada?	Sí 1 No 2	→ 507
505	¿Qué edad tenía Vd. cuando adoptaron medidas por primera vez para evitar que Vd. se quedara embarazada?	Edad <input type="text"/> NO SABE = 97	
506	¿Qué método anticonceptivo, o combinación de métodos, utilizó Vd. y/o la otra persona en esa ocasión? VER TARJETA 4 Y ANOTAR CÓDIGO CORRESPONDIENTE.	Método A (sólo un método) <input type="text"/> Método B (cuando se combina con método A) <input type="text"/>	
507	COMPROBAR CON LAS RESPUESTAS DE LA 412 Y 504. ¿Ha utilizado alguna vez métodos anticonceptivos?	NO EMBARAZADA (412 = 2) <input type="checkbox"/> EMBARAZADA (412 = 1) USA MÉTODOS (504 = 1 ó en blanco) <input type="checkbox"/> → 513 EMBARAZADA (412 = 1) NO USA MÉTODOS (504 = 2) <input type="checkbox"/> → 507	
508	Por lo que Vd. sabe y suponiendo que deseara tener un hijo, ¿sería lo bastante posible tenerlo?	Sí, con seguridad 1 Probablemente sí 2 Probablemente no 3 No, con seguridad 4 No sabe 7	→ 512
509	¿Ha tenido Vd. una operación que haga difícil o imposible tener algún/más hijos?	Sí 1 No 2	→ 512
510	¿En qué mes y año tuvo Vd. esa operación?	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> Espec. <input type="text"/>	
511	¿Tuvo Vd. esa operación para evitar quedarse embarazada o por razones médicas?	Para evitar quedarse embarazada 1 Por razones médicas 2 Ambas 3	→ 518
512	¿Ha tenido Vd. relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas?	Sí 1 No 2	
513	COMPROBAR CON LA RESPUESTA DE LA 504. ¿Ha utilizado alguna vez métodos anticonceptivos?	SÍ (504 = 1 ó en blanco) <input type="checkbox"/> NO (504 = 2) <input type="checkbox"/> → 513	
514	¿Ha utilizado Vd. y/o su pareja algún método anticonceptivo o combinación de métodos en las últimas cuatro semanas?	Sí 1 No 2	→ 518
515	¿Qué método anticonceptivo, o combinación de métodos, se utilizó Vd. o su pareja en las últimas cuatro semanas? VER TARJETA 4 Y ANOTAR CÓDIGO CORRESPONDIENTE.	Método A (sólo un método) <input type="text"/> Método B (cuando se combina con método A) <input type="text"/>	
516	COMPROBAR CON LA RESPUESTA DE LA 515. ¿Está su pareja/conyuge actual esterilizado?	SÍ (515 = 02) <input type="checkbox"/> NO (515 <> 02) <input type="checkbox"/> → 518	
517	¿En qué mes y año se esterilizó su pareja/conyuge actual?	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> Espec. <input type="text"/>	

FFS-95 SECCIÓN 5 B. HISTORIAL DE ANTICONCEPCIÓN

519	Antes, me gustaría que nos acordemos de los principales métodos anticonceptivos que Ud. y/o su pareja(s) hayan utilizado a lo largo de su vida alguna vez, ya fuera para evitar o para retrasar el embarazo. Con "principales" quiero decir cualquier método en particular o combinación de métodos que Ud. y/o su pareja haya empleado con dispositivos anticonceptivos durante 3 meses consecutivos o más, una vez Ud. alguna vez un método en particular o combinación de métodos durante ese tiempo?	Si 1 No 2	→ 520		
520	Por favor, copie deforme antes en que orden ha utilizado estos métodos, empezando por el primero? Si ha utilizado un mismo método más de una vez, por ejemplo antes y después del nacimiento de un hijo, por favor, menciónelos por separado. ENTREVISTADO: PRIMERO ANOTAR TODOS LOS MÉTODOS O COMBINACIÓN DE MÉTODOS EN LA 520 SEGUIN LOS DÍGITOS DE LA TARJETA 4. DESPUES DE LISTAR TODOS LOS METODOS CONTINUAR CON LA 521, PRIMERA COLUMNA.				
		1º Método(s)	2º Método(s)	3º Método(s)	4º Método(s)
520	MÉTODOS UTILIZADOS:	Met. A <input type="checkbox"/> Met. B <input type="checkbox"/>	Met. A <input type="checkbox"/> Met. B <input type="checkbox"/>	Met. A <input type="checkbox"/> Met. B <input type="checkbox"/>	Met. A <input type="checkbox"/> Met. B <input type="checkbox"/>
521	SI 520 = 01 O 02, COPIAR DATO DE LA 517 O 518; SI NO ES ASÍ, PREGUNTAR: (En qué mes y año comenzó Ud. a utilizar por primera vez (1er método, 2º método...)?	Mes ... <input type="checkbox"/> Año ... <input type="checkbox"/> Edad ... <input type="checkbox"/>	Mes ... <input type="checkbox"/> Año ... <input type="checkbox"/> Edad ... <input type="checkbox"/>	Mes ... <input type="checkbox"/> Año ... <input type="checkbox"/> Edad ... <input type="checkbox"/>	Mes ... <input type="checkbox"/> Año ... <input type="checkbox"/> Edad ... <input type="checkbox"/>
522	COMPROBAR CON LA RESPUESTA DE LA 520 EN LA SIGUIENTE COLUMNA.	Cmo método ... 1 522 No más met. ... 2	Cmo método ... 1 522 No más met. ... 2	Cmo método ... 1 522 No más met. ... 2	Cmo método ... 1 522 No más met. ... 2
523	COMPROBAR CON LA RESPUESTA DE LA 520 EN LA COLUMNA ACTUAL. SI LA RESPUESTA ES 01, REDONDEAR 1, SI 02, REDONDEAR 2, ETC.	520=01 1 520=02 2 520=03 3 520=04 4	520=01 1 520=02 2 520=03 3 520=04 4	520=01 1 520=02 2 520=03 3 520=04 4	520=01 1 520=02 2 520=03 3 520=04 4
524	Actualmente, ¿está Ud. utilizando todavía (1º método, 2º método...)?	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2	Si 1 No 2
525	(En qué mes y año dejó Ud. de utilizar (1º método, 2º método...) por primera vez?	Mes ... <input type="checkbox"/> Año ... <input type="checkbox"/> Edad ... <input type="checkbox"/>	Mes ... <input type="checkbox"/> Año ... <input type="checkbox"/> Edad ... <input type="checkbox"/>	Mes ... <input type="checkbox"/> Año ... <input type="checkbox"/> Edad ... <input type="checkbox"/>	Mes ... <input type="checkbox"/> Año ... <input type="checkbox"/> Edad ... <input type="checkbox"/>
526	(Por qué motivo, principalmente, dejó Ud. de utilizar (1º método, 2º método...)? VER TARJETA 5 Y ANOTAR CÓDIGO CORRESPONDIENTE.	Razón principal <input type="checkbox"/>	Razón principal <input type="checkbox"/>	Razón principal <input type="checkbox"/>	Razón principal <input type="checkbox"/>
527	REPETIR 521-525 PARA EL SIGUIENTE MÉTODO; SI NO HAY MÁS MÉTODOS, PASAR A LA 528.				

TARJETA 4: CODIFICACIÓN DE LA PREGUNTA 520	
01 Esterilización de la entrevistada (ligadura de trompas)	07 Diafragma, crema/espumitas espermicidas, esponja
02 Esterilización del conyugado(a) actual (vasectomía)	08 Preservativo
03 Esterilización del ex-conyugado(a) (vasectomía)	09 Abstinencia periódica (OGING)
04 Píldoras/bastoncillos	10 Retraso (ovul. interrumpida)
05 Otro (especificar en el espacio)	11 Cualquier otro método
06 Inyecciones	99 No usan dos métodos (ANOTAR SOLO EN MÉTODO SI)



NOTIFICACIÓN DE INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

DE ACUERDO CON LA LEY ESTE IMPRESO ES ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL
8 D. JUNIO 1986

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE CUESTIONARIO LEANSE POR FAVOR LAS DEFINICIONES AL DORSO
ESCRIBA EN MAYÚSCULAS CON BOLÍGRAFO SOBRE SUPERFICIE DURA
NO ESCRIBA EN ESPACIOS COMPROBADOS

LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE BOLETÍN NO PODRÁN SER HECHOS PÚBLICOS DE FORMA INDIVIDUALIZADA EN NINGÚN CASO. ÚNICAMENTE SERÁN UTILIZADOS CON FINES SANITARIOS Y ESTADÍSTICOS

NÚMERO DE REGISTRO INTERNO
ESTE NÚMERO SERÁ EL QUE ASIGNE CADA CENTRO SANITARIO PARA POSIBILITAR LA RECUPERACIÓN DE INFORMACIÓN

CÓDIGO DEL CENTRO

A. DATOS DE LA EMBARAZADA

FECHA DE NACIMIENTO		DÍA		MES		AÑO	
CONVIENE EN FAMILIA		SI		NO			
ESTRUC. CIVIL	1 SOLTERA	2 CASADA	3 VIUDA	4 SEPARADA	5 DIVORCIADA		
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	1 ANALETISTA	3 1º GRADO	5 2º GRADO/2º CICLO	7 3º GRADO	7º GRADO (Facultades, Esc. de Trab. o equivalentes y correspondencia)		
	2 SIN ESTUDIOS	4 2º GRADO 1º CICLO	6 3º GRADO	8 NO CLASIFICABLE POR GRADOS Y NO SER ESTIPULADO			
SITUACIÓN LABORAL		MADRE O SUSTENTADOR		Tiene ingresos económicos propios			
MADRE		NO EXISTE		SI		NO	
1 PROFESIONAL QUE EMPLEA PERSONAL		1		Nº DE HIJOS QUE VIVEN EN LA ACTUALIDAD		FECHA DEL ÚLTIMO PARTO	
2 EMPRESARIO PROFESIONAL QUE NO EMPLEA PERSONAL		2		Nº DE ABORTOS VOLUNTARIOS ANTERIORES AL ACTUAL		FECHA DEL ÚLTIMO ABORTO VOLUNTARIO	
3 PERSONA QUE TRABAJA A SUÉLDO, JORNAL, COMISIÓN U OTRA CLASE CUALQUIERA DE REMUNERACIÓN		3		¿HA ACUDIDO A UN SERVICIO O CENTRO SANITARIO PARA LA UTILIZACIÓN O CONTROL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?		SI	
4 PENIONISTA		4				1 PUESTO	
5 ESTUDIANTE		5				2 PRÁCTICO	
6 BUSCANDO EN BÚSCA DE SU PRIMER EMPLEO REMUNERADO		6				3 OTROS	
7 OUS LABORES		7				NO	
8 OTRAS (2)		8				4	

B. DATOS DE LA INTERVENCIÓN

¿DÓNDE SE INFORMÓ POR 1ª VEZ DE LA POSIBILIDAD DE INTERRUPTIR ESTE EMBARAZO?	1 CENTRO SANITARIO PÚBLICO	SEMANAS DE GEBACIÓN EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN ESTIMADAS POR EL MÉDICO		
	2 CENTRO SANITARIO PRIVADO	FECHA DE INGRESO		
	3 OTROS	FECHA DE LA INTERVENCIÓN		
MOTIVOS DE LA INTERRUPTIÓN DEL EMBARAZO	1 PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD FÍSICA O PSÍQUICA DE LA EMBARAZADA	FECHA DE ALTA		
	2 PRESUNCIÓN DE QUE EL FETO HAGA DE NACER CON GRAVES TARAS	CAUSA		
	3 VIOLACIÓN			
MÉTODO EMPLEADO EN LA INTERVENCIÓN	1 ASPIRACIÓN O ABRASIÓN POR JERINJA	3 LIGADO	5 INYECCIÓN INTRAVENOSA	7 HISTERECTOMIA
	2 DILATACIÓN	4 ARCHIVOS OVALES	6 INYECCIÓN INTRAUTERINA	8 HISTERECTOMIA

NOTA: MARQUESE ÚNICAMENTE EL ÚLTIMO MÉTODO UTILIZADO EN LA VE

EJEMPLAR PARA LA SUPERVISIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA, PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

EPIDEMIOLOGÍA
J.U.C. 1986

ANEXO 5. TASAS DE PREVALENCIA DE USO ANTICONCEPTIVO EN PAÍSES SELECCIONADOS.

Tasas de prevalencia de uso anticonceptivo después de la distribución proporcional de "sin información" y estimación de la tasa total. (Muestra de mujeres)

	España							Canadá						
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total (20-49)	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total (20-49)
E. Femenina	0,6	1,1	6,7	15,5	19,6	22,9	12,2	2,0	9,7	17,6	36,6	48,7	62,5	32,5
E. Masculina	0,6	3,5	8,1	13,1	12,0	4,8	8,1	2,2	6,1	19,3	20,3	22,7	15,8	16,1
Píldora	33,6	29,1	22,2	7,5	5,1	0,5	14,5	55,3	34,7	21,1	6,4	0,8	2,5	16,0
D.I.U.	3,2	7,7	9,2	8,8	8,5	4,4	7,6	1,1	5,6	2,9	3,6	2,0	3,1	3,2
Preservativo	29,0	28,8	28,7	25,9	20,7	14,4	24,4	10,8	12,4	14,5	12,9	8,2	1,3	10,1
Coitus interruptus	7,5	5,5	7,4	11,0	15,3	20,2	11,3	0,7	1,5	0,9	0,7	0,4	0,3	0,7
Ritmo/abstinencia	0,0	0,4	1,0	2,6	3,0	3,3	1,9	0,9	0,8	1,3	0,6	0,0	0,1	0,6
Otros métodos	1,5	1,3	0,6	1,5	0,4	1,4	1,0	0,6	1,1	1,2	0,4	0,4	0,0	0,6
	76,0	77,4	84,0	86,0	84,7	71,9	81,0	73,6	71,9	78,8	81,6	83,2	85,7	79,9
Nº encuestas	156	461	550	515	513	401	2596	164	332	446	405	405	364	2116
	Italia							Francia						
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total (20-49)	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total (20-49)
E. Femenina	0,0	1,4	2,3	6,8	9,1	14,4	6,8	1,6	0,0	1,7	8,3	14,7	21,9	8,7
E. Masculina	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Píldora	23,7	22,2	24,7	16,8	11,4	5,0	16,1	70,9	52,1	44,8	35,4	24,7	16,2	37,6
D.I.U.	1,3	2,2	6,3	7,6	10,2	5,9	6,6	6,5	9,0	16,7	33,8	30,7	21,4	21,5
Preservativo	13,8	16,0	17,1	21,7	16,7	9,1	16,2	4,4	6,0	7,4	4,6	3,3	5,9	5,3
Coitus interruptus	27,4	22,3	20,8	19,3	21,1	18,7	20,6	1,8	2,2	2,2	2,9	4,9	6,0	3,5
Ritmo/abstinencia	0,0	5,1	4,1	4,0	5,5	3,9	4,3	0,3	1,1	0,4	1,0	4,9	1,7	1,7
Otros métodos	0,0	5,9	0,6	0,1	0,5	0,8	1,2	0,0	0,4	0,7	0,7	4,0	1,6	1,4
	66,2	75,3	75,9	76,3	74,4	57,9	71,8	85,5	70,8	74,0	86,5	87,3	74,8	79,6
Nº encuestas	108	440	692	659	666	618	3183	177	343	381	420	392	357	2070
	Noruega							Fuente: UNECE-UNPF. FFS						
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total (20-49)	Spain- 95. Tabla 19 New York-Geneve 1998						
E. Femenina	0,0	0,2	2,8	8,8	17,8	28,0	10,6	Canada-90. Tabla 19. New York-Geneve 1999						
E. Masculina	0,0	0,0	0,7	4,7	8,2	8,9	4,2	Italy- 96. Tabla 19 (informe preliminar)						
Píldora	55,1	42,0	18,6	12,6	4,1	1,3	18,0	France-94. Tabla 19. New York-Geneve 1998						
D.I.U.	5,0	8,1	23,2	33,6	35,6	25,7	24,5	Norway- 88. Tabla 19. New York-Geneve 1996						
Preservativo	13,8	16,4	14,9	11,1	11,7	8,9	12,6							
Coitus interruptus	2,3	1,0	2,1	2,1	1,7	1,7	1,8							
Ritmo/abstinencia	0,0	2,2	3,5	1,9	2,8	2,1	2,4							
Otros métodos	0,5	0,8	1,4	0,7	0,8	0,6	0,9							
	76,7	70,8	67,3	75,6	82,8	77,4	75,0							
Nº encuestas	219	408	573	571	532	471	2774							

