
SOCIOLOGIA DE LA POBLACION Y CONTROL DE LA NATALIDAD EN ESPAÑA

What are little boys made of?
What are little boys made of?
Frogs and snails
And puppy-dogs' tails,
That's what little boys are made of

MOTHER GOOSE

Jesús M. de Miguel

Desde 1964 la sociología de la población en España se ha venido ocupando del tema de las actitudes ante el control de natalidad, y la utilización de diversos métodos. Falta, sin embargo, un estudio global que investigue la evolución de las diversas pautas sobre planificación familiar. Otra laguna importante es la carencia de análisis sobre la mejor encuesta que existe hasta la fecha, realizada en 1977 por el Instituto Nacional de Estadística: *Encuesta de fecundidad: Metodología y resultados* (Madrid, INE, 1978), a una muestra de cerca de seis mil mujeres (no-solteras), de quince a cuarenta y nueve años de edad, en toda España. En las páginas que siguen se tratan de subsanar estos dos fallos, partiendo de unas nociones básicas sobre lo que se entiende actualmente por «control de natalidad» en el mundo. Seguidamente, se presentan los estudios sociológicos más importantes realizados en España en los últimos dieciséis años. Se analizan las ideologías sobre control de natalidad, su evolución e importancia numérica del tema. Un aspecto ya

Estas páginas fueron escritas en los meses de diciembre de 1979 y enero de 1980; no incluye, pues, datos aparecidos con posterioridad. Agradezco también la ayuda técnica de Lourdes Rubio Vergés y los recursos institucionales de la Universidad Autónoma de Barcelona.

estudiado en la bibliografía es el del «número ideal» de hijas e hijos, que aquí lo relacionamos con los embarazos queridos y los habidos. En la parte central del presente estudio se introduce la distinción esencial entre pautas de *limitación* y de *espaciamento* en el control de natalidad, y entre el conocimiento, utilización-alguna vez y utilización-actual de métodos de control. Definimos el indicador más sensible para medir actitudes sobre fecundidad en la actualidad (el *porcentaje de mujeres-casadas que controlan la natalidad en el intervalo protogenésico*). Se investiga además la influencia de algunas variables básicas: número de hijas e hijos, edad de la mujer, número de años de casada, situación laboral, distribución geográfica, estratos rural-urbano, clase social, educación y religiosidad. Esta parte central termina con una elaboración teórica sobre las pautas de control en relación con los criterios de *racionalidad* y *seguridad*. Dentro del control de natalidad se incluyen al final (algunas) ideas y (pocos) datos sobre el tema de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Las páginas que siguen sirven además de introducción al estudio más profundo de los métodos de contracepción en España.

¿Qué es el control de natalidad?

La planificación familiar, divorcio, relaciones sexuales pre-matrimoniales, aborto y eutanasia son algunos de los temas más controvertidos en la actual sociedad española. Durante la década de los ochenta van a generar —no sólo actitudes opuestas, sino además— pautas de acción cambiantes. En el caso concreto del *control de natalidad*, pueden todavía aplicarse aquellas palabras del proto-sociólogo Rafael Altamira, escritas al filo de 1898: «Uno de los escollos en que más a menudo tropieza la investigación científica es la vaguedad o la multiplicidad de sentidos de las palabras que expresan conceptos fundamentales. Cuando esas palabras se refieren a elementos de la vida práctica social y entran en lo que puede llamarse *latu sensu* política sociológica, el obstáculo llega a ser tan grande que hasta puede originar, con la exageración de las interpretaciones contrarias, una lucha armada; siendo lo grave que las divergencias de este género son las más difíciles de reducir»¹. Todavía, a veces, el control de natalidad se confunde con oscuras teorías racistas, aborto criminal, la defensa militante del crecimiento-cero-de la natalidad; o se relaciona con la decadencia de la civilización occidental, la ola de inmoralidad, turbios manejos de prostitutas, u ocultas prácticas para evitar enfermedades venéreas. Como todo lo relacionado con el sexo y la procreación viene acompañado de mitos y creencias populares de lo más variopinto; incluso entre los científicos sociales. De lo que no hay duda ya —ciento ochenta y dos años después de Malthus— es que los contemporá-

¹ Manejamos aquí la segunda edición "corregida y muy aumentada": Rafael ALTAMIRA, *Psicología del pueblo español* (Barcelona, Minerva, 1917), p. 37.

neos tenemos que considerar algún tipo de *control de la población*, o disminución relativa del crecimiento del número de habitantes en el globo terráqueo. La única diferencia estriba en saber si va a consistir en un control impuesto por la naturaleza (hacinamiento, esterilidad, falta de alimentos o recursos, epidemias) o en una elección más o menos libre del ser humano (control de natalidad en sus múltiples variantes, guerra)².

Las expresiones «control de natalidad», «control de los nacimientos», «planificación familiar», «regulación de los nacimientos» (entre otras), son usadas intercambiamente. Nosotros utilizamos aquí la primera (traducción de *birth control*) ya que desde su acuñación en 1910-1920 ha sido la más utilizada. El control de natalidad incluye a su vez diversos conceptos: *contracepción* o *anticoncepción* (aplicación de métodos para que el coito no produzca la concepción); *aborto* o *interrupción voluntaria del embarazo* (IVE) (extracción del producto de la concepción antes del parto y antes de que sea viable el feto), y *esterilización* (operación quirúrgica que incapacita la procreación). Las formas concretas de contracepción se suelen denominar *métodos contraceptivos* o *métodos anticonceptivos*. La abstinencia o continencia coital (abstención completa y prolongada de realizar el coito) no suele, generalmente, incluirse dentro del control de natalidad³.

La IVE (interrupción voluntaria del embarazo) se incluye en los manuales e investigaciones sobre control de natalidad⁴. La palabra «aborto» es altamente confusa en español, pues consiste en «parir antes de tiempo en que el feto puede vivir», ya sea voluntaria o involuntariamente. En inglés *abortion* (aborto provocado) se diferencia claramente de *miscarriage* (aborto espontáneo), pero no así en español. El uso internacional de *abortion* ha llevado al mal uso de «aborto» para referirse al provocado, creando múltiples confusiones entre los científicos sociales. A veces *miscarriage* se traduce por «malogración» o «pérdida» del feto, pero se utiliza poco, y sobre todo en el lenguaje popular (como eufemismo por «aborto»). Las estadísticas de «abortos» del Instituto Nacional de Estadística se refieren a abortos-espontáneos, y no a IVE (interrupciones voluntarias del embarazo).