ANEXO 6. TABLAS BÁSICAS

TABLA 1. POBLACIÓN TOTAL Y POBLACIÓN SOLTERA DE ESPAÑA POR EDAD SEGÚN CENSOS DE 1981 Y 1991

	Censo de 1981					Censo 1991				
	Total	Hombres	Solteros	Mujeres	Solteras	Total	Hombres	Solteros	Mujeres	Solteras
15	664751	340254	337984	324497	320563	674693	344836	343597	329857	328477
16	680342	346882	344043	333460	325780	672797	343432	341997	329365	326954
17	660998	337572	333843	323426	309457	663152	338190	336466	324962	320185
18	635029	324709	316475	310320	285970	668011	342644	339853	325367	314978
19	622192	316419	304186	305772	265707	660919	339119	334432	321800	303890
20	616326	306688	285908	309638	244915	654910	335211	326812	319699	290198
21	602611	301049	270855	301561	208888	647585	330688	315012	316897	270358
22	596372	302869	255441	293502	171831	638648	326045	300931	312603	246691
23	585268	296471	220983	288979	137785	654238	332847	292882	321391	228380
24	541602	273407	171548	268195	102347	641982	326463	268283	315519	197819
25	530355	267672	137857	262683	80187	638445	324244	241732	314201	167853
26	508068	253541	106274	254527	63945	645545	326482	213815	319063	142687
27	504594	255674	87659	248920	52533	626815	317962	180404	308853	115080
28	509570	256808	74116	252762	45174	600874	303591	145762	297283	91199
29	484841	245200	60345	239640	37982	592650	298602	120969	294048	75798
30	485933	244723	53306	241209	35762	596568	300040	101621	296528	64396
31	488365	244523	44805	243842	31631	587806	295439	84151	292367	54881
32	518959	259033	42686	259926	31576	576833	289803	71517	287030	47892
33	507329	255001	39205	252328	28472	571189	286727	62490	284462	42722
34	454729	227615	33372	227114	24819	530110	265249	51754	264861	36096
35	496973	247986	34047	248987	25408	521188	261044	45560	260144	33028
36	471909	236399	30451	235510	23690	500959	249919	40007	251040	29627
37	476152	238873	28900	237279	23163	501278	251131	37081	250147	27275
38	428169	214973	25123	213195	20355	504855	253407	35247	251448	25898
39	372603	188286	21620	184335	17182	479049	240306	31466	238743	23355
40	464119	231715	24178	232404	20357	473389	237110	30356	236279	22878
41	349030	173161	18123	175869	16075	482702	240695	28716	242007	22164
42	359641	178430	18327	181211	15910	507867	252939	28920	254928	22214
43	413621	205680	20936	207941	17380	496467	247885	27940	248582	21320
44	469597	228674	23954	240923	21536	444570	220794	24228	223776	19526
45	464483	229416	22633	235067	20977	488507	242363	25592	246144	20401
46	461254	227257	22289	233997	21225	461730	228898	23536	232832	19183
47	484659	239547	23763	245113	22648	463985	230759	23037	233226	18849
48	483042	238972	23456	244070	23811	416494	207038	19912	209456	16759
49	467786	232226	22573	235560	22898	362361	180853	17661	181508	14615
50	481617	236199	23480	245417	25048	447698	221281	19765	226417	17185
51	454795	223449	21215	231346	25111	335528	164662	15193	170866	13582
52	455710	222568	20476	233142	25285	345036	168399	15504	176637	13611
53	434699	212485	18974	222214	23950	397456	194485	17695	202971	15142
54	438270	214410	18876	223860	25129	447482	216134	20165	231348	17811
55	420331	203189	17809	217142	24348	443902	215720	19457	228182	18021
56	420505	203078	17034	217427	25344	437568	212432	19382	225136	18450
57	406733	198537	16549	208196	24288	458756	222551	20434	236205	19652
58	404717	192314	14774	212404	25199	456346	220731	20078	235615	20852
59	385715	188018	14436	197697	23383	442961	214883	19669	228078	20963
60	356802	171012	12895	194790	24313	450087	215651	19723	234436	21875
61	324142	148863	10960	175278	22914	426698	203309	17994	223389	22389
62	312168	139585	10576	172583	22045	423208	201281	17520	221927	22154
63	300426	133071	9318	167355	22343	402549	190393	16296	212156	21700
64	294005	130041	9253	163964	22676	404932	191525	15703	213407	22442
65	297394	131351	9591	166043	22949	385235	179238	14402	205997	22132
66	297829	130662	9467	167167	22111	381566	176377	13829	205189	22692
67	287793	125724	8900	162069	22812	367571	169957	13007	197614	22123
68	289422	125274	9416	164149	20847	360203	162855	12053	197348	22260
69	273168	119111	8891	154057	22071	339460	155839	11190	183621	21326
70	271793	114927	9105	156866	20917	314377	137548	9632	176829	21047

TABLA 2. ESPAÑA, PROPORCIÓN DE SOLTEROS Y SOLTERAS POR EDAD. CENSOS DE 1981 Y 1991

Edad	1981		1991	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
15	99,3	98,8	99,6	99,6
16	99,2	97,7	99,6	99,3
17	98,9	95,7	99,5	98,5
18	97,5	92,2	99,2	96,8
19	96,1	86,9	98,6	94,4
20	93,2	79,1	97,5	90,8
21	90,0	69,3	95,3	85,3
22	84,3	58,5	92,3	78,9
23	74,5	47,7	88,0	71,1
24	62,7	38,2	82,2	62,7
25	51,5	30,5	74,6	53,4
26	41,9	25,1	65,5	44,7
27	34,3	21,1	56,7	37,3
28	28,9	17,9	48,0	30,7
29	24,6	15,8	40,5	25,8
30	21,8	14,8	33,9	21,7
31	18,3	13,0	28,5	18,8
32	16,5	12,1	24,7	16,7
33	15,4	11,3	21,8	15,0
34	14,7	10,9	19,5	13,6
35	13,7	10,2	17,5	12,7
36	12,9	10,1	16,0	11,8
37	12,1	9,8	14,8	10,9
38	11,7	9,5	13,9	10,3
39	11,5	9,3	13,1	9,8
40	10,4	8,8	12,8	9,7
41	10,5	9,1	11,9	9,2
42	10,3	8,8	11,4	8,7
43	10,2	8,4	11,3	8,6
44	10,5	8,9	11,0	8,7
45	9,9	8,9	10,6	8,3
46	9,8	9,1	10,3	8,2
47	9,9	9,2	10,0	8,1
48	9,8	9,8	9,6	8,0
49	9,7	9,7	9,8	8,1
50	9,9	10,2	8,9	7,6
51	9,5	10,9	9,2	7,9
52	9,2	10,8	9,2	7,7
53	8,9	10,8	9,1	7,5
54	8,8	11,2	9,3	7,7
55	8,8	11,2	9,0	7,9
56	8,4	11,7	9,1	8,2
57	8,3	11,7	9,2	8,3
58	7,7	11,9	9,1	8,9
59	7,7	11,8	9,2	9,2
60	7,5	12,5	9,1	9,3
61	7,4	13,1	8,9	10,0
62	7,6	12,8	8,7	10,0
63	7,0	13,4	8,6	10,2
64	7,1	13,8	8,2	10,5
65	7,3	13,8	8,0	10,7
66	7,2	13,2	7,8	11,1
67	7,1	14,1	7,7	11,2
68	7,5	12,7	7,4	11,3
69	7,5	14,3	7,2	11,6
70	7,9	13,3	7,0	11,9

TABLA 3. ESPAÑA. PROPORCIÓN DE HOMBRES Y MUJERES SIN HIJOS POR EDAD .
FFS-95

Edad	Datos encuesta		Suavizamiento		En grupos quinquenales	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
18	100,0	96,2	100,0	96,2		
19	97,1	96,7	98,5	94,7	99,3	95,5
20	98,5	91,1	97,4	91,8		
21	96,2	89,3	96,8	87,2		
22	95,3	85,6	95,5	84,3		
23	96,8	73,4	94,1	79,8		
24	90,9	82,2	91,9	74,8	95,1	83,6
25	91,1	68,3	89,3	68,7		
26	85,5	64,5	84,5	63,5		
27	82,4	55,3	78,4	54,9		
28	72,5	47,3	70,8	48,0		
29	60,6	39,0	62,7	40,7	77,2	55,2
30	53,3	34,2	54,5	32,4		
31	44,6	27,7	47,3	25,6		
32	41,8	14,1	39,9	20,8		
33	36,1	13,2	33,4	16,4		
34	23,7	14,8	29,7	12,3	41,0	21,5
35	20,8	12,1	24,2	11,1		
36	25,9	7,4	20,2	10,8		
37	14,3	8,2	17,8	9,1		
38	16,4	11,8	17,7	8,2		
39	11,4	5,9	14,4	9,2	18,8	9,7
40	20,4	7,9	15,2	9,9		
41	9,5	12,3	14,6	10,0		
42	18,4	11,6	14,2	10,5		
43	13,3	12,4	14,0	10,5		
44	9,3	8,3	13,9	9,2	14,4	10,0
45	19,6	7,9	12,8	8,5		
46	9,1	6,0	12,5	7,5		
47	12,5	8,1	13,3	6,8		
48	11,9	7,4	12,5	6,7		
49	13,2	4,5	13,2	4,5	12,8	6,8

TABLA 4. MEDIDAS RESUMEN DE EVENTOS VITALES SELECCIONADOS POR EDAD Y SEXO, PARA USUARIOS DE EQV Y TOTAL

Generación		1965-70	1960-65	1955-60	1950-55	1945-50	Total	Fuente
Edad a la entrevista		25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		FFS-95
Mujeres								
Edad mediana 1ª rel. sexual	Total	19,7	20,0	20,9	22,4	23,2	21,1	Tabla 21
	Est. Voluntaria	..	18,0	20,0	20,5	21,5	20,0	(*)
Edad mediana 1er uso anticoncepción	Total	20,2	20,9	22,6	24,4	25,9	22,5	Tabla 21
	Est. Voluntaria	..	18,5	23,0	23,0	26,0	23,0	(*)
Porcentaje que usó anticoncepción en 1ª rel.sex.	Total	71,6	61,5	48,6	35,7	18,8	54,4	Tabla 21
	Est. Voluntaria	..	51,7	37,5	28,6	12,5	33,2	(*)
Ha tenido aborto inducido (%)	Total	2,1	3,4	3,1	2,2	1,6	2,0	Tabla 23
	Est. Voluntaria	..	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	(*)
Nº promedio de hijos nacidos vivos	Total	0,7	1,4	1,9	2,1	2,5	1,3	Tabla 12
	Est. Voluntaria	..	2,4	2,8	3,1	3,5	2,9	(*)
Edad mediana a la formación de pareja	Total	24,6	23,8	22,8	23,4	23,6	23,7	Tabla 8
	Est. Voluntaria	..	20,0	21,0	21,0	21,5	21,0	(*)
Edad mediana al primer nacido vivo	Total	..	26,6	25,0	25,3	25,0	25,5	Tabla 14
	Est. Voluntaria	..	21,0	23,0	23,0	24,0	22,9	(*)
Porcentaje con pareja	Total	62,6	83,5	90,0	84,4	88,4	64,9	Tabla 4
	Est. Voluntaria	..	100,0	98,4	94,5	96,6	97,2	(*)
Nº casos	Total	737	658	572	607	453	4021	
	Est. Voluntaria	3	29	64	56	32	184	(*)
Hombres								
Edad mediana 1ª rel. sexual	Total	18,5	18,5	18,6	18,8	20,2	18,7	Tabla 22
	Est. Voluntaria	..	18,0	19,0	20,5	17,0	19,0	(*)
Edad mediana 1er uso anticoncepción	Total	19,4	20,0	20,7	24,7	27,1	20,7	Tabla 22
	Est. Voluntaria	..	19,0	22,5	23,5	26,5	22,0	(*)
Porcentaje que usó anticoncepción en 1ª rel.sex.	Total	66,1	54,6	43,9	29,3	26,5	54,2	Tabla 22
	Est. Voluntaria	..	41,7	46,3	33,3	16,7	37,8	(*)
Nº promedio de hijos nacidos vivos	Total	0,3	0,9	1,5	1,9	2,0	0,9	Tabla 13
	Est. Voluntaria	..	2,3	2,4	2,4	2,8	2,4	(*)
Edad mediana a la formación de pareja	Total	21,0	24,0	25,0	25,0	24,0	26,0	(*)
	Est. Voluntaria	..	22,0	24,0	24,0	25,5	24,0	(*)
Edad mediana al primer nacido vivo	Total	24,0	27,0	27,0	26,0	28,0	26,8	(*)
	Est. Voluntaria	..	23,0	25,0	25,0	25,0	27,5	(*)
Porcentaje con pareja	Total	38,5	73,9	85,6	87,3	85,8	55,1	Tabla 5
	Est. Voluntaria	..	91,7	100,0	100,0	100,0	98,9	(*)
Nº casos	Total	373	342	262	248	266	1992	
	Est. Voluntaria	1	12	41	24	12	90	

(*) Tabulados propios

Fuente: Fertility and Family Surveys in Countries of the ECE Region. Standard Country Report, Spain

TABLA 5. ESPAÑA, REGISTRO DE FIV E INSEMINACIÓN. NÚMERO DE CICLOS Y DE EMBARAZOS. 1998

	FIV-ICSI ciclos frescos (sin congelación)			TEC (Técnica de embriones congelados)			Donación ovocitaria			Total
	FIV	ICSI	Subtotal	FIV	ICSI	Subtotal	FIV	ICSI	Subtotal	
Ciclos iniciados	-	-	-							
Aspiraciones foliculares	2342	4265	6607	-	-	-	-	-	-	6607
Congelaciones	-	-	-	987	1177	2164	-	-	-	2164
Ciclos de donación	-	-	-	-	-	-	489	702	1191	1191
Transferencias (total)	2059	3938	5997	645	780	1425	428	629	1057	8479
Transferencia 1 embrión	213	375	588	138	134	272	15	17	32	892
Transferencia 2 embriones	336	646	982	204	263	467	50	71	121	1570
Transferencia 3 embriones	868	1644	2512	197	217	414	170	191	361	3287
Transferencia 4 o más embriones	642	1273	1915	106	166	272	193	350	543	2730
Embarazos (total)	539	1137	1676	89	108	197	157	260	417	2290
Embarazo simple	348	744	1092	71	90	161	105	170	275	1528
Embarazo gemelar	145	301	446	16	16	32	40	69	109	587
Embarazo triple	40	79	119	1	2	3	10	17	27	149
Embarazo cuádruple o superior	6	13	19	1	0	1	2	4	6	26
Partos (total)	444	924	1368	189		189	301		301	1858
Parto simple	302	621	923	152		152	204		204	1279
Parto gemelar	121	265	386	33		33	90		90	509
Parto triple	19	38	57	4		4	7		7	68
Parto cuádruple o superior	2	0	2	0		0	0		0	2

Fuente: "El rincón de la estadística" Boletín SEF, vol 10 Nº 1 - 2001 Tablas 2, 3, 4 y 7

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LAS ESTERILIZACIONES POR EDAD AL MOMENTO DE EQV SEGÚN AÑO DE LA OPERACIÓN Y SEXO

Hombre	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	Total
20-24			0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		1,1
25-29			1,1	1,1		1,1	0,0	1,1	1,1	2,3	3,4	1,1	1,1	0,0	2,3	1,1	0,0	1,1		18,2
30-34			0,0	1,1		1,1	0,0	0,0	0,0	5,7	4,5	3,4	6,8	3,4	5,7	2,3	2,3			36,4
35-39			0,0	0,0		1,1	1,1	1,1	0,0	1,1	2,3	0,0	3,4	1,1	3,4	4,5	5,7	9,1		34,1
40-44			0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	1,1	2,3	2,3	0,0	0,0	0,0		8,0
45-49			0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	1,1	0,0		2,3
Total			1,1	2,3		3,4	1,1	2,3	1,1	3,4	12,5	8,0	9,1	10,2	11,4	12,5	9,1	12,5		100,0
Edad media			27,5	30,0		32,5	37,5	32,5	27,5	30,8	31,1	34,6	35,0	35,3	35,0	35,2	37,5	35,7		34,3
Mujer	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	Total
20-24	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5	0,0	0,5	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2
25-29	1,1	0,0	0,0	0,0	0,5	1,1	1,6	2,7	2,2	1,1	0,5	1,6	1,1	1,1	1,1	1,6	0,0	0,5	0,5	18,4
30-34	0,0	0,0	0,5	1,1	0,5	1,6	1,6	2,7	3,8	1,6	3,2	3,2	4,3	0,5	4,9	3,2	3,8	5,4	2,7	44,9
35-39	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5	0,5	2,2	5,9	3,8	1,1	2,2	3,2	2,2	2,7	2,7	2,7	1,6	31,9
40-44	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5	0,0	0,0	2,2
45-49	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5
Total	1,1	0,0	0,5	1,6	1,6	3,2	3,8	6,5	8,1	9,2	7,6	7,0	7,6	4,9	8,6	8,1	7,0	8,6	4,9	100,0
Edad media	27,5		32,5	29,2	32,5	29,2	31,1	30,0	32,5	34,6	34,6	33,7	33,2	34,7	33,8	34,2	35,2	33,8	33,6	33,3

TABLA 7. POBLACIÓN FEMENINA POR EDAD, IVES NOTIFICADAS AL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y TASAS POR MIL MUJERES

Población femenina por grupos de edad - INE - www.ine.es							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	Total
1990	1620556	1575618	1517204	1449598	1230564	1207144	8600683
1991	1624667	1591172	1543263	1457618	1266557	1215496	8670288
1992	1619812	1598008	1560928	1457618	1295742	1217169	8749277
1993	1603774	1606946	1574038	1482726	1330345	1221709	8819538
1994	1574386	1616534	1584181	1504930	1366664	1232063	8878758
1995	1533053	1624274	1591095	1527219	1401556	1246249	8923446
1996	1481614	1627616	1597149	1549850	1433378	1267124	8956731
1997	1422748	1623816	1605597	1568948	1462887	1296923	8980919
1998	1361900	1610613	1618775	1586072	1491196	1333537	9002093
1999	1302820	1587398	1637565	1605239	1520421	1374513	9027956
2000	1247347	1559840	1665255	1630670	1556854	1419000	9078966
Abortos por edad							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 y más	Total
1990	4981	10015	8056	6669	4981	2529	37231
1991	5452	11613	9356	7414	5341	2733	41910
1992	6241	12045	9915	8003	5902	2856	44962
1993	6277	12428	10225	7975	5816	2782	45503
1994	6699	12779	10590	8609	6257	2898	47832
1995	7090	13501	10223	8964	6514	3075	49367
1996	7306	13617	11179	9122	6775	3004	51002
1997	7187	13240	10942	8761	6505	2943	49578
1998	7771	14752	11803	9523	6873	3126	53847
1999	8675	16308	12764	10142	7307	3202	58399
1999/1995	1,2236	1,2080	1,2486	1,1314	1,1217	1,0413	1,1830
Tasa registrada re-calculada (poblaciones INE-2001)							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	Índice sintético de aborto
1990	3,07	6,36	5,31	4,60	4,05	2,10	0,127
1991	3,36	7,30	6,06	5,09	4,22	2,25	0,141
1992	3,85	7,54	6,35	5,49	4,56	2,35	0,151
1993	3,91	7,73	6,50	5,38	4,37	2,28	0,151
1994	4,25	7,91	6,68	5,72	4,58	2,35	0,157
1995	4,62	8,31	6,42	5,87	4,65	2,47	0,162
1996	4,93	8,37	7,00	5,89	4,73	2,37	0,166
1997	5,05	8,15	6,82	5,58	4,45	2,27	0,162
1998	5,71	9,16	7,29	6,00	4,61	2,34	0,176
1999	6,66	10,27	7,79	6,32	4,81	2,33	0,191

TABLA 8. POBLACIÓN FEMENINA, NACIMIENTOS Y TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD

Población femenina por grupos de edad - INE - www.ine.es							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	Total
1995	1533053	1624274	1591095	1527219	1401556	1246249	8923446
1996	1481614	1627616	1597149	1549850	1433378	1267124	8956731
1997	1422748	1623816	1605597	1568948	1462887	1296923	8980919
1998	1361900	1610613	1618775	1586072	1491196	1333537	9002093
1999	1302820	1587398	1637565	1605239	1520421	1374513	9027956
2000	1247347	1559840	1665255	1630670	1556854	1419000	9078966
Nacimientos por grupos de edad - INE - www.ine.es							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	Total 15-44
1995	11874	45715	127683	127805	43628	6339	363044
1996	11075	42068	122428	133195	46864	6610	362240
1997	11184	40510	117589	140537	51574	7252	369035
1998	10804	38473	110492	142219	55084	7721	364793
1999	11241	39260	109949	148455	61854	8912	379671
Tasas de fecundidad por edad							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	Total 15-44
1995	7,75	28,14	80,25	83,68	31,13	5,09	1,18
1996	7,47	25,85	76,65	85,94	32,69	5,22	1,17
1997	7,86	24,95	73,24	89,57	35,25	5,59	1,18
1998	7,93	23,89	68,26	89,67	36,94	5,79	1,16
1999	8,63	24,73	67,14	92,48	40,68	6,48	1,20

BIBLIOGRAFÍA

1. ABMA, JC., PETERSEN LS. (1995): «Voluntary childlessness among U.S. women: recent trends and determinants» Presentada en Annual Meeting of the Population Association of America, San Francisco, California. Abril
2. ALTAIÓ V., VEIGA A. (1992) «In vitro a debat : simposi : Fundació Joan Miró» Generalitat de Catalunya. Departament de Cultura Barcelona
3. ALAN GUTTMACHER INSTITUTE - AGI (1995), «Hopes and Realities: Closing the Gap Between Women's Aspirations and Their Reproductive Experiences» New York, citado en "The role of contraception in reducing abortion, 1.998" Issues in Brief. <http://www.agi-usa.org/pubs/ib19.html>
4. ALAN GUTTMACHER INSTITUTE - AGI (1996) «An Overview of Clandestine Abortion in Latin America» <http://www.agi-usa.org/pubs/ib12.html>
5. ANDREWS, FM., ABBEY, A., HALMAN LJ. (1993) «Changes in life quality as related to changes in parental status among fertile and fertility-problem couples» en: *International Population Conference* Montreal, 24 August - 1st September. Volume 2, [compiled by] International Union for the Scientific Study of Population [IUSSP]. Liege, Belgium, IUSSP, 1993 :165-76
6. ARACIL E. GARCÍA-DELABAT L., DE LA MATA I. (1998) «A sociodemographic profile of induced abortion in Spain» *14th WORLD CONGRESS OF SOCIOLOGY RC 41 Sociology of Population. Session 5. Family Planning and Family Size.* Montreal.
7. ARACIL E. GARCÍA-DELABAT L., DE LA MATA I. (1999) «Not only young and single: sociodemographics characteristics of the aborting women in Madrid» en *Fertility, Contraception and Reproductive Health. European Population Conference 1999. Session A-5 Contraception and abortion.* The Hague.
8. ARACIL E., DE LA MATA I. (s.f.) «La interrupción voluntaria del embarazo: características de la intervención médica. España 1987-1992» *V Congreso Español de Sociología. Sociología de la salud. 2ª sesión.*
9. ARROYO-ZAPATERO L. (1983) «Prohibición del Aborto y Constitución» en *La despenalización del aborto*, Santiago Mir (ed) UAB, Barcelona
10. AVDEEV A., TROITSKAIA (1999) «New Features in Abortion dynamics in Russia in the 1990's» en *Fertility, Contraception and Reproductive Health. European Population Conference 1.999 Sesión A5.*
11. BALAGUER S. (1.977) «Anticoncepción a la española: todas somos delincuentes» Reportaje. En *Vindicación femenina* N° 7 enero

12. BALDWIN, WH., NORD, CW. (1984) «Delayed childbearing in the U.S.: facts and fictions» *POPULATION BULLETIN* Nov; 39(4):1-42
13. BALOGH S.A. LADIPO O.A., EKWEMPU C.C., DIEJOMAOH M., FAKEYE O. OTUBU J.A.M., OKPERE E., OTOLORIN E.O., TOWOBOLA O.A., GRUBB G. (1.992) «Tres años de experiencia con los implantes anticonceptivos Norplant en Nigeria» *Serie de traducciones FHI Family Health International*. Nº 1S. Pag. 5
14. BANKOLE A., SINGH S., HAAS T. (1999) «Characteristics of Women who Obtain Induced Abortion: A Worldwide Review» *International Family Planning Perspectives* Vol. 25 Nº 2 june. <http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2506899.html>
15. BARZELATTO J. (1.998) «Desde el control de la natalidad hacia la Salud Sexual y Reproductiva» en *Saúde Reprodutiva na America Latina e no Caribe* Elisabete Doria Bilac y Ma. Isabel Baltar da Rocha, ed. PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP. Editora 34 Sao Paulo, Brazil
16. BESTARD J. (1998) *Parentesco y modernidad* PAIDÓS BÁSICA. Barcelona
17. BESTARD J. (1986) *Casa y familia : parentesco y reproducción doméstica en Formentera* INSTITUT D'ESTUDIS BALEARICS Palma de Mallorca
18. BERISTAIN, A. (1980) «Interrupción voluntaria del embarazo: reflexiones teológicas-jurídicas» comunicación presentada a las II Jornadas Ítalo-franco-luso-españolas de Derecho Penal, Ávila-Alcalá de Henares junio 1980 publicado en *La despenalización del aborto*, Santiago Mir (ed) UAB, Barcelona 1983
19. BLAYO C. (1995) «L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976» *POPULATION* 3, 1995: 779-810
20. BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES, Congreso de los Diputados, III Legislatura, Serie B «Proposiciones de Ley», 8 de noviembre de 1986 Núm. 28-1
21. BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES, Congreso de los Diputados, IV Legislatura, Serie B «Proposiciones de Ley», 23 de abril de 1990 Núm. 37-1
22. BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES, Congreso de los Diputados, VI Legislatura, Serie B «Proposiciones de Ley», 12 de abril de 1996 Núm. 12-1
23. BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES, Congreso de los Diputados, VII Legislatura, Serie B «Proposiciones de Ley», 5 de junio de 2000 Núm. 60-1
24. BONGAARTS J. (1.978) «A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility» *POPULATION AND DEVELOPMENT REVIEW*, March Vol. 4, No. 1: 105-132
25. BONGAARTS J., ODILE F., LESTHAEGHE. (1.984) «The proximate determinants of fertility in sub-Saharan Africa» *POPULATION AND DEVELOPMENT REVIEW* 10, 3: 511-537
26. BOSTON WOMEN'S HEALTH COLECTIVE (1.982) *Nuestros cuerpos, nuestras vidas* Versión española de "Our bodies, ourselves" ICARIA EDITORIAL, Barcelona

27. BULATAO R. (1.989) «Toward a framework for understanding contraceptive method choice» en *READINGS IN POPULATION RESEARCH METHODOLOGY* Vol. 7 pag. 25-104/25-107
28. BULATAO R., LEE R. (1983) «Un marco conceptual para el estudio de los determinantes de la fecundidad en los países en desarrollo. Capítulo 1. Un panorama general de los determinantes de la fecundidad en los países en desarrollo» Traducción del artículo "A framework for the study of fertility determinants" en *Determinants of Fertility in Developing Countries* Vol 1 ed. Rodolfo Bulatao y Ronald Lee 1983 Academic Press, Inc. *Ensayos sobre Población y Desarrollo* 21. CORPORACIÓN CENTRO REGIONAL DE POBLACIÓN-THE POPULATION COUNCIL. Bogotá 1984
29. CABRÉ A. (1999) *El sistema català de reproducció* PROA-LA MIRADA SOCIAL, Serie Mare Nostrum Institut Català de la Mediterrània. Barcelona
30. CABRÉ A., DOMINGO A., PÉREZ J., MIRET P., AJENJO M., TREVIÑO R. (2000) *Demografía: una cuestión de dos sexos y cuatro generaciones* CDE – UAB Barcelona
31. CIFRIÁN C., MARTÍNEZ C., SERRANO I. (1.986) *La cuestión del aborto* Instituto de la Mujer - Ministerio de Cultura. ICARIA Editorial S.A. Barcelona
32. CLÍNICA TUTOR MÉDICA (1.992) www.tutormedica.com/esp/aborto.htm
33. COMISIÓN PRO-DERECHO AL ABORTO (1.992) «La RU-486» *Boletín de la Comisión Pro-derecho al Aborto del Movimiento Feminista*. Marzo
34. COOK, R. (editora) (1997) «Derechos Humanos de la mujer. Perspectivas Nacionales e Internacionales» PROFAMILIA, Santa Fe de Bogotá
35. CORBELLA J.(2001) «Llega el anillo anticonceptivo» *La Vanguardia –Sociedad*, lunes 10 de diciembre.
36. CORTES GENERALES «Diario de sesiones del Congreso de los Diputados» Año 1985. II Legislatura Núm. 211
37. DE SANDRE P., ONGARO F., RETTAROLI R., SALVINI S., (1.988) «Standard Country Report, Italy 1996» *Fertility and Family Surveys (FFS) in Countries of the ECE Region*, INE - UNITED NATIONS New York and Geneve
38. DEL BARRIO V., (1995) «Análisis de las características representativas de las familias con reproducción asistida» en *Factores Psicológicos de la Infertilidad* obra dirigida por Carmen Moreno Rosset. Capítulo 9. Ed. Sanz y Torres, Madrid.
39. DELGADO M. (1999) «La evolución reciente de la fecundidad y el embarazo en España: la influencia del aborto» *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 87 Julio-septiembre: 83-116
40. DELGADO M., CASTRO T. (1.998) *Opiniones y actitudes. Encuesta de Fecundidad y Familia FFS-1.995* Centro de Investigaciones Sociológicas Madrid. Anexo técnico

41. DELGADO M., CASTRO T. (1.999) «Standard Country Report, Spain 1.995» *Fertility and Family Surveys (FFS) in Countries of the ECE Region*. UNITED NATIONS New York and Geneva
42. DEXEUS S., FARRÉ J.M. (1994) «La mujer. Su cuerpo y su mente» *Guía de Psicología, Sexualidad y Ginecología* Madrid.
43. DEXEUS S., PARERA N. (1999) «Perfil de la usuaria de los métodos contraceptivos» *Memorias del XII Simposio de la Sociedad Catalana de Anticoncepción*. Barcelona marzo
44. Diario *Barcelonaym@s* «Cien mujeres demandan a tres fabricantes de la píldora» 5 de marzo de 2002 : 5
45. Diario EL PAÍS (1999) «Un millón de españolas no usan anticonceptivos eficaces o los emplean de forma inadecuada», *EL PAÍS* Sección Sociedad, septiembre : 35
46. Diario EL PAÍS (2000) «Elecciones 2000» *EL PAÍS* sábado 19 de febrero. Madrid : 23
47. Diario *El País*, 28 de diciembre de 1989, pag. 3 citado en *La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo XX*, IBÁÑEZ Y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) Siglo XXI Editores. Madrid
48. DÍEZ J., DE MIGUEL J. (1981) *Control de natalidad en España* Libros de confrontación. Sociología 11. Editorial Fontanella. Barcelona
49. DIXON-MULLER R., GERMAIN A. (1997) «Reproductive Health and the Demographic Imagination» *Seminar on Female Empowerment and demographic Processes: Moving Beyond Cairo*. Lund, Sweden.
50. DOMINGO A. (1994) «Lletra a Béatrice. Algunes reflexions al voltant de la Conferència Internacional sobre Població i Desenvolupament del Cairo» *Papers de Demografia 91* Centre d'Estudis Demogràfics.
51. DONOVAN, P. (1995) «Pill Use Appears Likely To Increase Risk of Some Forms of Cervical Cancer» (in Digests) *INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES*, Vol. 21, No. 2. (Jun): 82-84
52. ELLERSTON Ch. (1.996) «History and efficacy of emergency contraception: beyond Coca-Cola» *INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES* Vol. 21 N° 2 : 52-56
53. FAMILY CARE INTERNATIONAL (1.994) *Acción para el siglo XXI. Salud y derechos reproductivos para todos* Nueva York Capítulo 1
54. FAUNDES A., DIAZ J., AGUINAGA H., NETO S., MELLO C., ARAUJO F. (1.992) «Estudio brasileiro com os Implantes anticoncepcionais Norplant® até três anos de uso» *FEMINA* 20 (3):196-205
55. FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ESPAÑA (1999) «Los derechos sexuales y reproductivos y las mujeres» *Campaña de sensibilización Cara a Cara*. Febrero.