El control de natalidad trata de la planificación del número de hijas e hijos, su espaciamento, la fecha a partir de la cual se desea el primer embarazo, y el último embarazo deseado. Así, pues, se refiere tanto a la *dimensión*

² Mitad en broma mitad en serio un conocido demógrafo ha sugerido que la solución al acertijo de la sobre-población mundial es el *canibalismo*; pues esta práctica a la vez que desciende la población aumenta los recursos alimenticios. Philip M. HAUSER, "Population control: More than family planning", *Journal of Medical Education*, 44, 2 (1969), p. 20.

³ La fuente de autoridad más utilizada en estas definiciones es el excelente: Naciones Unidas, *Diccionario demográfico plurilingüe: Volumen español* (Nueva York: ONU, 1959), pp. 46-54. Este diccionario fue preparado por la Comisión del Diccionario Demográfico de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, de la que formaban parte José Ros Jimeno y Marcelino Pascua.

⁴ *Birth Control Handbook*, 12.ª ed. (Montreal: Montreal Health Press, 1974), páginas 41-47.

final del número de hijas e hijos como al *espaciamiento de los nacimientos*. El control de natalidad no se realiza con el único propósito de disminuir el crecimiento mundial de la población, ni tampoco para facilitar un crecimiento económico global del país, sino que mantiene otros objetivos latentes, a veces de mayor importancia. Entre ellos: mejorar la salud de la mujer, y la de las otras hijas e hijos (si los hay) a través de un intervalo entre nacimientos mayor o más racional; disminuir los problemas económicos familiares y permitir una mejor educación de las hijas e hijos vivos; aumentar la racionalidad de las parejas⁵ sobre su vida, y el control sobre su propio cuerpo; reducir el número de abortos provocados ilegalmente y así disminuir la alta mortalidad femenina asociada; reducir el número de embarazos no queridos y de nacimientos ilegítimos; aumentar la igualdad social, entre personas ricas y pobres, analfabetos y universitarios. Con las palabras de los investigadores españoles: «La anticoncepción no pretende otra cosa que dar al acto sexual la espontaneidad y libertad que requiere para que pueda ser gratificador, y favorecer un derecho humano: el de tener el número de hijos que una pareja quiera y se vea capacitada para educar»⁶. El cambio en las pautas de control de natalidad no hace pues más que reflejar la transformación de la estructura social española.

La demografía es una disciplina llena de fracasos y equivocaciones: desde la mítica sobre-natalidad debida al apagón de Nueva York el 9 de noviembre de 1965, hasta la imposibilidad de obtener la tasa-cero-de crecimiento de la población mundial (ZPG)⁷. En España todo parece indicar que la población controla cada vez más la natalidad, *a pesar de* la demografía local y los demógrafos.

Un poco de historia

Para empezar, la dificultad de conseguir datos sobre control de natalidad en España es notoria⁸. La primera encuesta sobre el tema, en 1964, se limitó a preguntar a una muestra de *médicos*, en Barcelona, sobre los métodos

⁵ Somos conscientes de que el control de natalidad en muchos casos no es un tema de matrimonios y, a veces, incluso ni siquiera de parejas. Discúlpense, pues, las citadas expresiones a lo largo del análisis.

⁶ Santiago DEXEUS y Margarita RIVIERE, *Anticonceptivos y control de natalidad*, 4.ª ed. (Barcelona: La Gaya Ciencia-Bausán, 1978), p. 201. Recordar que el control de natalidad no es un tema únicamente de parejas. En los Estados Unidos, en 1973, el 43 por 100 de las viudas, separadas y divorciadas declararon utilizar algún método de control de natalidad. Puede suponerse una proporción al menos tan alta entre las solteras. No existen datos para las españolas, pues las estadísticas sólo se refieren a *mujeres-casadas*.

⁷ J. RICHARD UDRY, "The effect of the great blackout of 1965 on births in New York City", *Demography*, 7 (1970): 325-327.

⁸ Para un análisis de la bibliografía española, y sus avatares, puede verse, Jesús M. DE MIGUEL y MELISA G. MOYER, *Sociology in Spain* (Londres: Sage, 1978).

que ellos creían que utilizaban más sus clientes para controlar la natalidad. Eran pues datos muy poco fiables sobre la realidad del uso real por la población⁹. En 1969 el (segundo) *Informe FOESSA* realizó preguntas a una muestra nacional de amas-de-casa sobre sus opiniones respecto del control de natalidad, aunque todavía sin atreverse a inquirir sobre los métodos que utilizaban¹⁰. En concreto se preguntó en qué casos se podían emplear métodos anticonceptivos; su opinión sobre los médicos que recetan métodos de control de natalidad; si se puede hablar o no sobre el tema de *la píldora*, y su juicio sobre la supuesta utilización de anticonceptivos orales por un matrimonio no-católico. «La resistencia con que se tropezó, incluso para hablar del tema, fue bastante grande. La mayoría de las entrevistadas eran reacias a admitir los métodos modernos de planificación familiar y predominaba una vaga actitud de desconocimiento o de temor. Sólo había un pequeño margen de tolerancia entre las más jóvenes y más educadas»¹¹. En 1971, el sociólogo Juan Díez Nicolás (quien entre 1964 y 1966 ya había publicado diversos estudios sobre el tema)¹² aplicó una encuesta sobre *Natalidad y planificación familiar en España* a una muestra de 1.908 mujeres-casadas, de quince a cuarenta y cuatro años de edad. Todavía no se preguntaba abiertamente por las prácticas de control de natalidad, sino solamente sobre sus actitudes. Sin embargo, se obtuvieron unos porcentajes de no-contestaciones altos: desde el 21 por 100 a la pregunta de si conocían métodos de control de natalidad, hasta el 67 por 100 a la pregunta de cuál era el más difícil de adquirir en España.

⁹ Salustiano del Campo, "Los médicos ante el problema de la limitación de natalidad", *Revista Española de la Opinión Pública*, 1 (1965): 27-38. Fíjese el lector que en 1965 todavía se consideraba como un "problema". Este estudio era parte de una encuesta a 125 médicos en Barcelona: Salustiano DEL CAMPO, *Problemas de la profesión médica española: Informe preliminar* (Madrid: Comisión Nacional Española del Instituto Internacional de Estudios de Clases Medias, 1964), 87 pp.; véanse las preguntas del cuestionario aparecido ya en Salustiano DEL CAMPO, *La familia española en transición* (Madrid: Ediciones del Congreso de la Familia Española, 1960), que fue su tesis doctoral.

¹⁰ Amando DE MIGUEL et al., *Informe sociológico sobre la situación social de España, 1970* (Madrid: Euramérica, 1970), pp. 482-514. Véanse, sobre todo, las tablas 7.7 a 7.37 (pp. 500 a 514). La muestra general era aproximadamente de 4.000 mujeres en toda España, pero las preguntas concretas sobre control se realizaron a una submuestra de unas 570 mujeres (cuestionario "Extra C").