56. FNUAP (1997). *El Estado de la Población Mundial (1997). El derecho a optar: derechos de procreación y de salud de la reproducción* Nueva York, mayo de 1997
57. FNUAP-OPS-RSMLAC (1.998) «La contribución de las ONG a la salud y los derechos reproductivos en América Latina. Recomendaciones de la sociedad civil para mejorar el seguimiento de los acuerdos de El Cairo y Beijing» *Conclusiones de la Reunión Regional celebrada en Quito* en junio de 1.977. Nueva York y Washington D.C. Pag. 11
58. I Congreso Nacional de Planificación Familiar «Ponencias y comunicaciones» Gijón Noviembre 19 y 20 de 1982
59. II Congreso Estatal de Planificación Familiar «Resumen, Ponencias» La Coruña Marzo 16-18 de 1985
60. III Congreso Estatal de Planificación Familiar «Ponencias» Valladolid Mayo 14-16 de 1987
61. IV Congreso Estatal de Planificación Familiar «Libro de trabajo previo al Congreso» Sevilla Noviembre 2-4 de 1989
62. V Congreso Estatal de Planificación Familiar «Planificación familiar, calidad de vida» Platja d'Aro (Girona) Mayo de 1993
63. VI Congreso Estatal de Planificación Familiar «Un futuro necesario» Playa de Gandía (Valencia) octubre de 1996
64. VII Congreso Estatal de Planificación Familiar «Consolidando un derecho universal. Ponencias y Comunicaciones» Cáceres Octubre 21-23 de 1998
65. VIII Congreso Estatal de Planificación Familiar «Salud sexual y reproductiva. Derechos y Ética» Madrid Noviembre 15-17 de 2000
66. FREEDMAN R., DAVIS K., BLAKE J. (1.967) *La estructura social y la fecundidad. Un sistema analítico* Centro Latinoamericano de Demografía – El Colegio de México. México D.F.
67. FONSECA M. do C. (1995) *Relações entre o Recente Declínio da Fecundidade no Brasil e o Status da Mulher em Micro-Regiões Selecionadas do País* Pesquisa individual, Informe Projeto CNPq (Centro Nacional de Apoio à Pesquisa) 1992-1994.
68. FONSECA M. do C. et al (1998) *Saúde Reprodutiva da Mulher na Região Metropolitana de Belo Horizonte: Parturição* Informe Segunda fase do projeto multicêntrico: CEDEPLAR/NEPO/UFRGS/UFRGN. Parte de Belo Horizonte financiado pela FAPEMIG (Fundação da Pesquisa em Minas Gerais)/MG, 1996-1997.
69. FONSECA M. do C. et al (2000) *Estudo Multicêntrico Prospectivo sobre Parturição e Parto Cesáreo*. CEDEPLAR/ NEPO/ UFRGS/ UFRGN, Informe projeto financiado por NIH (National Institute for Health)/USA, Ford Foundation e USP (Texas University), 1998-1999.
70. GAFO, J. (1.979) «El aborto y el comienzo de la vida humana» en *La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo XX*, IBÁÑEZ Y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) Siglo XXI Editores. Madrid

71. GANGE, S. (2000) «There is very convincing evidence that tobacco lowers sperm count. The effects of alcohol are less clear-cut» en *webMD*, mayo 28-2001: <http://health.excite.com/content/article/1685.50228>
72. GASCÓ-CANO M. (1990) *Aborto en España* FPFE. Madrid
73. GIMBERNAT, E. (1.983) «Por un aborto libre» en *La despenalización del aborto*, Santiago Mir (editor) UAB, Barcelona
74. GOLDBERG H., SHERWOOD F-L., BODROVA V. (1999) «Birth Prevention Practices in Three Russian Cities» *Fertility, Contraception and Reproductive Health. European Population Conference 1.999 Session A5*.
75. HAMMERSLOUGH CR., (1992) «Estimating the probability of spontaneous abortion in the presence of induced abortion and viceversa» *Public Health Reports*, vol 107 Issue 3
76. HARDEE K., KHUDA B., GHULAM M., RAHMAN S., McMAHAN J. (1.994) «Contraceptive Implant Users and Their acces to removal services in Bangladesh» *International Family Planning Perspectives* Vol. 20 N° 2
77. HATCHER R.A., KOWAL D., GUEST F. ET AL (1989) *Contraceptive Technology. International Edition* Atlanta USA
78. HATCHER R.A., RINEHART W., BLACKBURN R., GELLER J.S. Y SHELTON J.D. (1.999) *Lo esencial de la tecnología anticonceptiva*, Universidad de Johns Hopkins, Programa de Información en Población Baltimore.
79. HAYMAN S. (1.995) «Guía de los métodos anticonceptivos. Los pros y los contras de cada opción» *Cuerpo y Salud*. Paidós. Barcelona
80. HENSHAW S., SINGH S., HAAS T. (1999) «La incidencia del aborto a nivel mundial» *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, Número especial*, consultado en <http://www.agi-usa.org/pubs/journals/25spa01699.html>
81. HERNÁNDEZ G. (1.991) *El aborto en España. Análisis de un proceso socio-político* Editorial de la Universidad Complutense de Madrid. Colección Tesis doctorales N° 102/91.
82. HERNÁNDEZ-VELASCO I., PEDRO SIMÓN. (1.998). «20 años de la despenalización de los anticonceptivos en España» *El Mundo*, 4 de octubre
83. HOLCK S., ONÍS M DE., VILLAR J. (1992) «Anticoncepción: efectos beneficiosos y colaterales» en *La mujer y la salud en España. Informe básico*. Vol. 2, 29 Instituto de la mujer.
84. HOLLANDER D. (1996) «Third-Generation Pills May Elevate Risk of Venous Thromboembolism, Slightly Lower Heart Attack Risk» (in Digests) *INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES*, Vol. 22, No. 2. (Jun): 83-84.
85. HUERTA, S. (1.983) «Criterios para la reforma del aborto delito» en *La despenalización del aborto*, Santiago Mir (ed) UAB, Barcelona 1983

86. HUNTER J., DAVIS J. (1.996) «Cultural Politics at edge of Life» en *The Politics of Abortion and Birth Control in Historical Perspective* Ed. Donald T. Critchlow The Pennsylvania State University Press.
87. IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) *La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo XX* Siglo XXI Editores. Madrid
88. INE (1.978) *Encuesta de Fecundidad.1.977. Metodología y Resultados* Madrid.
89. INE (1.987) *Encuesta de Fecundidad.1.985. Tomo I* Madrid.
90. INSTITUT CATALÀ DE LA DONA (1995) *Dones de Catalunya a Pequín. IV Conferencia Mundial de les Nacions Unids sobre les dones* ICD-Barcelona.
91. ISRAEL G., DACACH S. «As rotas do Norplant. Desvíos da contracepção» s.f.
92. IUSSP (2000) <http://www.iussp.org>
93. KAMEL H., KAISER F.E. (1.998) «Aspectos clínicos de la menopausia y tendencias actuales en la terapia» en *Mujeres, Envejecimiento y Salud* GLOSA Ediciones. Barcelona
94. KARMAUS W., JUUL S., (1999) "Infertility and subfecundity in population based samples from Denmark, Germany, Italy, Poland and Spain» *EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*, 1999, Vol. 9: 229-235
95. LANDROVE G., (1976) "Política criminal del aborto" citado en *La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo XX*, IBÁÑEZ Y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) Siglo XXI Editores. Madrid
96. LASSONDE L. (1997) *Los desafíos de la demografía. ¿Qué calidad de vida habrá en el siglo XXI?*. DDC-UNAM-FCE. México D.F.
97. LEGARDE C. (1997) «Experiencias: La situación del aborto en Francia» *Diálogos* Marzo 97
98. LERIDON, H. (1991) «Sterilite et hypofertilité: du silence a l'impatience?» *POPULATION*. Mar-Apr; 46(2):225-47
99. LINHARD J. (1987) «Situación actual de la Planificación Familiar en España» *Ponencias. III Congreso Estatal de Planificación Familiar*. Valladolid, mayo
100. LISKIN, L., RUTLEDGE, AH. (1984) «After contraception: dispelling rumors about later childbearing» *Population Reports. Series J: Family Planning Programs*. Sep-Oct; (28):J697-731
101. MAHLER K. (1996) «Testosterone Injections Suppress Sperm Production, Providing Effective Level of Contraceptive Protection» (in Digests) *INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES*, Vol. 22, No. 4. (Dec): 178-179.
102. MATORRAS R., (2001) «El rincón de la Estadística. Registro Español de FIV-ICSI. 1998» *Boletín SEF col. 10 nº1: 23-37*

103. McFALLS, JA., McFALLS, MH (1984) «Disease and fertility» *STUDIES IN POPULATION. ACADEMIC PRESS* Orlando, FL., 1984.
104. McLAREN A. (1.993) *Historia de los anticonceptivos. De la antigüedad a nuestros días.* Minerva Ediciones. Madrid
105. MINISTERIO DE LA SANIDAD Dirección General de Sanidad (1940). "Política Familiar y Sanitaria" citado en Díez J., DE MIGUEL J. (1981) *Control de natalidad en España* Libros de confrontación. Sociología 11. Editorial Fontanella. Barcelona pag. 200
106. MINISTERIO DE LA SANIDAD Y CONSUMO (1999) *Notificación de Interrupción voluntaria del embarazo.* Madrid.
107. MIR PUIG, S (Editor) (1.983) *La despenalización del aborto* Universidad Autónoma de Barcelona.
108. MIR, S. (1980) «Aborto en el extranjero. Comentario a la Sentencia de la sala 2ª del Tribunal Supremo de 20 de diciembre de 1980» en *La despenalización del aborto*, Santiago Mir (editor) UAB, Barcelona
109. MOLINA A. (1.997) «Atualização e controvérsias no campo da saude reprodutiva» en 8º *Programa de Estudos em Saúde reprodutiva e Sexualidade*, 1.999. Módulo IV UNICAMP-NEPO. Brasil
110. MOMPART A., PÉREZ G. (1998) «El impacto de la interrupción voluntaria del embarazo sobre la fecundidad en Cataluña» *Gaceta Sanitaria* Enero-febrero Vol 12 Nº 1: 3-8
111. MORENO, C. «Proceso psicológico en infertilidad: una guía para el consejo psicológico» en *Factores Psicológicos de la Infertilidad* obra dirigida por Carmen Moreno Rosset. Capítulo 7. Ed. Sanz y Torres, Madrid.
112. MORGAN P., BERKOWITZ KING R. (2001) «Why have children in the 21st Century? Biological Predisposition, Social Coercion, Rational Choice» *European Journal of Population* 17: 3-20
113. MUNDIGO, A. (1997) «Reproductive Health: The Challenges of a New field» en *INTERNATIONAL POPULATION CONFERENCE* Beijing.
114. MURRAY, J., LAGGER B. (2001) «Involuntary childlessness and voluntary fertility control during the fertility transition: Evidence from men who graduated from an American college» *POPULATION STUDIES* Vol55 Number 1 march: 25-36.
115. NACIONES UNIDAS (1975) *Informe de la Conferencia Mundial de Población de las Naciones Unidas. Bucarest 19-30 agosto, 1974* N.U. E/CONF.60/19 (Nº de venta S.75.XIII.3). Nueva York Pag.6-7
116. NACIONES UNIDAS (1994) «The sex and age distribution of the World Populations. The 1994 revision» *POPULATION DIVISION.* New York *ST/ESA/SER.A/144*

117. NACIONES UNIDAS (1994). *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Programa de Acción de la Conferencia. A/CONF.171/L3 Add.2.* sept. 12
118. NACIONES UNIDAS (1999) *Informe del comité especial Plenario del vigésimo primer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General* N.Y. A/S-21/5/ADD.1
119. NADAL, J. (1985) «Vandellós, Spengler i la decadencia» Prólogo de la 2ª edición de *Catalunya, poble decadent* de Josep A. Vandellós. Barcelona
120. NASH M. (1984) «El neomaltusianismo anarquista y los conocimientos populares sobre el control de natalidad en España» en *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer* Mary Nash (Ed.) Ediciones del Serbal Barcelona
121. NASH M. (1993) «Maternidad, maternología y reforma eugénica en España 1900-1939» en *Historia de las mujeres en Occidente. Tomo 5 . EL SIGLO XX.* Taurus Ediciones Madrid
122. NASH M. (1996) «Pronatalismo y maternidad en la España franquista» en *Maternidad y políticas de género. Capítulo VIII* Gisela Bock y Pat Thane (editoras) Feminismos Ediciones Cátedra-Universidad de Valencia-Instituto de la Mujer. Madrid
123. NIKANDER T. (1.988) «Standard Country Report, Finland 1.990» *Fertility and Family Surveys (FFS) in Countries of the ECE Region.* UNITED NATIONS New York and Geneva
124. NOACK T., OSTBY L. (1.996) «Standard Country Report, Norway 1.988» *Fertility and Family Surveys (FFS) in Countries of the ECE Region.* UNITED NATIONS New York and Geneva,
125. NOACK T.; OSTBY L. (1984) «Childless or childfree? A descriptive study of sterilization, infecundity and intentional childlessness» In: *The Sixth Scandinavian Demographic Symposium*, 16-19 June 1982 in Kungälv, Sweden.
126. OLIVA-PERPÉTUO I., FONSECA M. do C. (1997) «Women and family: headship status in metropolitan areas of Brazil» en *Women and families: evolution of the Status of Women as a factor and Consequence of Changes in Family Dynamics* edited by M.E. Cosío-Zavala and E. Vilquin CICRED-UNFPA-UNESCO Paris
127. OJEDA G. (1.997) *Dinámica Anticonceptiva. Discontinuación del uso de métodos anticonceptivos, cambios y tasas de falla. Colombia ENDS 1.995* PROFAMILIA-UNFPA Bogotá
128. ORDÓÑEZ M. (1.992) *La necesidad insatisfecha y la demanda total de planificación familiar en Colombia, 1.990* DHS-CELADE. Santiago de Chile.
129. ORDÓÑEZ M. (1.994) «La Dinámica Anticonceptiva en Colombia Discontinuación del uso de métodos anticonceptivos, cambios y tasas de falla». *Seminario sobre la dinámica anticonceptiva en América Latina.* Macro International Inc. Calverton, Maryland USA.
130. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1.998) «Mujeres, Envejecimiento y Salud. La mejora de la Salud durante la Vida» en *Mujeres, Envejecimiento y Salud* GLOSA Ediciones. Barcelona

131. PARERA S., CASTRO S.J., ALONSO E., IBÁÑEZ V., MEDRANO A., SALEGRE N., FERNÁNDEZ D., DE LA RICA A. (1993) «Análisis del factor riesgo en la IVE» *V Congreso Estatal de Planificación Familiar* Platja d'Aro Girona
132. PASTOR K. (1999) «Determinants of Abortion Rate: Slovak Republic Data 1958-1997» *Fertility, Contraception and Reproductive Health. EUROPEAN POPULATION CONFERENCE 1.999* Sesión A5
133. PEIRÓ R., COLOMER C., ASHTON J., ÁLVAREZ C. (1994) «Abortos inducidos en mujeres españolas en Inglaterra y Gales (1974-1988)» *GACETA SANITARIA* Marzo-abril Nº 41, Vol. 8: 57-62
134. PÉREZ P. (1.998) *La quinta libertad. Guía de métodos anticonceptivos* Colección Mujer y Salud. Ediciones Pirámide. Madrid.
135. PÉREZ, M. «Los datos de la biología» en *El aborto. Un tema para debate*. Publicada por la Fundación de Investigaciones Marxistas. citado en *La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo XX*, IBÁÑEZ Y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) Siglo XXI Editores. Madrid
136. PLANNED PARENTHOOD FEDERATION OF AMERICA (2001) «Aumento en las opciones de las mujeres para obtener un aborto prematuro» http://www.plannedparenthood.org/library/facts/mif_spanish.html
137. PLANNED PARENTHOOD OF HOUSTON & SOUTHEAST TEXAS http://www.pphouston.org/sp_abque.htm
138. PONS, C., GROSSMAN, M. (2000) «Técnicas de reproducción humana asistida» en *Factores Psicológicos de la Infertilidad* obra dirigida por Carmen Moreno Rosset. Capítulo 5. Ed. Sanz y Torres, Madrid.
139. POPULATION ACTION INTERNATIONAL (1.995) «Riesgo Reproductivo: Evaluación Mundial de la Salud Sexual y Materna de la Mujer» en *Informe de 1.995 sobre la marcha del mundo hacia una población estable*. Washington. (Afiche)
140. POPULATION COUNCIL (1.993) *Introducing Norplant Implants in Developing Countries. What NGO's, women's health advocates, and the media should know about Norplant Implants* New York.
141. POSTON, DL. Jr; ROGERS, RG. (1986) *Development and childlessness in the states and territories of Brazil* University of Texas at Austin, Texas Population Research Center, 1986.
142. POSTON, DL. Jr; KRAMER, KB. (1984) *Patterns of childlessness among Catholics and non Catholics in the United States* University of Texas, Texas Population Research Center, 1984.
143. PRESSAT R. (1987) *Diccionario de Demografía* OIKUS-TAU S.A. Ediciones Barcelona
144. PROLAP *Demografía II* Carlos Welti editor. CELADE-The John and Catherine McArthur Foundation-UNAM.

145. PUJADAS I., SOLSONA M. (1989) «La población de España 1900 a 1975 a nivel nacional y provincial» *PAPERS DE DEMOGRAFIA* 33 Universidad Autónoma de Barcelona - Centro de Estudios Demográficos. Barcelona
146. QUINTANO RIPOLLÉS A. (1.962) «Tratado de la Parte Especial de Derecho Penal, t.I; Infracciones contra las personas» Capítulos XV, XVI, XVII y XVIII. Revista de Derecho Privado. Madrid. citado en *La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo XX*, IBÁÑEZ Y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) Siglo XXI Editores. Madrid
147. RAHMAN A., KATZIVE L., HENSHAW S. (1998) «A global review of laws on Induced abortion, 1985-1997» en *FAMILY PLANNING PERSPECTIVES*, Vol. 24 N° 2, June, Table 1.
148. RAJULTON, F., BALAKRISHNAN, TR., RAVANERA, ZR. (1990) *Measuring infertility in contracepting populations*, POPULATION STUDIES CENTRE, Jun. (Paper No. 90-6) London, Canada, University of Western Ontario
149. RAO, KV. (1987) «Childlessness in Ontario and Quebec: results from 1971 and 1981 census data» *CANADIAN STUDIES IN POPULATION*. 14(1):27-46
150. REINIS K. (1.992) «The Impact of the Proximate Determinants of Fertility; Evaluating Bongaarts's and Hobcraft y Little's Methods of Estimation» *POPULATION STUDIES* 46(2): 309-326
151. RODRÍGUEZ A. (1998) «Infertility: the problem and its prevention» en *Infertility and Contraception. A text for clinical practice*. Editado por Rodríguez-Armas, Hédom y Daya. IFFS consultado en http://www.mnet.fr/iffs/bookinfertility/a_bookic.htm. 7 pags.
152. RODRÍGUEZ C., SENDRA j., REGIDOR E., GUTIÉRREZ J., ÍÑIGO J., (1994) «Propuesta de un método para estimar la subnotificación del aborto inducido practicado en España» *GACETA SANITARIA* N° 41 Vol. 8: 63-70
153. ROSENFELD A. (1.989) «Modern contraception: a 1989 update» *ANNUAL REVIEW OF PUBLIC HEALTH* 10 pp 385-401 transcrito en *READINGS IN POPULATION RESEARCH METHODOLOGY*. "Research on Contraception and Family Planning" Vol. 7 Capítulo 25 Pag. 25-41
154. RUIZ M. (1988) *El uso de la esterilización como método anticonceptivo. Datos de la Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud de Colombia, 1986* Corporación Centro Regional de Población. Santa Fe de Bogotá
155. RUIZ M. (1.997) *Factores de riesgo de la salud materno infantil. Colombia* PROFAMILIA-UNFPA. Santa Fe de Bogotá
156. RUIZ M. (1996) «Salud sexual y reproductiva de adolescentes» *Memorias de los Seminarios de Divulgación y Coordinación Interinstitucional* PROFAMILIA Santa Fe de Bogotá
157. RUIZ M. (1999) «Reflexiones para el proyecto de investigación: «La anticoncepción en España a finales del siglo XX» *Papers de Demografia* N° 156. Centre d'Estudis Demogràfics 1999

158. RUIZ M. (2000) "La Anticoncepción en España según la Encuesta de Fecundidad y Familia de 1.995" *Papers de Demografia* Nº 176. Centre d'Estudis Demogràfics 2000 (Segunda versión de la presentada en las "Actas del XXII Simposi de la Societat Catalana de Contracepció, Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears i Societat Catalana de Contracepció").
159. SÁNCHEZ L.E., (1.982) «Análisis sociológico de la fenomenología del aborto» en *El aborto. Un tema para debate*. Publicada por la Fundación de Investigaciones Marxistas. citado en *La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo XX*, IBÁÑEZ Y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) Siglo XXI Editores. Madrid
160. SARRIBLE G. (1995) «Maternidad e infecundidad. Más madres menos hijos» *REVISTA INTERNACIONAL DE SOCIOLOGÍA TERCERA ÉPOCA* Nº 11 Mayo-agosto: 115-137
161. SCHULZ, W. (1.996) *Anticoncepción hormonal. Por una libre elección*. Schering España. Madrid
162. SENIOR K. (2001) «Non hormonal male contraceptive on the horizon? *Science and Medicine – The Lancet* Vol 358 october 13:1244
163. SHANKAR SINGH J., (2001) *Un Nuevo consenso sobre población. Balance y propuestas en el umbral del siglo XXI* ICARIA-ANTRAZYT-CIDOB Edicions 162 Barcelona
164. SHAPIRO H.I. (1980) *Anticonceptivos. El libro del Control de la natalidad* Ed. Bruguera. Barcelona
165. SINGH S., WULF D. (1994) «Estimated levels of induced abortion in six Latin American Countries» *INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES* Vol 20 Nº 1 march.
166. SOLSONA M. (1986) «La transición de la fecundidad en Chile (1960-1984): análisis de algunas fluctuaciones» *PAPERS DE DEMOGRAFIA* 13 CED-UAB Bellatera (Barcelona).
167. SOROODI-MOGHADDAM S. (1.996) «Quinacrine pellet method of nonsurgical female sterilization in Iran: preliminary report on a clinical trial. 1990-1994» *INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES* Vol. 22 Nº 3 pag 122-123 y 127
168. STOLCKE V. (1990) «"¿Es el sexo respecto al género lo que la raza respecto a la etnología?» en *Gendered Anthropology*, publicado por Teresa del Valle en 1993.
169. STOLCKE V. (S.F.) «Género y técnicas de manipulación genética» consultado en www.sodepaz.org/cooperacion/agricultura/174.htm 02-2002
170. STOLCKE V. (1999) «De Louis Brown, la niña probeta, a Dolly, la oveja clónica» *Mujeres y Salud* http://mys.matriz.net/mys03/articulos/art_03_06p.html Revista de Comunicación Interactiva consultada en 02-2002
171. STOVER J. (1.998) «Revising the proximate determinants of fertility framework: what have we learned in the past 20 years?» *STUDIES IN FAMILY PLANNING* Vol 29 Number 3: 255-257

172. STOYANOVA V., RICHARDS J., (1999) «Induced abortions in Bulgaria. Trends during the period 1986-1996» *EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH* 1.999; 9 : 223-228.
173. STROBL I. (1.994) *Fruto extraño. Sobre política demográfica y control de población* VIRUS editorial Barcelona pag 59 y 68
174. TAPINOS G. (1.988) *Elementos de demografía* 19 ESPASA-UNIVERSIDAD Madrid, pag. 133
175. TERRASA, L. (2000) «Reproducción e infertilidad: visión histórica y antropológica» en *Factores Psicológicos de la Infertilidad* obra dirigida por Carmen Moreno Rosset. Capítulo 1. Ed. Sanz y Torres, Madrid.
176. THE HOPE CLINIC FOR WOMEN LTD. www.hopeclinic.com/history.htm GraniteCity, IL. USA
177. THE HOPE CLINIC FOR WOMEN LTD. www.hopeclinic.com/typesofab.htm GraniteCity, IL. USA
178. TOMAS et al. (1995) «Depot-medroxyprogesterone acetate (DMPA) and risk of invasive adenocarcinomas and adenosquamous carcinomas of the uterine cervix» *CONTRACEPTION* 52: 307-312
179. TORRENTS, À. (1997) «Marriage strategies in Catalonia from the seventeenth century : a case study» *PAPERS DE DEMOGRAFIA* ; 130
180. TOULEMON L., GUIBERT-LANTOINE C. (1.988) «Standard Country Report: France, 1994» *Fertility and Family Surveys (FFS) in Countries of the ECE Region*. UNITED NATIONS New York and Geneve
181. TOULEMON, L. (1995(a)) «Très peu de couples restent volontairement sans enfants» *POPULATION* 50^e année 4-5 juillet-octobre: 1079-1110
182. TOULEMON, L. (1995(b)) «Les solutions apportées aux problèmes de stérilité et leur impact sur le risque de rester sans enfant» *POPULATION* 50^e année 4-5 juillet-octobre: 1212-1218
183. TRUSSELL, J., WILSON, C. (1985) «Sterility in a population with natural fertility» *POPULATION STUDIES*. jul; 39(2):269-86
184. VAN DE KAA D.J. (1.997) «Narraciones ancladas: historia y resultados de medio siglo de investigaciones sobre los determinantes de la fecundidad» *NOTAS DE POBLACIÓN AÑO XXV N° 66 CEPAL-CELADE* Santiago de Chile : 9-86.
185. Van de WALLE, E. (1999) «Towards a demographic history of abortion» en *POPULATION: AN ENGLISH SELECTION* Vol. 11 : 115-131
186. VANDELLÓS, J.A. (1.935) *Catalunya, poble decadent* 2^a edición Barcelona 1.985.
187. VIKAT A., KASUNEN E., RIMPETA M. «Reserval of the Finnish abortion trend in the mid-1990's» *FERTILITY, CONTRACEPTION AND REPRODUCTIVE HEALTH. EUROPEAN POPULATION CONFERENCE* 1.999 Sesión A5.

188. VISCASILLAS P. (1999) «Fertilidad posterior a la esterilización tubárica» *Fecunditat, Demografá I Anticoncepció a les portes del segle XXI en Simposi de la Societat Catalana de Contracepció*. Barcelona
189. WEBINFERTILITY (2001) «Infertility/Subfertility/Sterility: The Impact of Language» consulta mayo 31 de 2001 <http://infertility.about.com/health/infertility/library/weekly/aa071799.htm>
190. WEBMD, (2000) «A comprehensive overview of the causes of female infertility, with special emphasis on the treatment of underlying conditions and assisted reproduction» consulta mayo 28 de 2001 http://health.excite.com/content/dmk/dmk_article_40050.
191. WEISNER, M. (1.982) *Aborto inducido. Estudio antropológico en mujeres de bajo nivel socioeconómico. 1.981* Santiago de Chile
192. WELLINGS, K (1985) «The birthday that never comes. The State of World Population 1985» *POPULATION* Jul; 11(7): 4
193. WESTOFF C. (1.988) «La demanda potencial de planificación familiar. Nuevo cómputo de la necesidad insatisfecha y estimaciones para cinco países latinoamericanos» en *PERSPECTIVAS INTERNACIONALES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. NÚMERO ESPECIAL DE 1.988*
194. WHO (1.990) *Norplant Contraceptive Subdermal Implants. Managerial and Technical Guidelines* Ginebra
195. WHO (2000) <http://www.who.dk/policy/almaata.htm>, consultada el 22 de febrero del 2000
196. ZAMUDIO L., RUBIANO N., VIVEROS M., SALCEDO H. (1999) «Problemas sensibles y estrategias metodológicas: a propósito de las investigaciones sobre aborto inducido» *Cuadernos de CIDS SERIE II NÚMERO 2* Centro de Investigaciones Sobre Dinámica Social – Universidad Externado de Colombia. Bogotá
197. ZAMUDIO L., RUBIANO N., WARTENBERG I., VIVEROS M., SALCEDO H. (1999) «El aborto inducido en Colombia» *Cuadernos de CIDS SERIE II NÚMERO 3* Centro de Investigaciones Sobre Dinámica Social – Universidad Externado de Colombia. Bogotá
198. ZAVOS, PM. (1989) «Tabagisme: sterilité masculine et feminine» *FERTILITE, CONTRACEPTION, SEXUALITE*. Feb; 17(2): 133-8
199. ZHENG W. (1.999) «Standard Country Report: Canada, 1990» *Fertility and Family Surveys (FFS) in Countries of the ECE Region*. UNITED NATIONS New York and Geneve
200. ZURAYK H. (1997) «Reproductive Health in Population Policy: a review and look ahead» *INTERNATIONAL POPULATION CONFERENCE*. Beijing. UIESP pag.388
201. ZVIDRINS P., EZERA L., GREITANS A. (1.998) «Standard Country Report: Latvia, 1995» *Fertility and Family Surveys (FFS) in Countries of the ECE Region*. U. DE LATVIA-UNITED NATIONS New York and Geneve”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 HDEZ VELASCO I., SIMÓN P. (1.998). «20 años de la despenalización de los anticonceptivos en España» *El Mundo* 4 de octubre
- 2 CABRÉ A. 1999. "El sistema català de reproducció" Institut Català de la Mediterrània. Tabla 2.6
- 3 Díez J., DE MIGUEL J. (1981) *Control de natalidad en España*. Libros de confrontación. Sociología 11. Editorial Fontanella. Barcelona (pag 31)
- 4 NASH M. (1984) «El neomaltusianismo anarquista y los conocimientos populares sobre el control de natalidad en España» en *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer* Mary Nash (Ed.) Ediciones del Serbal Barcelona pag. 330
- 5 PÉREZ P.(1998) pag 18.
- 6 Citado EN Díez J., DE MIGUEL J. 1981 Pag. 200. Del libro "¿Es lícito el aborto?" Tipografía Católica Casals. Barcelona, 1925 p..34
- 7 Díez J., DE MIGUEL J. (1.981) pag. 201
- 8 Ministerio de la Sanidad, Dirección General de Sanidad «Política Familiar y Sanitaria» Madrid 1940 Citado en *Díez J., De Miguel J. pag. 200*
- 9 CABRÉ A. (1.999) Tabla 2.7
- 10 P. Bustinza Ugarte, A. Sopena Ibáñez (1.981) «Análisis de la natalidad española» citado en *Díez J., De Miguel J. pag. 85*
- 11 Díez J., De Miguel J. 1981 (pag. 85)
- 12 Hdez Velasco I., Simón P. 1998.
- 13 DEXEUS S., PARERA N. (1999) «Perfil de la usuaria de los métodos contraceptivos» *Memorias del XII Simposio de la Sociedad Catalana de Anticoncepción*. Barcelona marzo
- 14 Hdez Velasco I., Simón P. 1998.
- 15 Díez J., De Miguel J. 1981 (pag. 172)
- 16 Dexeus S., Parera N. (1999)
- 17 LINHARD J. (1987) «Situación actual de la Planificación Familiar en España». *Ponencias III Congreso Estatal de Planificación Familiar*. Valladolid, mayo
- 18 Linhard J. 1981
- 19 DEXEUS S., FARRÉ J.M. (1994) «La mujer. su cuerpo y su mente». *Guía de Psicología, Sexualidad y Ginecología* Madrid, pag 238
- 20 Díez J., DE MIGUEL J. 1981 pag. 198
- 21 Díez J., DE MIGUEL J. 1981 pag 132
- 22 Díez J., DE MIGUEL J. 1981 pag 202
- 23 GIMBERNAT E. (1.983) "Por un aborto libre" en *La despenalización del aborto*, Santiago Mir (ed) UAB, Barcelona pag. 31-38.
- 24 Dexeus S., Farré J.M. 1994. pag 238
- 25 Dexeus S., Farré J.M. 1994. pag 239
- 26 FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ESPAÑA (1999) «Los derechos sexuales y reproductivos y las mujeres». *Campaña de sensibilización Cara a Cara*. Febrero. Pag 26
- 27 Federación de Planificación Familiar de España (1999) pag 26
- 28 Federación de Planificación Familiar de España (1999) pag 27
- 29 Federación de Planificación Familiar de España (1999) pag 29
- 30 Federación de Planificación Familiar de España (1999) pag 29
- 31 HUNTER J., DAVIS J. (1.996) «Cultural Politics at edge of Life» en *The Politics of Abortion and Birth Control in Historical Perspective* Ed. Donald T. Critchlow The Pennsylvania State University Press. Pag. 107-108
- 32 Alan Guttmacher Institute-AGI (1995), «Hopes and Realities: Closing the Gap Between Women's Aspirations and Their Reproductive Experiences», New York, citado en "The role of contraception in reducing abortion, 1.998" *Issues in Brief*. <http://www.agi-usa.org/pubs/ib19.html>
- 33 Van de WALLE, E. (1999) «Towards a demographic history of abortion» en *Population: An English Selection* Vol. 11. 115-132.
- 34 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 140
- 35 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 142
- 36 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 158
- 37 PÉREZ, M. «Los datos de la biología» en *El aborto. Un tema para debate*. Publicada por la Fundación de investigaciones marxistas. Pag.25 citado por IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 158-159
- 38 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 158, 161, 162.
- 39 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 164
- 40 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 267
- 41 HUERTA, S. (1.983) pag. 11
- 42 LANDROVE G., (1976) «Política criminal del aborto» citado por IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 113
- 43 HUERTA, S. (1.983) pag.12
- 44 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 37
- 45 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 54
- 46 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 213
- 47 WEISNER, M. (1.982) Aborto inducido. Estudio antropológico en mujeres de bajo nivel socioeconómico. 1.981 Santiago de Chile