¹¹ Amando DE MIGUEL et al., *La pirámide social española* (Barcelona: Ariel, 1977), p. 68.

¹² Algunos de los estudios más importantes de Juan Díez Nicolás sobre el tema de control de natalidad son: Juan Díez NICOLÁS, "Status socioeconómico, religión y tamaño ideal de la familia urbana", *Revista Española de la Opinión Pública*, 2 (1965): 83-108; Luis GONZÁLEZ SEARA y Juan Díez NICOLÁS, "Progresismo y conservadurismo en el catolicismo español", *Anales de Sociología*, 1 (1966); Juan Díez NICOLÁS, "La mujer española y la planificación familiar", *Tauta: Medicina y Sociedad*, 8 (1973): 86-97; Juan Díez NICOLÁS, "Actitudes de la mujer española hacia los métodos de planificación familiar", *Revista Española de la Opinión Pública*, 31 (1973): 27-58; Juan Díez NICOLÁS, "La mujer española y el control de natalidad", *Reproducción*, 1-3 (1974).

En 1972 tres de los sociólogos que inicialmente se habían dedicado al análisis del control de natalidad en España se enzarzaron en una polémica sobre el decrecimiento o no de la natalidad en España en esa última década¹³. Las discusiones dieron origen, primero, a detallados análisis de las tasas de natalidad por años y meses¹⁴ y, posteriormente, a estudios más generales sobre política demográfica y sanitaria¹⁵. Finalmente, en 1977, el Gobierno decidió realizar el primer *Seminario sobre Planificación Familiar*, organizado por la Dirección General de Sanidad (en Mahón), para definir una política nacional de control de natalidad (incluyendo la IVE). Como suele suceder en España las conclusiones de ese seminario quedaron en papel mojado, y todavía hoy no existe un programa nacional de planificación familiar.

Hacia 1977 el Instituto Internacional de Estadística, con el apoyo de las Naciones Unidas, promovió un estudio internacional comparativo sobre pautas de fecundidad y control de natalidad. El Instituto Nacional de Estadística español se encargó de la realización de una encuesta a 5.814 mujeres, casadas alguna vez, y de quince a cuarenta y nueve años de edad¹⁶. Las entrevistas se realizaron entre los meses de noviembre y diciembre de 1977, y el informe final *Encuesta de fecundidad: Metodología y resultados* fue publicado en mayo de 1978¹⁷. Se editó, además, un folleto —de supuesta difusión popular— con algunos de los datos más importantes¹⁸. La población total

¹³ Para un resumen de la polémica puede verse el relato de Amando DE MIGUEL, *Sexo, mujer y natalidad en España* (Madrid: Edicusa, 1974), especialmente las páginas 131 a 167.

¹⁴ Jesús M. DE MIGUEL, *El ritmo de la vida social: Análisis sociológico de la dinámica de la población en España* (Madrid: Tecnos, 1973), pp. 81-95, 146-185 y 251-273.

¹⁵ Salustiano DEL CAMPO, *La política demográfica en España* (Madrid: Edicusa, 1974); Jesús M. DE MIGUEL, *La sociedad enferma: Las bases sociales de la política sanitaria española* (Madrid: Akal, 1979). Para un análisis de los datos más importantes sobre control de natalidad en España anteriores a 1976 puede verse: Marcos SANZ, *La sexualidad española: Una aproximación sociológica* (Madrid: Ediciones Paulinas, 1975), pp. 107-122.

¹⁶ Es decir, el universo estaba compuesto por las mujeres (casadas alguna vez), nacidas entre 1927 y 1962, y residentes en el territorio español.

¹⁷ Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de fecundidad: Metodología y resultados* (Madrid: INE, 1978), 227 pp. (más anexos). La citada encuesta, a pesar de los "retoques" a que fue objeto en España, fue atacada por sectores conservadores: "El compromiso a que había llegado la Dirección del INE fue visto con recelo por determinados grupos sociales que iniciaron una campaña contra esta investigación esgrimiendo argumentos legales y mediante una campaña de prensa" (p. 8). No se pudieron incluir preguntas sobre métodos concretos de control de natalidad (salvo los mencionados de *motu proprio* por la entrevistada). Se continuó afirmando que la encuesta iba a "constituir un asalto a la vida íntima de los matrimonios con objeto de divulgar unos métodos que incluso podrían acarrear descomposición familiar" (*sic*) (p. 10).

¹⁸ INE, *La fecundidad en España: diciembre 1977* (Madrid: INE, 1978), 45 páginas. Salvo este breve comentario de la citada encuesta sólo se publicaron las tablas estadísticas (y no todas), sin un análisis posterior.

a investigar suponía 5,2 millones de mujeres-no-solteras¹⁹, obteniéndose al final, aproximadamente, 1,1 entrevistas por cada 1.000 mujeres (no-solteras), de quince a cuarenta y nueve años de edad, de todas las regiones y nacionalidades de España. Los datos de esta encuesta son los mejores que en este momento poseemos sobre el control de natalidad en España, aun cuando inexplicablemente todavía no han sido analizados. Las siguientes páginas tratan de llenar ese vacío científico mediante un análisis pormenorizado de los datos publicados.

La reserva moral de occidente

Desarrollo económico y control de natalidad son dos fenómenos sociales altamente relacionados, pero no totalmente dependientes el uno del otro. Así, España, entre 1964 y 1973, es un ejemplo *de libro* de un país con un acelerado crecimiento económico, pero, sin embargo, con un proceso muy lento de liberación de las pautas de control de natalidad. Contrariamente, todo hace pensar que la década 1980-1989 va a suponer un relativo estancamiento económico y, sin embargo, una rápida transformación social y demográfica. Justamente en estos años va España²⁰ a dejar de ser lo que en argot franquista se denominaba la «reserva moral de occidente»²¹.

La política demográfica (y natalista) del franquismo puede reunirse en los dos componentes con que se analiza actualmente este período histórico español, *fascismo frailuno*²²: «Han de acordarse medidas severas y eficaces contra el aborto criminal, contra las normas y medios anticoncepcionales, contra todo cuanto se oponga en una u otra forma a la vida, prestigio y

¹⁹ Aun cuando el estudio original se refiere constantemente a “mujeres-no-solteras”, tan sólo un 2,2 por 100 de la muestra son viudas y un 0,9 por 100 son separadas o divorciadas. Por ello hemos preferido aquí referirnos en sentido amplio a “mujeres casadas”, pues el 97 por 100 están todavía casadas y, generalmente, sólo una vez. Tan sólo un 0,4 por 100 de la muestra se refiere a mujeres que han estado dos veces casadas, y no hay casos de tres o más matrimonios.