- 48 SÁNCHEZ L.E., (1.982) «Análisis sociológico de la fenomenología del aborto» en *El aborto. Un tema para debate*. Publicada por la Fundación de investigaciones marxistas. Pag.15 citado por IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 201
- 49 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 252
- 50 RAHMAN A., KATZIVE L., HENSHAW S. (1998) «A global review of laws on Induced abortion, 1985-1997» en *Family Planing Perspectives*, Vol. 24 N° 2, June, Table 1.
- 51 RAHMAN A., KATZIVE L., HENSHAW S. (1998)
52 Pag web
- 53 RAHMAN A., KATZIVE L., HENSHAW S. (1998)
- 54 HERNÁNDEZ G. (1.991). Pag. 296
- 55 HERNÁNDEZ G. (1.991) pag. 284
- 56 HERNÁNDEZ G. (1.991) pag. 282
- 57 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 57
- 58 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 57
- 59 HUERTA, S. (1.983) pag.20
- 60 HUERTA, S. (1.983) pag.21
- 61 RAHMAN A., KATZIVE L., HENSHAW S. (1998)
- 62 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 58
- 63 Periódico *El País*, 28 de diciembre de 1989, pag. 3 citado en IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 205
- 64 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 55
- 65 HERNÁNDEZ G. (1.991.)
- 66 HUERTA, S. (1.983) pag. 19
- 67 STOYANOVA V., RICHARDUS J. (1999) «Induced abortions in Bulgaria. Trends during the period 1986-1996» *European Journal of Public Health* 1999; 9: 223-228
- 68 THE HOPE CLINIC FOR WOMEN LTD. www.hopeclinic.com/history.htm (página consultada en 19-02-2001)
- 69 QUINTANO RIPOLLÉS A. (1.962) pp 481-482 citado por IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag.66
- 70 NASH M. (1984) «El neomaltusianismo anarquista y los conocimientos populares sobre el control de natalidad en España» en *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer* Mary Nash (Ed.) Ediciones del Serbal Barcelona pag. 314
- 71 NASH M. (1984) pag. 311-313
- 72 NASH M. (1996) «Pronatalismo y maternidad en la España franquista» en *Maternidad y políticas de género. Capítulo VIII* Gisela Bock y Pat Thane (editoras) Feminismos Ediciones Cátedra-Universidad de Valencia-Instituto de la Mujer. Madrid pag. 291.
- 73 NASH M. (1996) pag. 328.
- 74 NASH M. (1984) pag. 329-340.
- 75 NASH M. (1996). Pag. 281
- 76 HERNÁNDEZ G. (1.991) pag. 200
- 77 HERNÁNDEZ G. (1.991) pag. 148-149
- 78 NASH M. (1996) pag. 283.
- 79 NASH M. (1993) «Maternidad, maternología y reforma eugénica en España 1900-1939» en *Historia de las mujeres en Occidente. Tomo 5. EL SIGLO XX*. Taurus Ediciones Madrid
- 80 CIFRIÁN C., MARTÍNEZ C., SERRANO I. (1.986) *La cuestión del aborto* Instituto de la Mujer - Ministerio de Cultura. ICARIA Editorial S.A. Barcelona pag. 55
- 81 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 33
- 82 HERNÁNDEZ G. (1.991) pag. 187
- 83 ARACIL E. GARCÍA-DELABAT L., DE LA MATA I. (1999) «Not only young and single: sociodemographic characteristics of the aborting women in Madrid» *European Population Conference 1999*. The Hague. Session A-5 Contraception and abortion. Tabla 2
- 84 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) Pag. 85
- 85 NASH M. (1996) pag. 285
- 86 NASH M. (1996) pag. 279-280
- 87 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 206
- 88 NASH M. (1996) pag. 304
- 89 VANDELLÓS, J.A. (1.935) «Catalunya, poble decadent» 2ª edición Barcelona 1.985. pag. 25
- 90 VANDELLÓS, J.A. (1.935) pag. 25
- 91 VANDELLÓS, J.A. (1.935) pag. 27-28
- 92 VANDELLÓS, J.A. (1.935) pag. 54-55
- 93 NADAL, J. (1985) «Vandellós, Spengler i la decadencia» Prólogo de la 2ª edición de «*Catalunya, poble decadent*» de Josep A. Vandellós. Barcelona
- 94 VANDELLÓS, J.A. (1.935) pag. 141
- 95 VANDELLÓS, J.A. (1.935) pag. 56
- 96 CABRÉ A. (1.999) tabla 2.6 pag. 66
- 97 HERNÁNDEZ G. (1.991) pag. 201-203.
- 98 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) Pag. 264
- 99 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) Pag. 84

- 100 MIR, S. (1980) «Aborto en el extranjero. Comentario a la Sentencia de la sala 2ª del Tribunal Supremo de 20 de diciembre de 1980» en *La despenalización del aborto*, Santiago Mir (ed) UAB, Barcelona pag. 146-153.
- 101 HERNÁNDEZ G. (1.991). pag.158-161
- 102 HERNÁNDEZ G. (1.991) pag 168-170
- 103 HERNÁNDEZ G. (1.991)
- 104 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992)
- 105 GIMBERNAT E. (1.983) «Por un aborto libre» en *La despenalización del aborto*, Santiago Mir (ed) UAB, Barcelona pag. 31-38.
- 106 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 227
- 107 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 228
- 108 ARROYO-ZAPATERO L. (1983) «Prohibición del Aborto y Constitución» en *La despenalización del aborto*, Santiago Mir (ed) UAB, Barcelona pag. 77
- 109 CORTES GENERALES Diario de sesiones del Congreso de los Diputados, Año 1985. II Legislatura Núm. 211
- 110 HERNÁNDEZ G. (1.991) pag. 55
- 111 PARERA S., CASTRO S.J., ALONSO E., IBÁÑEZ V., MEDRANO A., SALEGRE N., FERNÁNDEZ D., DE LA RICA A. (1993) «Análisis del factor riesgo en la IVE» *V Congreso Estatal de Planificación Familiar* Platja d'Aro Girona. Pag. 205
- 112 HERNÁNDEZ G. (1.991) pag. 52-54
- 113 HERNÁNDEZ G. (1.991) pag. 55
- 114 HERNÁNDEZ G. (1.991) pag. 50-55
- 115 HERNÁNDEZ G. (1.991) pag. 70-71
- 116 HERNÁNDEZ G. (1.991) pag. 204-205
- 117 HERNÁNDEZ G. (1.991) pag. 270-271
- 118 HERNÁNDEZ G. (1.991) pag. 182
- 119 HERNÁNDEZ G. (1.991) pag. 393
- 120 BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES, Congreso de los Diputados, III Legislatura, Serie B Proposiciones de Ley, 8 de noviembre de 1986 Núm. 28-1
- 121 BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES, Congreso de los Diputados, IV Legislatura, Serie B Proposiciones de Ley, 23 de abril de 1990 Núm. 37-1
- 122 BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES, Congreso de los Diputados, VI Legislatura, Serie B Proposiciones de Ley, 12 de abril de 1996 Núm. 12-1
- 123 BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES, Congreso de los Diputados, VII Legislatura, Serie B Proposiciones de Ley, 5 de junio de 2000 Núm. 60-1
- 124 Diario *EL PAÍS* "Elecciones 2000" sábado 19 de febrero de 2000. Madrid pag.23
- 125 FNUAP (1997). *El Estado de la Población Mundial (1997). El derecho a optar: derechos de procreación y de salud de la reproducción* Nueva York, mayo de 1997 (pag 15)
- 126 COOK, R. (editora) (1997) *Derechos Humanos de la mujer. Perspectivas Nacionales e Internacionales PROFAMILIA*, Santa Fe de Bogotá, FNUAP (1997) (pag 12)
- 127 Naciones Unidas (1994). *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Programa de Acción de la Conferencia. A/CONF.171/L3 Add.2. sept. 12*
- 129 FNUAP (1997) (pag 13). Corresponde a los párrafos 96 y 97 de la Conferencia.
- 130 Naciones Unidas (1999) *Informe del comité especial Plenario del vigésimo primer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General N.Y. A/S-21/5/ADD.1*
- 131 FNUAP (1997) Pag. 9
- 132 <http://www.who.dk/policy/almaata.htm>, consultada el 22 de febrero del 2000
- 133 <http://www.iussp.org>, consultada el 13 de enero del 2000
- 134 Lassonde L. (1997) *Los desafíos de la demografía. ¿Qué calidad de vida habrá en el siglo XXI?. DDC-UNAM-FCE . México D.F. pag. 39.*
- 135 SHANKAR SINGH J. <<Un Nuevo consenso sobre población. Balance y propuestas en el umbral del siglo XXI Icaria-Antrazyt-Cidob ediciones 162: 26
- 136 FAMILY CARE INTERNATIONAL (1.994) *Acción para el siglo XXI. Salud y derechos reproductivos para todos* Nueva York Capítulo 1
- 137 Family Care International (1.994) Capítulo 2
- 138 Family Care International (1.994) Capítulo 2
- 139 Family Care International (1.994) Capítulo 4
- 140 Family Care International (1.994) Capítulo 4
- 141 Naciones Unidas (1999)
- 142 FNUAP (1997) Pag. 12
- 143 NACIONES UNIDAS (1975) *Informe de la Conferencia Mundial de Población de las Naciones Unidas*. Bucarest 19-30 agosto, 1974 " N.U. E/CONF.60/19 (Nº de venta S.75.XIII.3). Nueva York Pag.6-7
- 144 LASSONDE L. (1997) pag. 41
- 145 LASSONDE L. (1997) pag. 178
- 146 NACIONES UNIDAS (1.994) Capítulo II. Principios
- 147 LASSONDE L. (1997) pag. 41
- 148 ICD (1995) *Dones de Catalunya a Pequín IV Conferencia Mundial de les Nacions Unids sobre les dones* Barcelona. Pag. 24
- 149 ICD (1995) pag 26

- 150 NACIONES UNIDAS (1999), pag. 3
- 151 ZURAYK H. (1997) «Reproductive Health in Population Policy: a review and look ahead» *INTERNATIONAL POPULATION CONFERENCE*. Beijing. UIESP pag.388
- 152 ZURAYK H. (1997) pag.388
- 153 DOMINGO A. (1994) «Lletra a Béatrice. Algunes reflexions al voltant de la Conferència Internacional sobre Població i Desenvolupament del Cairo» *PAPERS DE DEMOGRAFIA 91* Centre d'Estudis Demogràfics.
- 154 DIXON-MULLER R., GERMAIN A. (1997) «Reproductive Health and the Demographic Imagination» *Seminar on Female Empowerment and demographic Processes: Moving Beyond Cairo*. Lund, Sweden.
- 155 MUNDIGO, A.(1997) «Reproductive Health: The Challenges of a New field» *INTERNATIONAL POPULATION CONFERENCE 1* Beijing. Pag 331.
- 156 MUNDIGO, A.(1997) Pag 332.
- 157 LASSONDE L. (1997) pag. 52
- 158 ZURAYK H. (1997). pag.386
- 159 ZURAYK H. (1997) pag.387
- 160 Dixon-Muller R., Germain A. (1997)
- 161 BARZELATTO J. (1.998) «Desde el control de la natalidad hacia la Salud Sexual y Reproductiva» en *Saúde Reprodutiva na America Latina e no Caribe* Elisabete Doria Bilac y Ma. Isabel Baltar da Rocha, ed. PROLAP, ABEP,NEPO/UNICAMP. Editora 34 Sao Paulo, Brazil
- 162 FNUAP-OPS-RSMLAC (1.998) «La contribución de las ONG a la salud y los derechos reproductivos en América Latina. Recomendaciones de la sociedad civil para mejorar el seguimiento de los acuerdos de El Cairo y Beijing» *Conclusiones de la Reunión Regional celebrada en Quito* en junio de 1.977. Nueva York y Washington D.C. Pag. 11
- 163 FUNAP (1997) Pag. 2
- 164 FUNAP (1997) Pag. 33-34
- 165 POPULATION ACTION INTERNATIONAL (1.995) «Riesgo Reproductivo: Evaluación Mundial de la Salud Sexual y Materna de la Mujer» *Informe de 1.995 sobre la marcha del mundo hacia una población estable*. Washington. (Afiche)
- 166 NACIONES UNIDAS (1994) *The sex and age distribution of the World Populations. The 1994 revision*. Population Division. New York ST/ESA/SER.A/144
- 167 KAMEL H., KAISER F.E. (1.998) «Aspectos clínicos de la menopausia y tendencias actuales en la terapia» en *Mujeres, Envejecimiento y Salud* GLOSA Ediciones. Barcelona Pag. 115
- 168 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1.998) «Mujeres, Envejecimiento y Salud. La mejora de la Salud durante la Vida» en *Mujeres, Envejecimiento y Salud* GLOSA Ediciones. Barcelona Pag. 70
- 169 Organización Mundial de la Salud (1.998) Pag. 34
- 170 Organización Mundial de la Salud (1.998) Pag 37
- 171 Organización Mundial de la Salud (1.998) Pag 36-37
- 172 KAMEL H., KAISER F.E. (1.998) Pag. 130
- 173 KAMEL H., KAISER F.E. (1.998) Pag. 132
- 174 Organización Mundial de la Salud (1.998) Pag 42
- 175 TAPINOS G. (1.988) *Elementos de demografía*. 19 ESPASA-UNIVERSIDAD Madrid, pag. 133
- 176 FREEDMAN R., DAVIS K., BLAKE J. (1.967) *La estructura social y la fecundidad. Un sistema analítico* Centro Latinoamericano de Demografía – El Colegio de México. México D.F.
- 177 BONGAARTS J. (1.978) «A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility» *Population and Development Review*, Vol. 4, No. 1
- 178 FREEDMAN R., DAVIS K., BLAKE J. (1.967)
179. BONGAARTS J. (1.978)
- 180 TAPINOS G. (1.988) pag. 134-135
- 181 BULATAO R., LEE R. (1983) "Un marco conceptual para el estudio de los determinantes de la fecundidad en los países en desarrollo. Capítulo 1. Un panorama general de los determinantes de la fecundidad en los países en desarrollo" Traducción del artículo "A framework for the study of fertility determinants" en *Determinants of Fertility in Developing Countries Vol 1* ed. Rodolfo Bulatao y Ronald Lee 1983 Academic Press, Inc. Ensayos sobre Población y Desarrollo 21. CORPORACIÓN CENTRO REGIONAL DE POBLACIÓN-THE POPULATION COUNCIL. Bogotá 1984 síntesis elaborada para el presente trabajo
- 182 BONGAARTS J., ODILE F., LESTHAEGHE. (1.984) «The proximate determinants of fertility in sub-Saharan Africa» *Population and Development Review* 10, 3: 511-537
- 183 BULATAO R., LEE R. (1983)
- 184 REINIS K. (1.992) «The Impact of the Proximate Determinants of Fertility; Evaluating Bongaarts's and Hobcraft y Little's Methods of Estimation» *Population Studies* 46(2): 309-326
- 185 STOVER J. (1.998) «Revising the proximate determinants of fertility framework: what have we learned in the past 20 years?» *Studies in Family Planning* Vol 29 Number 3: 255-257
- 186 PROLAP "Demografía II" Carlos Wletli editor. Celade-The John and Catherine MacArthur Foundation-unam. Pag 101
- 187 Van DE KAA D.J. (1.997) «Narraciones ancladas: historia y resultados de medio siglo de investigaciones sobre los determinantes de la fecundidad» *Notas de Población* AÑO XXV N° 66 CEPAL-CELADE Santiago de Chile pag. 35.
- 188 DIXON-MULLER R., GERMAIN A. (1997) «Reproductive Health and the Demographic Imagination» *Seminar on Female Empowerment and demographic Processes: Moving Beyond Cairo*. Lund, Sweden.
- 189 SARRIBLE G. (1995) «Maternidad e infecundidad. Más madres menos hijos» *Revista Internacional de Sociología* Tercera Época N° 11 Mayo-agosto: 115-137
- 190 WELLINGS,K. (1985) «The birthday that never comes. The State of World Population 1985» *POPULATION* Jul; 11(7):4

- 191 McFALLS, JA.; McFALLS, MH. (1984) "Disease and **fertility**" Orlando, Florida, *Academic Press*, 1984. 593 p. (*Studies in Population*)
- 192 McFALLS, JA.; McFALLS, MH (1984)
- 193 McFALLS, JA.; McFALLS, MH (1984)
- 194 McFALLS, JA.; McFALLS, MH (1984)
- 195 McFALLS, JA.; McFALLS, MH (1984)
- 196 McFALLS, JA.; McFALLS, (MH 1984)
- 197 POSTON, DL. JR; KRAMER, KB. (1984) *Patterns of childlessness among Catholics and non Catholics in the United States* University of Texas, Texas Population Research Center, 1984. 39 p.
- 198 LISKIN, L., RUTLEDGE, A. (1984) «After contraception: dispelling rumors about later childbearing» *POPULATION REPORTS. SERIES J: FAMILY PLANNING PROGRAMS*. Sep-Oct; (28):J697-731
- 199 MURRAY, J., LAGGER B., (2001) «Involuntary Childlessness and Voluntary Fertility Control During The Fertility Transition: Evidence from men who graduated from an American College» *POPULATION STUDIES* Vol 55 Number 1 March:25-36
- 200 ZAVOS PM., (1989) «Tabagisme: sterilite masculine et feminine» *Fertilite, Contraception, Sexualite*. Feb; 17(2):133-8
- 201 WebMD (2000) «A comprehensive overview of the causes of female infertility, with special emphasis on the treatment of underlying conditions and assisted reproduction» http://health.excite.com/content/dmk/dmk_article_40050 consultada mayo 28 de 2001
- 202 GANGE S. (2000) «There is very convincing evidence that tobacco lowers sperm count: The effects of alcohol are less clear-cut» en WebMD " <http://health.excite.com/content/article/1685.50228> consult mayo 28 de 2001
- 203 McFALLS, JA.; McFALLS, MH 1984(c)
- 204 WELLINGS,K. (1985)
- 205 RAO, KV. (1987) «Childlessness in Ontario and Quebec: results from 1971 and 1981 census data» *CANADIAN STUDIES IN POPULATION*. 14(1):27-46
- 206 POSTON, DL. JR; ROGERS, RG. (1986) *Development and childlessness in the states and territories of Brazil* University of Texas at Austin, Texas Population Research Center, 1986. 32, [3
- 207 BALDWIN, WH., NORD, CW. (1984) «Delayed childbearing in the U.S.: facts and fictions» *POPULATION BULLETIN* Nov; 39(4):1-42
- 208 Poston, DL. Jr; Kramer, KB
- 209 RAO, KV. (1987)
- 210 Baldwin, WH., Nord, CW. (1984)
- 211 ABMA, JC. PETERSEN LS. (1995) «Voluntary childlessness among U.S. women: recent trends and determinants». Presented at the *ANNUAL MEETING OF THE POPULATION ASSOCIATION OF AMÉRICA*, San Francisco, California April 1995
- 212 HATCHER R.A., RINEHART W., BLACKBURN R., GELLER J.S. Y SHELTON J.D. (1.999) *Lo esencial de la tecnología anticonceptiva*. Baltimore, Universidad de Johns Hopkins, Programa de Información en Población
- 213 PÉREZ P.(1.998) *La quinta libertad. Guía de métodos anticonceptivos* Colección Mujer y Salud. Ediciones Pirámide. Madrid.
- 214 Hatcher R.A., Rinehart W., Blackburn R., Geller J.S. y Shelton J.D. (1.999)
- 215 HAYMAN S. (1.995) *Guía de los métodos anticonceptivos. Los pros y los contras de cada opción* Paidós. Cuerpo y Salud. Barcelona pag. 94
- 216 Hatcher R.A., Rinehart W., Blackburn R., Geller J.S. y Shelton J.D. (1.999)
- 217 BULATAO R. (1.989) "Toward a framework for understanding contraceptive method choice" en *Readings in Population Research Methodology* Vol. 7 pag. 25-104/25-107
- 218 WHO (1.990) *Norplant Contraceptive Subdermal Implants. Managerial and Technical Guidelines* Ginebra Pag. 46-47.
- 219 HATCHER R.A., RINEHART W., BLACKBURN R., GELLER J.S. y Shelton J.D. (1.999) Apéndice pag. A1-A8
- 220 Hatcher R.A., Rinehart W., Blackburn R., Geller J.S. y Shelton J.D. (1.999) *Introducción y dedicatoria*, pag ix
- 221 PÉREZ P.(1.998) pag. 104
- 222 PÉREZ P.(1.998) pag. 113
- 223 PÉREZ P.(1.998) pag. 27
- 224 STROBL I. (1.994) *Fruto extraño. Sobre política demográfica y control de población* VIRUS editorial Barcelona pag 59 y 68
- 225 ISRAEL G., DACACH S. *As rotas do Norplant. Desvíos da contracepção*. s.f. pag. 28
- 226 Hatcher R.A., Rinehart W., Blackburn R., Geller J.S. y Shelton J.D. (1.999) pag. 13-4
- 227 Hatcher R.A., Rinehart W., Blackburn R., Geller J.S. y Shelton J.D. (1.999) pag. 12-4
- 228 HAYMAN S. (1995)
- 229 ELLERSTON CH. (1.996) «History and efficacy of emergency contraception: beyond Coca-Cola» *INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES* Vol. 21 N° 2
- 230 CORBELLA J. (2001) «Llega el anillo vaginal anticonceptivo» *La Vanguardia – Sociedad* lunes 10 de diciembre
- 231 *Ponencias* III Congreso Estatal de Planificación Familiar. Valladolid, mayo de 1987 pag 42-43
- 232 MAHLER (1993) «Testosterone Injections Suppress sperm Production, Providing Effective Level of Contraceptive Protection» *INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES* Vol. 22 N° 4
- 233 SENIOR K. (2001) «Non hormonal male contraceptive on the horizon?» *Science and Medicine The Lancet* Vol 358 october 13, 2001:1244
- 234 SOROODI-MOGHADDAM S. (1.996) «Quinacrine pellet method of nonsurgical female sterilization in Iran: preliminary report on a clinical trial. 1990-1994 » *INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES* Vol. 22 N° 3 sept: 122-123 y 127
- 235 RUIZ M., (1.997) «Factores de riesgo de la salud materno infantil. Colombia» PROFAMILIA-UNFPA. Santa Fe de Bogotá

- 236 BALAGUER S. (1.977) «Anticoncepción a la española: todas somos delincuentes» Reportaje. En *VINDICACIÓN FEMENINA* Nº 7 enero
- 237 ROSENFELD A. (1.989) «Modern contraception: a 1989 update» *ANNUAL REVIEW OF PUBLIC HEALTH* 10 pp 385-401 transcrito en *READINGS IN POPULATION RESEARCH METHODOLOGY*. "Research on Contraception and Family Planning" Vol. 7 Capítulo 25 Pag. 25-4
- 238 MOLINA A. (1.997) «Atualização e controvérsias no campo da saúde reprodutiva» 8º Programa de Estudos em Saúde reprodutiva e Sexualidade» Módulo IV UNICAMP-NEPO
- 239 MOLINA A. (1.997) pag. 9
- 240 ROSENFELD A. (1.989) pag 25-6
- 241 HOLLANDER (1.996) «Third-generation ills may elevate risk of venous thromboembolism, slightly lower heart attack risk» *INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES* Vol. 22 Nº 2 pag. 3-4
- 242 DONOVAN (1.995) «Pill use appears likely to increase risk of some forms of cervical cancer» *INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES* Vol. 21 Nº 2 pag. 82-83
- 243 TOMAS ET AL.(1995) «Depot-medroxyprogesterone acetate (dmpa) and risk of invasive adenocarcinomas and adenosquamous carcinomas of the uterine cervix» *CONTRACEPTION* 52: 307-312
- 244 MOLINA A. (1.997) pag. 11
- 245 PÉREZ P.(1.998) pag. 106
- 246 HAYMAN S. (1995) pag. Pag 39
- 247 WHO (1.990) pag. 11
- 248 Hatcher R.A., Rinehart W., Blackburn R., Geller J.S. y Shelton J.D. (1.999) pag. 6-6
- 249 WHO (1.990) pag. 78
- 250 Hatcher R.A., Rinehart W., Blackburn R., Geller J.S. y Shelton J.D. (1.999) pag. 8-5
- 251 Hatcher R.A., Rinehart W., Blackburn R., Geller J.S. y Shelton J.D. (1.999) pag. 12-5
- 252 STROBL I. (1.994) pag. 57
- 253 ROSENFELD A. (1.989) pag 25-7
- 254 Balogh S.A. Ladipo O.A., Ekwempu C.C., Diejomaoh M., Fakeye O. Otubu J.A.M., Okpere E., Otolorin E.O., Towobola O.A., Grubb G. (1.992) «Tres años de experiencia con los implantes anticonceptivos Norplant en Nigeria» *Family Health International. Serie de traducciones FHI Nº 1S*. Pag. 5
- 255 HARDEE K., KHUDA B., GHULAM M., RAHMAN S., MCMAHAN J. (1.994) «Contraceptive Implant Users and Their acces to removal services in Bangladesh» *INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES* Vol. 20 Nº 2
- 256 BALOGH S.A. et al (1.992) pag. 6
- 257 FAUNDES A., DIAZ J., AGUINAGA H., NETO S., MELLO C., ARAUJO F. (1.992) «Estudio brasileiro com os Implantes anticoncepcionais Norplant® até três anos de uso» *FEMINA* 20 (3):196-205
- 258 POPULATION COUNCIL (1.993) *Introducing Norplant Implants in Developing Countries. What NGO's, women's health advocates, and the media should know about Norplant Implants* New York.
- 259 Hatcher R.A., Rinehart W., Blackburn R., Geller J.S. y Shelton J.D. (1.999) pag. 11-4
- 260 Hatcher R.A., Rinehart W., Blackburn R., Geller J.S. y Shelton J.D. (1.999) pag. 13-4
- 261 ROSENFELD A. (1.989) pag 25-7
- 262 MOLINA A. (1.997) pag. 13
- 263 Hatcher R.A., Rinehart W., Blackburn R., Geller J.S. y Shelton J.D. (1.999) pag. 12-4
- 264 HAYMAN S. (1995)
- 265 MOLINA A. (1.997) pag. 17
- 266 MOLINA A. (1.997) pag. 24
- 267 SHAPIRO H.I. (1980) *Anticonceptivos. El libro del Control de la natalidad* Ed. Bruguera. Barcelona 266-295
- 268 HATCHER R., KOWAL D., GUEST F., et al (1989) *Contraceptive Technology: International Edition* Atlanta USA pag. 122-275
- 269 Van de WALLE, E. (1.999) pag. 120
- 270 WEISNER, M. (1.982) pag. 188
- 271 ZAMUDIO L., RUBIANO N., WARTENBERG L. (1999) «El aborto inducido en Colombia: características demográficas y socioculturales» en *El aborto inducido en Colombia* Cuadernos del CIDS Serie I Número 3 Universidad Externado de Colombia. Bogotá. Pag. 98-102
- 272 ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (1996) «An Overview of Clandestine Abortion in Latin America» <http://www.aqi-usa.org/pubs/ib12.html> (página consultada en 11-10-2000)
- 273 THE HOPE CLINIC FOR WOMEN LTD. www.hopeclinic.com/typesofab.htm (página consultada en 10-02-2001) GraniteCity, IL, USA
- 274 CLÍNICA TUTOR MÉDICA www.tutormedica.com/esp/aborto.htm (página consultada en 10-02-2001)
- 275 THE HOPE CLINIC FOR WOMEN LTD. (página web consultada en 10-02-2001)
- 276 PLANNED PARENTHOOD OF HOUSTON & SOUTHEAST TEXAS http://www.pphouston.org/sp_abque.htm (consultada en 12-02-2001)
- 277 BOSTON WOMEN'S HEALTH COLECTIVE (1.982) *Nuestros cuerpos, nuestras vidas* Versión española de "Our bodies, ourselves" ICARIA EDITORIAL, Barcelona pag. 226
- 278 THE HOPE CLINIC FOR WOMEN LTD. (página web consultada en 10-02-2001)
- 279 PLANNED PARENTHOOD OF HOUSTON & SOUTHEAST TEXAS http://www.pphouston.org/sp_abque.htm (consultada en 12-02-2001)
- 280 THE HOPE CLINIC FOR WOMEN LTD. (página web consultada en 10-02-2001)