²⁰ Un planteamiento teórico de estas relaciones aparece en: Jesús M. DE MIGUEL, *Sociología de la Medicina* (Barcelona: Vicens Vives, 1978).

²¹ En cualquier caso, la censura de los sistemas de control de natalidad en España no es un invento franquista. Ya en 1925, con ocasión de la difusión en el país de un libro inglés sobre control de natalidad, se atacaba a las prácticas anti-natalistas como desordenadas, repugnantes y “peste inmoral”. Un folleto editado que atacaba furibundamente el libro de la inglesa Mary Stopes terminaba afirmando nada menos que “la lectura del libro está prohibida por ley natural, como todo escrito donde se enseña una cosa inmoral. Además, está también condenada por el canon 1399, n. 9”, Jaime Pujiula, *¿Es lícito el aborto?* (Barcelona: Tipografía Católica Casals, 1925), p. 34.

²² Para un análisis detallado de la política sanitaria durante el franquismo (1939-1975), véase el libro: Jesús M. DE MIGUEL, *La sociedad enferma: Las bases sociales de la política sanitaria española* (Madrid: Akal, 1979).

honor de la familia cristiana tradicional española»²³. El lema que se seguía era el de «Por la familia cristiana hacia el Imperio español; por el Imperio hacia Dios». Durante las últimas cuatro décadas el cultivo de la maternidad, de la imagen de la mujer-madre e incluso de la virgen-madre, en España, ha sido considerable²⁴. En un libro de cabecera para las parejas españolas, en 1947, José M. Pemán denuncia: «Todas las madres que faltan en los hogares sobran en la vida pública con un impertinente intervencionismo vago y sentimental de secretarías, oradoras, agitadoras y diputadas. Como vasos comunicantes, en la misma medida que bajan las madres crecen las "sufragistas"». Los pueblos están pagando sus ataques a la maternidad con una agria invasión de maternidades excedentes, resentidas e insatisfechas»²⁵. Ideologías semejantes pueden encontrarse en otros países, pero quizá no con tanta virulencia como en España²⁶.

Según la derecha natalista en España (cuyo máximo exponente es el *Opus Dei*) la difusión del control de natalidad crea todo tipo de males sociales: aumento de la subnormalidad, de las inversiones sexuales, divorcismo, relaciones pre-matrimoniales, infidelidad conyugal, neurosis e incluso un incremento sensible de la delincuencia juvenil²⁷. Estos autores llegan a afirmar no sólo que la IVE es un crimen, y que la píldora es abortiva, sino que el método del ritmo (el método Ogino) produce sustancialmente abortos (*sic*). En España la Iglesia Católica es todavía uno de los obstáculos principales para el desarrollo del control de natalidad. Según la ideología tradicional reflejada ya en la *Casti Connubii* (en 1930), el objetivo principal del sexo no es el

²³ La cita aparece en un folleto escrito por el médico Juan Bosch Marín, publicado por el Ministerio de la Gobernación en 1940, *Política familiar y sanitaria* (Madrid: Dirección General de Sanidad, 1940), p. 27. La obra recoge la política de (no) planificación familiar que luego habría de seguir el franquismo. Para dar más autoridad a sus ideas, el médico Bosch Marín cita repetidamente a Mussolini ("el genio de Mussolini", como él mismo dice): "Que el descenso de la natalidad no tiene relación con la situación económica lo demuestra el hecho universal de que la riqueza y esterilidad caminan paralelamente, mientras las clases fecundas de la población son las más modestas, es decir, aquellas todavía moralmente sanas que no han muerto el sentido divino de la vida bajo el cálculo cerebral del egoísmo" (p. 29).

²⁴ Para un análisis del "mito de la inmaculada concepción" a través de las ideologías de los ginecólogos españoles, véase Jesús M. DE MIGUEL, *El mito de la inmaculada concepción* (Barcelona: Anagrama, 1979). Sobre "el mito de la sagrada familia" en Cataluña: Joan PRAT, "La posición social de la mujer en el Israel bíblico y Cataluña: Notas para una aproximación", *Ethnica: Revista de Antropología*, 10 (1975): 99-151; afortunadamente son algo más que unas notas para una aproximación.

²⁵ José M. PEMÁN, *De doce cualidades de la mujer* (Madrid: Alcor, 1974), páginas 107-108.

²⁶ J. MAYONE STYCOS, *Ideology, Faith, and Family Planning in Latin America* (Nueva York: McGraw-Hill, 1971).

²⁷ Manuel FERRER REGALES, *La población, entre la vida y la muerte* (Madrid: Prensa Española y Magisterio Español, 1975), pp. 87-90. Y así afirma también: "Arrancando del materialismo freudiano o de la táctica marxista en los países no comunistas, el erotismo se presenta como ideal de libertad" (p. 151).

placer («amor conyugal») sino la procreación, con lo que el control de natalidad se considera un pecado. La consideración del sexo como algo malo proviene de ideologías más antiguas, como eran la separación radical del individuo en *cuerpo y espíritu*, y la oposición a todo cambio social. Fue precisamente la Iglesia Católica la que dio al franquismo su carácter anti-sexual, y su moral austera que rechazaba el placer. Las relaciones sexuales se «disculpan» por la búsqueda de la concepción, llegándose a rechazar el coito en los períodos más seguros: menstruación, embarazo y menopausia. El Segundo Concilio Vaticano (1962-1965) supuso un cierto avance, al considerar al mismo nivel el objetivo de procreación y el «amor humano» dentro del matrimonio. Sin embargo, la Iglesia española se adoptó lenta e incompletamente a la nueva doctrina; recibiendo con júbilo la decisión de Pablo VI, que en 1968 volvió de nuevo a una posición más conservadora. Sin embargo, como luego veremos, en la práctica las personas católicas en España han hecho poco caso del Vaticano o de las cartas pastorales de los obispos locales.

A partir de 1975, la difusión de métodos de control de natalidad proviene de la decisión de separar sexo y embarazo. El control de natalidad, y el aborto, son temas que empiezan a dejar de estar prohibidos *de facto* en los medios de comunicación, a pesar de estarlo todavía en la ley. Sin embargo, todavía en 1980 la Seguridad Social *no* incluye el control de natalidad en sus servicios sanitarios. En las Facultades de Medicina tampoco se estudian estos temas (control de natalidad, IVE, inseminación artificial, esterilización, etc.), con lo que el nivel de preparación de la profesión médica es muy bajo: «En las Facultades de Medicina no se estudia nada sobre anticonceptivos, salvo aquel profesional que se haya formado en el extranjero o en las escasísimas consultas del interior del país donde se lleva una práctica anti-conceptiva seria; la mayoría de los médicos son perfectos ignorantes cuyos conocimientos se basan en la aproximación a las materias científicas que conocen. Por tanto, despenalizar los anticonceptivos dejándolos en manos de unos profesionales no preparados, no tiene más sentido que el de salvar una clientela en beneficio de la clase médica»²⁸. La situación evoluciona lentamente, y en la década de los setenta España todavía cuenta con la tasa más baja del mundo de médicas (mujeres-médicas)²⁹.

El pensamiento marxista *ab initio* rechazó el control de natalidad, acusándolo de maniobra de derechas para reducir la presión de las masas hacia la revolución, y además tratar de enmascarar los problemas del capitalismo y del imperialismo. Sin embargo, los países europeos socialistas se destacaron pronto por sus programas de control de natalidad y sus altas tasas de IVE.

²⁸ Centro de Mujeres de Federico Rubio, de Madrid, «La comunicación médico-mujer en la consulta ginecológica», pp. 495-500, en José VIDAL BENEYTO, comp., *Alternativas populares a las comunicaciones de masa* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1979), p. 499.

²⁹ Jesús M. DE MIGUEL, *La reforma sanitaria en España: El capital humano en el sector sanitario* (Madrid: Cambio 16, 1976).

Mientras tanto, en los países capitalistas occidentales, los movimientos feministas abogaban crecientemente por un mejor acceso de las mujeres a métodos de contracepción y por la legalización del aborto. Sin embargo, en la izquierda española todavía puede notarse una cierta ambigüedad entre estas dos políticas de población: «En un país capitalista, donde incluso la enfermedad de las personas es un negocio, no podrá existir nunca una auténtica planificación de control de la natalidad mirado desde el punto de vista de su conveniencia social y desde la óptica del desarrollo íntegro de la persona. Siempre privarán los intereses de la industria, ávida de mano de obra barata. Pero esto no es obstáculo para que reivindicemos el derecho de la pareja a controlar el número de hijos que se deseen tener»³⁰. Esta posición no impide denunciar las políticas de la Fundación Rockefeller, o del AID, y afirmar que el control de natalidad es un arma del imperialismo en contra del Tercer Mundo.

La posición feminista española actual no sólo aboga por el control de natalidad, sino que éste sea controlado (casi exclusivamente) por los movimientos de mujeres. Para explicarlo con sus propias palabras:

«El control de nuestro aparato reproductivo (métodos anticonceptivos, aborto) y la definición de nuestra sexualidad, tiene que estar en nuestras manos. No puede ser patrimonio ni de los intereses del Estado, que decide cuándo liberalizar o penalizar las leyes de acuerdo con las necesidades de controlar la población que tienen los que quieren mantener la hegemonía de los que lo controlan todo, ni de los intereses de la sociedad machista en general, con sus instituciones, como la medicina en este caso, que no sólo controla y determina la idea de salud y enfermedad, y conserva con todas fuerzas el conocimiento para que dependamos de los médicos, alimentando sus bolsillos y privilegios de clase, sino que a través de los tiempos han demostrado que las mujeres, en su camino, eran un obstáculo que salvaron arrebatándoles el ejercicio de la medicina, que antiguamente practicaban ellas para solucionar sus problemas específicos, y relegándolas de todas las tareas de responsabilidad y decisión, como lo hicieron con las comadronas o con las enfermeras, y llegando al punto de erigirse en expertos de nuestra sexualidad, definidores de nuestras sensaciones en la menstruación, al parto, la menopausia, o la cama. La propuesta revolucionaria del *self-help* es que las mujeres tomen, como grupo, ese control»³¹.

³⁰ Anna MERCADÉ, *El despertar del feminismo en España* (Erandio, Bilbao: Ellacuría, 1976), p. 106. O como reconoce otra feminista española: "Los anticonceptivos son una carga pesada, pesadísima, que las mujeres arrastramos a lo largo de nuestra vida sexual". LEONOR TABOADA, *Cuaderno feminista: Introducción al "self-help"* (Barcelona: Fontanella, 1978), p. 48.

³¹ Colectivo Feminista Pelvis de Mallorca (de abril de 1977); citado en Amparo MORENO, *Mujeres en lucha: El movimiento feminista en España* (Barcelona: Anagrama, 1977), pp. 193-194.

La evolución de la izquierda ha ido, pues, desde la denuncia del control de natalidad, hasta la lucha por su organización.

En los siglos pasados el control de la población no incluía sólo contracepción, sino sobre todo aborto provocado, infanticidio, abstinencia, lactancia prolongada, además de una altísima tasa de mortalidad infantil. La disminución de la mortalidad, y la *transición demográfica* que originó puso un mayor énfasis en la racionalización del control de la población, y supuso el desarrollo de los modernos métodos de control de gran eficacia (píldora, DIU, y esterilización). Las familias extensas y patriarcales dieron paso a familias nucleares y más democráticas. Además, antes se tenían muchas hijas e hijos no sólo por la alta tasa de mortalidad infantil, y motivos de satisfacción personal (como el asegurarse de que al menos sobreviviría un hijo-varón), sino por la necesidad de ayuda económica y personal en la vejez, y como mano de obra barata en las explotaciones agrarias. La aparición del *Welfare State* y el desarrollo de la seguridad social por un lado, y la desagrarización de la economía contribuyeron a una reducción incluso más drástica del número de nacimientos, y a un mayor florecimiento de las prácticas de control de natalidad. Sin embargo, cada sociedad mantuvo sus características especiales. La evolución en España fue lenta, en parte por mantener una de las transiciones demográficas más largas de toda Europa³².

Durante años, en España, la forma más efectiva de reducir la natalidad ha sido el retraso en la edad de matrimonio³³, pero no puede considerarse a esto como un «método» de control de natalidad ideal. Todavía en la actualidad un 27 por 100 de las mujeres se casan a los 25 años de edad o mayores. Aparte la no existencia de divorcio hace que esta media sea incluso más importante, ya que la inmensa mayoría de matrimonios (el 98 por 100) son entre soltera y soltero³⁴.

España es un país con crecimiento vegetativo bastante estable, alrededor del 1 por 100 anual; es decir, relativamente bajo en el contexto mundial, pero algo mayor que la media europea. Los nacimientos representan el 1,9 por 100 de la población cada año y los fallecidos el 0,8 por 100. La tasa de natalidad es mayor sobre todo en Andalucía y Canarias. Nacen aproximadamente un 52 por 100 de varones. La ilegitimidad —sobre todo para ser un país latino— es baja, alrededor del 2,2 por 100, y concentrada fundamentalmente en Galicia y en las islas (Baleares y Canarias)³⁵. La proporción de partos múltiples es también normal (1,7 por cada 100 nacidos vivos).