- 281 PLANNED PARENTHOOD OF HOUSTON & SOUTHEAST TEXAS http://www.pphouston.org/sp_abque.htm (consultada en 12-02-2001)
- 282 Boston Women's health Colective (1.982 pag. 228)
- 283 COMISIÓN PRO-DERECHO AL ABORTO (1.992) «La RU-486» Boletín de la Comisión Pro-derecho al Aborto del Movimiento Feminista marzo
- 284 THE HOPE CLINIC FOR WOMEN LTD. (página web consultada en 10-02-2001)
- 285 Comisión Pro-derecho al Aborto (1.992)
- 286 THE HOPE CLINIC FOR WOMEN LTD. (página web consultada en 10-02-2001)
- 287 Boston Women's Health Colective (1.982) pag. 227
- 288 PLANNED PARENTHOOD FEDERATION OF AMERICA (2001) «Aumento en las opciones de las mujeres para obtener un aborto prematuro» http://www.plannedparenthood.org/library/facts/mif_spanish.html (consultada en 12-02-2001)
- 289 HUNTER J., DAVIS J. (1.996)
- 290 PONS, C., GROSSMAN, M. (2000) «Técnicas de reproducción humana asistida» en *Factores Psicológicos de la Infertilidad* obra dirigida por Carmen Moreno Rosset. Capítulo 5. ed. Sanz y Torres, Madrid. Pag. 111
- 291 TERRASA, L. (2000) «Reproducción e infertilidad: visión histórica y antropológica» en *Factores Psicológicos de la Infertilidad* obra dirigida por Carmen Moreno Rosset. Capítulo 2. ed. Sanz y Torres, Madrid. Pag. 29
- 292 PONS, C., GROSSMAN, M. (2000) pag. 105
- 293 DEL BARRIO, V. (1995) «Análisis de las características representativas de las familias con reproducción asistida» en *Factores Psicológicos de la Infertilidad* obra dirigida por Carmen Moreno Rosset. Capítulo 9. ed. Sanz y Torres, Madrid.
- 294 TOULEMON L., 1995 (b) «Les solutions apportées aux problèmes de stérilité et leur impact sur le risqué de rester sans enfant» *POPULATION* 5^e année 4-5 juillet-octobre:1212-1218
- 295 TOULEMON L. (1995) (b)
- 296 TOULEMON L. (1995) (b)
- 297 TOULEMON L. (1995) (b) pag1215
- 298 TOULEMON L. (1995) (b) pag1217
- 299 INE (1.978) " Encuesta de Fecundidad.1.977. Metodología y Resultados" Madrid
- 300 INE (1.987) " Encuesta de Fecundidad.1.985.Tomo I" Madrid
- 301 DELGADO M., CASTRO T. (1.999) «Standard Country Report: Spain 1.995» *Fertility and Family Surveys (FFS) in Countries of the ECE Region*. UNITED NATIONS New York and Geneve
- 302 MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1999) "Notificación de Interrupción Voluntaria del Embarazo" Madrid
- 303 DELGADO M. (1999) «La evolución reciente de la fecundidad y el embarazo en España: la influencia del aborto» *REVISTA ESPAÑOLA DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS* 87 Julio-septiembre 1999. Pag 83-116
- 304 HENSHAW S., SINGH S., HAAS T. (1999) «La incidencia del aborto a nivel mundial» *PERSPECTIVAS INTERNACIONALES EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR*, Número especial, consultado en <http://www.agi-usa.org/pubs/journals/25spa01699.html> (consultada en 5-10-2000)
- 305 AVDEEV A., TROITSKAIA (1999) «New Features in Abortion dynamics in Russia in the 1990's» *FERTILITY, CONTRACEPTION AND REPRODUCTIVE HEALTH. EUROPEAN POPULATION CONFERENCE* 1.999 Sesión A5.
- 306 SINGH S., WULF D. (1994) «Estimated levels of induced abortion in six Latin American Countries» *INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES* Vol 20 N° 1 march
- 307 SINGH S., WULF D. (1994) Methodologic Appendix
- 308 HENSHAW S., SINGH S., HAAS T. (1999)
- 309 MATORRAS R. (2001) «El Rincón de la Estadística. Registro Español de FIV-ICSI. 1998» *BOLETÍN SEF* Vol.10 N° 1: 23-37
- 310 INE (1.978) pag. 180, **cuadro** 4.8
- 311 INE (1.978) pag. 192, **cuadro** 4.14
- 312 INE (1.987) pag. 32, 169, 269
- 313 TOULEMON L., GUIBERT-LANTOINE C. (1.988) «Standard Country Report: France, 1994 » *Fertility and Family Surveys (FFS) in Countries of the ECE Region*. UNITED NATIONS New York and Geneve
- 314 DE SANDRE P., ONGARO F., RETTAROLI R., SALVINI S., (1.988) «Standard Country Report: Italy 1996» *Fertility and Family Surveys (FFS) in Countries of the ECE Region*. UNITED NATIONS New York and Geneve
- 315 NOACK T., OSTBY L. (1.996) «Standard Country Report: Norway 1.988» *Fertility and Family Surveys (FFS) in Countries of the ECE Region*. UNITED NATIONS New York and Geneve
- 316 ZHENG W. (1.999) «Standard Country Report: Canada 1.990» *Fertility and Family Surveys (FFS) in Countries of the ECE Region*. UNITED NATIONS New York and Geneve
- 317 DELGADO M., CASTRO T. (1.998) tabla 19, pag 85
- 318 OJEDA G. (1.997) *Dinámica Anticonceptiva. Discontinuación del uso de métodos anticonceptivos, cambios y tasas de falla*. Colombia ENDS 1.995 PROFAMILIA-UNFPA Bogotá
- 319 ORDÓÑEZ M. (1.994) «La Dinámica Anticonceptiva en Colombia Discontinuación del uso de métodos anticonceptivos, cambios y tasas de falla». *Seminario sobre la dinámica anticonceptiva en América Latina* Macro International Inc. Calverton, Maryland USA.
- 320 ORDÓÑEZ M. (1.992) *La necesidad insatisfecha y la demanda total de planificación familiar en Colombia, 1.990* DHS-CELADE. Santiago de Chile.
- 321 WESTOFF C. (1.988) «La demanda potencial de planificación familiar. Nuevo cómputo de la necesidad insatisfecha y estimaciones para cinco países latinoamericanos» en *PERSPECTIVAS INTERNACIONALES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR*. Número especial de 1.988

- 322 ORDÓÑEZ M. (1.992). pag.4
- 323 VIKAT A., KASUNEN E., RIMPETA M. «Reserval of the Finnish abortion trend in the mid-1990's» *FERTILITY, CONTRACEPTION AND REPRODUCTIVE HEALTH. EUROPEAN POPULATION CONFERENCE 1.999 Sesión A5.*
- 324 STOYANOVA V., RICHARDS J., (1999) «Induced abortions in Bulgaria. Trends during the period 1986-1996» *Fertility, Contraception and Reproductive Health. European Population Conference 1.999 Sesión A5.*
- 325 TOULEMON, L. (1995) (a) "Très peu de couples restent volontairement sans enfants" *POPULATION* 50° année juillet-octobre
- 326 PRESSAT R. (1987) "Diccionario de Demografía" OIKUS-TAU S.A. Ediciones Barcelona. Pag.64
- 327 PRESSAT R. (1987) Pag.63
- 328 KARMAUS W. JUUL S. «Infertility and Subfecundity in Population based samples from Denmark, Germany, Italy, Poland and Spain» *EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH* 1999; 9:229-235
- 329 LERIDON, H. (1991) «Sterilite et hypofertilité: du silence à l'impatience?» *POPULATION*. Mar-Apr; 46(2):225-47
- 330 ANDREWS, FM., ABBEY, A., HALMAN LJ. (1993) «Changes in life quality as related to changes in parental status among fertile and fertility-problem couples» en: *INTERNATIONAL POPULATION CONFERENCE* Montreal, 24 August - 1st September. Volume 2, [compiled by] International Union for the Scientific Study of Population [IUSSP]. Liege, Belgium, IUSSP, 1993:165-76
- 331 RAJULTON, F., BALAKRISHNAN, TR., RAVANERA, ZR. (1990) «Measuring infertility in contracepting populations», *POPULATION STUDIES CENTRE*, Jun. 21 p. (Population Studies Centre Discussion Paper No. 90-6) London, Canada, University of Western Ontario
- 332 TRUSSELL, J., WILSON, C. (1985) «Sterility in a population with natural fertility» *POPULATION STUDIES*. jul; 39(2):269-86
- 333 Toulemon L., Guibert-Lantoine C. (1.988)
- 334 Nikander T. (1.988) «Standard Country Report: Finland,1990» *Fertility and Family Surveys (FFS) in Countries of the ECE Region*. POPULATION STATISTICS-UNITED NATIONS New York and Geneva
- 335 ZVIDRINS P., EZERA L., GREITANS A. (1.998) «Standard Country Report:: Latvia» *Fertility and Family Surveys (FFS) in Countries of the ECE Region*. UNITED NATIONS New York and Geneva
- 336 OJEDA G. (1.997). pag. 69
- 337 Delgado M., Castro T. (1.999), pag. 38
- 338 HATCHER r., KOWAL D., GUEST F., et al (1989) *Contraceptive Technology: International Edition* Atlanta USA pag. 250
- 339 VISCASILLAS P. (1999) «Fertilidad posterior a la esterilización tubárica» *Fecunditat, Demografia i anticoncepció a les portes del segle XXI*. En XII SIMPOSI DE LA SOCIETAT CATALANA DE CONTRACEPCIÓ. Barcelona
- 340 HATCHER r., KOWAL D., GUEST F., et al (1989) pag.274
- 341 AVDEEV A., TROITSKAIA (1999) Tabla 2
- 342 GOLDBERG H., SHERWOOD F-L., BODROVA V. (1999) «Birth Prevention Practices in Three Russian Cities» *Fertility, Contraception and Reproductive Health. EUROPEAN POPULATION CONFERENCE 1.999 Sesión A5.*
- 343 PASTOR K. (1999) «Determinants of Abortion Rate: Slovak Republic Data 1958-1997» *Fertility, Contraception and Reproductive Health. EUROPEAN POPULATION CONFERENCE 1.999 Sesión A5*
- 344 BANKOLE A., SINGH S., HAAS T. (1999) «Characteristics of Women who Obtain Induced Abortion: A Worldwide Review» *INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES* Vol. 25 N° 2 June.
<http://www.aqi-usa.org/pubs/journals/2506899.html> (consultada en 29-01-2001)
- 345 RODRÍGUEZ C., SENDRA j., REGIDOR E., GUTIÉRREZ J., ÍÑIGO J., (1994) «Propuesta de un método para estimar la subnotificación del aborto inducido practicado en España» Subdirección General de Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo. *GACETA SANITARIA* N° 41 Vol. 8 pp. 63-70
- 346 BLAYO C. (1995) «L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976» *POPULATION* 3 pag. 779-810.
- 347 BLAYO C. (1995) Tabla 3, pag. 784.
- 348 LEGARDE C. (1997) «Experiencias: La situación del aborto en Francia» *DIÁLOGOS* Marzo 97
- 349 ISERTE I., comunicación personal, Barcelona, septiembre 2001
- 350 GASCÓ-CANO M. (1990) *Aborto en España* FPFE. Madrid
- 351 TIETZE C. (1990) «Informe Mundial sobre el aborto» citado en *La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo XX*, Apéndice IBÁÑEZ Y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) Siglo XXI Editores. Madrid
- 352 RODRÍGUEZ C., SENDRA J., REGIDOR E., GUTIÉRREZ J., ÍÑIGO J., (1994)
- 353 PEIRÓ R., COLOMER C., ASHTON J., ÁLVAREZ C. (1994) «Abortos inducidos en mujeres españolas en Inglaterra y Gales (1974-1988)» *GACETA SANITARIA* Marzo-abril N° 41, Vol. 8: 57-62
- 354 ARACIL E. DE LA MATA I. (s.f.) «La interrupción voluntaria del embarazo: características de la intervención médica. España 1987-1992» *V Congreso Español de Sociología 2ª Sesión: Necesidades de la Población, estilos de vida saludables y calidad de vida*
- 355 ARACIL E (s/f) *Aborto inducido en España. Marco General* (fotocopia de transparencias)
- 356 ARACIL E., GARCÍA L., DE LA MATA I. (1999) «Not only young and single: sociodemographic characteristics of abortion women in Madrid» *European Population Conference Session A5. Contraception and Abortion* The Hague
- 357 MOMPART A., PÉREZ G. (1998) "El impacto de la interrupción voluntaria del embarazo sobre la fecundidad en Cataluña" *GACETA SANITARIA* Enero-Febrero Vol. 12 Num 1: 3-8
- 358 DELGADO M., (1999) "La evolución reciente de la fecundidad y el embarazo en España: la influencia del aborto" *REVISTA ESPAÑOLA DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS* 87 julio-septiembre
- 359 IBÁÑEZ Y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) Apéndice que recoge las tablas de "Informe Mundial sobre el aborto" Suplemento de 1990
- 360 RODRÍGUEZ C., SENDRA j., REGIDOR E., GUTIÉRREZ J., ÍÑIGO J., (1994)
- 361 MOMPART A., PÉREZ G. (1998)

- 362 DELGADO M., (1999)
- 363 KARMAUS W., JUUL S., (1999) Tabla 1
- 364 HAMMERSLOUGH CR., (1992) «Estimating the probability of spontaneous abortion in the presence of induced abortion and viceversa» *PUBLIC HEALTH REPORTS, VOL 107 ISSUE 3 269-267*
- 365 BANKOLE A., SINGH S., HAAS T(1999)
- 366 CABRÉ A., DOMINGO A., PÉREZ J., MIRET P., AJENJO M., TREVIÑO R. (2000) *Demografía: una cuestión de dos sexos y cuatro generaciones* CDE – UAB Barcelona
- 367 TOULEMON, L. (1995) pag: 1086
- 368 Diario Barcelonaym@s 5 de marzo de 2002 : 5
- 369 Hatcher R.A., Rinehart W., Blackburn R., Geller J.S. y Shelton J.D. (1.999) pag. 13-4
- 370 SCHULZ (1.996) Pag. 5-1
- 371 SCHULZ (1.996) Pag. 4-1
- 372 SCHULZ (1.996) Pag. 5-1
- 373 MCLAREN A. (1.993) Historia de los anticonceptivos. De la antigüedad a nuestros días Minerva Ediciones. Madrid
- 374 Citado por MCLAREN op. cit.
- 375 MCLAREN (1.993) pag 252
- 376 MCLAREN (1.993) pag. 255
- 377 PÉREZ P. (1.998) *La quinta libertad. Guía de métodos anticonceptivos* Ediciones Pirámide. Madrid pag 16
- 378 MCLAREN (1.993) pag. 264
- 379 SCHULZ, W. (1.996) *Anticoncepción hormonal. Por una libre elección.* Schering España. Madrid
- 380 POPULATION COUNCIL (1.993) *Introducing Norplant Implants in Developing Countries* New York
- 381 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) *La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo XX.* Siglo XXI Editores. Madrid
- 382 QUINTANO RIPOLLÉS A. (1.962) «Tratado de la Parte Especial de Derecho Penal, t.I; Infracciones contra las personas» Capítulos XV, XVI, XVII y XVIII. *Revista de Derecho Privado.* Madrid.
- 383 GAFO J. (1.979) *El aborto y el comienzo de la vida humana.* Sal Terrae. Santander
- 384 MIR PUIG, S (Ed) (1.983) *La despenalización del aborto* Universidad Autónoma de Barcelona.
- 385 Van de WALLE, E. (1999) pag. 118
- 386 BERISTAIN, A. (1980) «Interrupción voluntaria del embarazo: reflexiones teológicas-jurídicas», comunicación presentada a la II Jornadas Italo-franco-luso-españolas de Derecho Penal, Ávila-Alcala de Henares junio 1980 publicado en *La despenalización del aborto*, Santiago Mir (ed) UAB, Barcelona 1983 pag. 43
- 387 QUINTANO RIPOLLÉS A. (1.962) pp 481-482 citado por IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag.66
- 388 QUINTANO RIPOLLÉS A. (1.962) pp 484-485 citado por IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 72
- 389 QUINTANO RIPOLLÉS A. (1.962) pp. 485-486 citado por IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 72-73
- 390 GAFO J. (1.979) pag. 116 citado por IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag.71
- 391 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 71
- 392 HERNÁNDEZ G. (1.991) *El aborto en España. Análisis de un proceso socio-político* Editorial de la Universidad Complutense de Madrid. Colección Tesis doctorales N° 102/91. Pag. 142
- 393 HUERTA, S. (1.983) «Criterios para la reforma del aborto delicto» en *La despenalización del aborto*, Santiago Mir (ed) UAB, Barcelona 1983 pag. 11
- 394 IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag. 74
- 395 GAFO J. (1.979) pag. 208 citado por IBÁÑEZ y GARCÍA-VELASCO, J. (1.992) pag.161
- 396 HAYMAN S. (1995)
- 397 HOLCK S., ONÍS M DE. , VILLAR J. . (1992) «Anticoncepción: efectos beneficiosos y colaterales» en *LA MUJER Y LA SALUD EN ESPAÑA. INFORME BÁSICO.* Vol. 2, 29 Instituto de la mujer.
- 398 PÉREZ P.(1.998) pag. 175.
- 399 SCHULZ W. (1996) *Anticoncepción hormonal. Por una libre elección.* Schering España S.A.
- 400 Hatcher R.A., Rinehart W., Blackburn R., Geller J.S. y Shelton J.D. (1.999)
- 401 HAYMAN S. (1995)
- 402 Holck S., Onís M de. , Villar J. (1992)
- 403 PÉREZ P.(1.998) pag. 175.
- 404 Schulz W (1996)
- 405 Hatcher R.A., Rinehart W., Blackburn R., Geller J.S. y Shelton J.D. (1.999)