³² Jesús M. DE MIGUEL, "La población", en Juan F. Marsal y Benjamín Oltra (comps.): *Nuestra sociedad* (Barcelona: Vicens Vives, 1980).

³³ Para un análisis detallado de esta pauta española, véase Amando DE MIGUEL et al., *La pirámide social española* (Barcelona: Ariel, 1977).

³⁴ Sólo un 1 por 100 de los matrimonios son entre soltera y viudo, el 0,5 por 100 entre viuda y viudo y el 0,3 por 100 entre viuda y soltero. Es llamativo que las viudas se casan menos que los viudos a pesar de haber muchas más.

³⁵ Así, por ejemplo, en 1976 nacieron 677.456 personas en España, de las cuales 14.619 eran ilegítimas.

La población de mujeres en edad fértil (15 a 49 años como pauta normal) es aproximadamente de 8,6 millones, o sea el 47 por 100 del total de mujeres en el país. Aproximadamente las dos terceras partes de ellas están casadas. En 1976, hubieron en total 678.810 partos, 0,86 por 100 de los cuales fueron múltiples. Todavía un 4,1 por 100 de los nacimientos pertenecían a mujeres de más de 40 años de edad. Casi todos los partos se realizan en la actualidad en un centro sanitario (hospital público el 60 por 100, clínica o maternidad privada el 40 por 100) —es decir, el 83 por 100 en 1976— y el 17 por 100 en el domicilio, generalmente *con* asistencia sanitaria. En total tan sólo un 0,8 por 100 de los partos se realizan *sin* la asistencia de personal sanitario cualificado; cifra que aunque parece pequeña todavía supone 5.621 partos sin una atención técnica mínima³⁶.

Entre ideología y utopía

Un primer análisis de las pautas de control de natalidad sugiere que los años más importantes a estudiar son los cinco primeros de matrimonio, precisamente en los que se tiene el 69 por 100 de todas las hijas e hijos. Tan sólo un 8 por 100 de las parejas no tienen descendencia en esos cinco primeros años; y un 17 por 100 de las parejas tuvieron su primogénito (o primogénita) *antes* del octavo mes de matrimonio, muchos de los cuales fueron concebidos antes del matrimonio³⁷.

En total, el *número ideal de hijos* (hijas e hijos) es de 2,8, es decir, algo superior a la media real de hijos habidos (2,4). Como era previsible las cohortes de mujeres de más edad son más tradicionales, y desean un número de hijas e hijos sensiblemente superior a las cohortes de mujeres más jóvenes:

<i>Edad de la mujer</i>	<i>Número ideal de hijas e hijos deseado</i>	<i>% de mujeres que no desean tener hijas ni hijos</i>
Menor de 25 años	2,3	0,5
De 25 a 29 años	2,5	0,3
De 30 a 34 años	2,7	0,7
De 35 a 39 años	2,9	1,1
De 40 a 44 años	3,1	1,0
De 45 a 49 años	3,1	1,5
TOTALES	2,8 (5.641)	0,9

³⁶ Instituto Nacional de Estadística, *Movimiento natural de la población española: Año 1976* (Madrid: INE, 1979), tomo 1, pp. 61-62.

³⁷ Estos son los que en lenguaje popular se denominan matrimonio "de penal-ti" o "por el sindicato de las prisas" (*shotgun wedding*).

El deseo de *no* tener descendencia (bastante bajo, pues no llega al 1 por 100 de las mujeres casadas) aumenta con la edad de la mujer. Esto puede deberse al cambio progresivo de actitud de las mujeres, que racionalizan que son estériles o que no pueden tener hijas e hijos en su matrimonio.

Si analizásemos la influencia del *número de años de casada*, en vez de la edad de la mujer, se observaría que su influencia sobre el número ideal de hijas e hijos es aún mayor: desde 2,3 hijas e hijos en las que llevan menos de cinco años casadas, a un número ideal de 3,5 en el caso de las que llevan treinta o más años casadas.

Todo esto viene oscurecido por el factor tiempo; pues las mujeres de cohortes más antiguas no sólo mantienen una pauta de un menor control de natalidad, sino que además han tenido más tiempo (más años) para poder tener más hijas e hijos:

<i>Número de años de matrimonio</i>	<i>Número medio de hijas e hijos tenidos</i>
Menos de 5 años	1,2
De 5 a 9 años	2,0
De 10 a 14 años	2,6
De 15 a 19 años	2,8
De 20 a 24 años	3,1
De 25 a 29 años	3,4
De 30 y más años	3,7
TOTAL	2,4 (5.814)

El 49 por 100 de las mujeres con 30 y más años de matrimonio tienen 4 y más hijas e hijos, lo que es bastante alto. Sin embargo, hay que tomar con precaución estos datos, pues tanto el número *ideal* como el *real* puede cambiar con el paso de los años, y no es estable según la cohorte envejece. En resumen, observamos —y posteriormente se repite a menudo— que la variable edad es a veces menos importante que el número de años de casada.

Menos de la tercera parte (el 28 por 100) de las mujeres han hablado alguna vez con su marido sobre el número de hijas e hijos que deseaban tener en su matrimonio. Sin embargo, de las que *sí* hablaron el acuerdo es bastante común (el 60 por 100 de las parejas están de acuerdo), observándose una ligera preferencia en las mujeres por tener más hijas e hijos. En general, se observa una tendencia hacia la pareja (el 34 por 100) o tres hijas e hijos (16 por 100). Sorprendentemente no parecen existir demasiadas diferencias entre varón y mujer, ni siquiera en el hecho de que la mujer trabaje

o no fuera del hogar³⁸. Tampoco hay diferencias por clase; al contrario, existe una *pauta pobres-ricos* (consistente con otras relaciones sobre control de natalidad) en que el número ideal de hijas e hijos de los jornaleros del campo (3,2) se asemeja mucho al de los «cuadros superiores» en las ciudades (3,0 hijas e hijos ideales).

Tanto en España como en otros países es usual la disparidad entre las actitudes y la práctica en materia de control de natalidad. Pocas veces coincide el número ideal de hijos con los realmente habidos, o los que le hubiera gustado tener. El nivel de adecuación entre el deseo y la realidad es bajo, lo que sugiere también un nivel pequeño de racionalidad, y/o una tasa alta de fallos involuntarios. Hasta el nivel de las *tres hijas e hijos* en realidad se suelen tener luego más de los previstos; sin embargo, la mayoría de las parejas que al casarse deseaban familias numerosas, luego, en la práctica, han tenido menos hijas e hijos:

<i>Número de hijas e hijos deseados al comienzo del matrimonio</i>	<i>Número de hijas e hijos tenidos posteriormente</i>
Ninguno	2,8
Uno	1,7
Dos	2,2
Tres	2,6
Cuatro	3,3
Cinco y más	3,4
No sabían	3,6
TOTAL	2,8 (5.814)

Llama la atención que las parejas que inicialmente no querían tener hijos (ni hijas ni hijos) tuvieron luego tantos como la media (2,8); y que los que «no sabían» cuántos querían tener han tenido luego más que nadie. En resumen, se observa que alrededor de los *tres hijos* (hijas e hijos) se equilibra el deseo con la realidad; y que a partir de los tres el número ideal es sistemáticamente menor al de los que se posee. Parece como si la experiencia de tener una familia numerosa fuese negativa, e hiciera repensar a las mujeres casadas sobre el número excesivo de hijas e hijos tenidos.

Dado que la proporción de parejas que controlan efectivamente la natalidad es baja, que existe una utilización mayoritaria de métodos convencionales con alta probabilidad de fallo, y que existen serias dificultades en conseguir una IVE, la proporción de *embarazos no queridos* es relativamente

³⁸ Ya en el primer Informe FOESSA, en 1966, no se encontraron diferencias excesivas en el número ideal de hijas e hijos de las mujeres que trabajaban fuera-del-hogar (3,34) y las mujeres que se dedicaban a "sus labores" (3,4).

alta en España: un 28 por 100 de mujeres no deseaban su último embarazo. Casi las dos terceras partes de las mujeres casadas (el 61 por 100) no desean tener más hijas e hijos. Lógicamente el deseo de no tener más descendencia, o los embarazos no queridos, dependen bastante del número de hijas e hijos que ya se tienen:

Número de hijas e hijos vivos	% de mujeres casadas que	
	No desean más descendencia	No deseaban el último embarazo
Ninguno	9	2
Uno	28	11
Dos	65	24
Tres	78	39
Cuatro	83	47
Cinco y más	79	54
TOTALES	61	28
	(5.504)	(5.641)

Curiosamente, a partir de los cuatro hijos los deseos de *no* tener más disminuyen, es decir se desean, relativamente, más hijas e hijos. El embarazo no-deseado depende sobre todo del número de hijas e hijos, y en menor medida de la edad de la madre, y del número de años del matrimonio. Lo que llama la atención es que el nivel de mujeres que no desean más embarazos es mayor que las que controlan la natalidad; y que casi la mitad de las que no desean un embarazo terminan teniéndolo.

El motivo fundamental que se aduce para no desear otro embarazo es «razones económicas» (36 por 100 de los casos), «molestias de salud» (14 por 100), y «demasiada edad» (14 por 100). La mitad de las mujeres que a lo mejor podrían cambiar de opinión se refieren en concreto a un aumento de ingresos del marido. Los deseos de no tener otro embarazo para poder trabajar o estudiar apenas llega al 3 por 100 de las mujeres casadas. En cuanto a las familias actuales, de media tienen 2,5 hijas e hijos. Este número es mayor en ambos extremos de la escala social [de nuevo la *pauta*, es decir, las familias de profesionales y directivos (3,2 hijas e hijos) y las de jornaleros del campo (3,1)]. No parece, pues, existir una relación estricta entre natalidad y clase social, como tampoco entre fecundidad ideal y clase social. Así, aun cuando la razón principal para no desear un embarazo parece ser económica, luego no se producen disonancias según recursos económicos reales. Todo sugiere que el tema de la fecundidad no es tratado muy racionalmente por las parejas españolas.

La *Tabla 1* ilustra la irracionalidad de la conducta de las mujeres casadas. Contrario a lo que era esperable, tanto las mujeres que desean otro

embarazo como las que no lo desean controlan la natalidad en proporciones parecidas. Incluso en algunos casos (mujeres con estudios superiores o bachillerato superior) las mujeres que desean un embarazo controlan más la natalidad que las que no desean otro embarazo. En conclusión, que el control de natalidad de las parejas no depende del deseo o no de quedar embarazada, lo que parece relativamente incongruente, sobre todo teniendo en cuenta la baja proporción total de parejas que controlan la natalidad.

TABLA 1

Proporción de mujeres casadas que controlan la natalidad, según sus estudios y deseos de embarazo

<i>Estudios de la mujer</i>	<i>% de mujeres casadas que controlan la natalidad</i>	
	<i>Sí desean otro embarazo</i>	<i>No desean otro embarazo</i>
Superiores	63	55
Medios	54	73
Bachillerato Superior	66	63
Bachillerato Elemental	49	65
Primaria	53	53
Sin estudios *	43	49
TOTALES	52	54
	(758)	(1.801)

* Se incluye en este caso también las "analfabetas".

FUENTE: INE, *Encuesta de fecundidad* (Madrid: INE, 1978), pp. 217-219.

En el momento de la entrevista a finales de 1977, el 6 por 100 de las mujeres estaban embarazadas³⁹. Si suponemos que un 3 por 100 adicional son viudas o separadas, y que aproximadamente un 2 por 100 están esterilizadas quirúrgicamente⁴⁰, teóricamente el 89 por 100 de las mujeres no-solteras (de 15 a 49 años) están expuestas al riesgo del embarazo, y potencialmente pueden controlar la natalidad. En total, las mujeres embarazadas, estériles, o en el postparto, pueden representar entre el 20 y el 25 por 100 de las mujeres casadas en edad supuestamente fértil. Hay, pues, que reducir el universo de personas que pueden controlar al 75 o al 80 por 100.

³⁹ Las embarazadas se concentran en las menores de 30 años (con más del 12 por 100 de embarazadas). No hay embarazadas después de los 45 años de edad, y sólo un 1 por 100 de las de 40 a 44 años de edad.

⁴⁰ En la actualidad un 5 por 100 de las parejas no tienen hijas o hijos; y entre un 3 y un 4 por 100 no los llegan a tener tras diez o veinte años de matrimonio.

Control racional e inseguro

El nivel de conocimientos sobre algún método de control de natalidad de las mujeres (casadas) españolas no es bajo: el 93 por 100 conocen algún método, y el 88 por 100 han oído hablar de la píldora y conocen su eficacia. Sin embargo, solamente un 49 por 100 de las mujeres casadas controlan la natalidad actualmente⁴¹. En los países más desarrollados una inmensa mayoría de las mujeres fértiles controlan, alrededor del 90 por 100. Sin embargo, en España el 40 por 100 de las mujeres casadas no sólo no utilizan ningún método de control de natalidad, sino que nunca lo han utilizado (ni siquiera el ritmo, ni el coito interrumpido). Pero es que sólo una cuarta parte de todas las mujeres casadas han utilizado alguna vez un método eficaz de control de natalidad. Es evidente que esta situación va a cambiar en un par de generaciones, pues el 42 por 100 de las mujeres (casadas) menores de 25 años han utilizado ya un método eficaz. Los efectos demográficos de este cambio va a repercutir sobre todo en la década de los noventa, y hacia el año 2000.

La pauta distintiva del control de natalidad español actual es que se concentra en la *limitación* del número total de hijas e hijos, pero todavía no se preocupa del *espaciamiento* de los nacimientos. Más técnicamente, los *intervalos protogenésicos* (entre el matrimonio y el primer parto) son relativamente cortos, y además las parejas tienden a no controlar en absoluto durante el mismo. Los *intervalos intergenésicos* (entre nacimientos sucesivos) son a veces muy cortos (por falta de control) o muy largos (gracias a sistemas tradicionales; antes lactancia prolongada, e incluso abstinencia) y sin ideas claras sobre su terminación⁴². La proporción de mujeres-mayores embarazadas es desproporcionadamente alto. Los primogénitos (el 38 por 100 de los nacidos) se tienen muy pronto: el 54 por 100 de los matrimonios antes del primer año de casados, y el 92 por 100 lo tienen dentro de los dos primeros años. La pauta tradicional es esperar el mínimo de tiempo posible entre el matrimonio y el primer nacimiento, con lo que sólo una minoría controla eficazmente.

Un análisis por cohortes sugiere que cada vez la pauta de control de natalidad es menos tradicional. Como hemos visto más arriba, uno de los mejores indicadores es *la proporción de mujeres casadas, sin hijas ni hijos, que*

⁴¹ Sobre la no utilización de métodos de control de natalidad entre mujeres latinas (a pesar de su conocimiento sobre los mismos), véase Ruth HOROWITZ, "Passion versus motherhood: The conflict between symbols of sexuality and virginity", *University of Delaware, USA* (mimeo).

⁴² Un excelente estudio sobre las consecuencias sanitarias y familiares de un tamaño de familia grande y un intervalo inadecuado de nacimientos es: Joe D. WRAY, "Population pressure on families: Family size and child spacing", pp. 403-461, en *National Academy of Sciences (comp.), Rapid Population Growth: Consequences and Policy Implications* (Baltimore: Johns Hopkins Press, 1971), vol. 2: "Research Papers".

controlan la natalidad. El porcentaje, en 1977, era tan sólo del 14 por 100, pero con diferencias por edad significativas:

Grupos de edad	% de mujeres casadas (y no embarazadas) que controlan la natalidad o han sido esterilizadas	
	En total	Sin hijos
Menores de 25 años	59	34
De 25 a 34 años	62	26
De 35 a 44 años	49	2,2
De 45 y más años	28	0
TOTALES	50 (5.315)	14 (285)

Las máximas diferencias por grupos de edad no se observan, pues, en el total de mujeres, sino en la categoría de *mujeres sin hijas ni hijos*. El deseo de tener el primer hijo (o hija, aunque en menor medida) es tan grande que las mujeres menores de 25 años controlan incluso menos que las del siguiente grupo de edad (25 a 34 años). En general el retrato-robot de la mujer casada que *no* ha controlado nunca la natalidad es: analfabeta o sin estudios, católica-practicante, que no trabaja-fuera-del-hogar, en zonas rurales, madura de edad, y de Castilla la Vieja.

El primer hijo o hija nace tradicionalmente en España «cuando Dios quiere». El primogénito (o primogénita) se tiene, de media, a los 1,3 años de casada; y el segundo unos 2,4 años después del primero. Según los métodos de control de natalidad, el intervalo protogenésico es de 1,3 años para las que no utilizaron ningún método; 1,8 años de media para las que se quedaron embarazadas mientras utilizaban un método de control de natalidad, y 2,1 para aquellas parejas que dejaron de utilizar el método precisamente con la intención de quedarse embarazadas. Una justificación sociológica de la pequeñez del intervalo protogenésico en España es que el matrimonio es todavía bastante tardío, lo que tiende a favorecer los embarazos rápidos en el caso de las primerizas.

Del total de mujeres que tuvieron su primera hija o hijo en los primeros cinco años de casada el 91 por 100 no llegó a utilizar ningún método de control. Lo curioso es que para esta pauta natalista no hay grandes diferencias por grupos; incluso entre las mujeres con estudios universitarios (generalmente un grupo que se destaca por su acusada modernidad) el 73 por 100 con descendencia en el primer lustro no controlaron la natalidad. Bien es verdad que en los pueblos este control de natalidad específico es menor que en las grandes ciudades, pero, de nuevo, las diferencias son pequeñas. En total sólo un 5 por 100 de las mujeres llegó a utilizar un método de con-

trol de natalidad, pero dejó precisamente de utilizarlo para intentar quedarse embarazada, que es lo que podríamos denominar «pauta moderna» (y racional) de fecundidad. Esta pauta está mucho más extendida en las zonas más urbanas que en las áreas rurales: 2,4 por 100 en los pueblos de menos de 10.000 habitantes, frente al 9,1 por 100 en las grandes ciudades.

Aunque el primer hijo (o hija) es casi siempre deseado (el 91 por 100 no controlan hasta su nacimiento), la planificación del segundo es algo más alta (el 33 por 100 controlan ya la natalidad):

<i>Planificación de los nacimientos</i>	<i>Antes del primer embarazo (%)</i>	<i>Entre el primero y el segundo (%)</i>	<i>En el último embarazo (%)</i>
No utilizó ningún método en el intervalo ...	91	67	61
Dejó de utilizarlo para quedarse embarazada.	5	16	16
Quedó embarazada a pesar de utilizar un método	2	13	17

Lo más llamativo es la cantidad de fallos con el segundo y posteriores embarazos (13 por 100 y 17 por 100, respectivamente) a pesar de una supuesta mayor experiencia de la pareja. En total una de cada seis mujeres casadas quedó embarazada la última vez durante la utilización de un método de control de natalidad. El porcentaje de fallos es máximo en mujeres con varias hijas e hijos (tres o más), lo cual nos hace suponer —como luego analizaremos con detalle— que los métodos utilizados eran poco fiables.

Como puede comprobarse en la *Tabla 2* el control de natalidad *no* depende del número de hijas e hijos que se tienen. Por un lado, las jóvenes —que asumen pautas más modernas— todavía no controlan mucho, pues no han alcanzado la descendencia deseada. Esto sucede porque en España el control es todavía de *limitación* y no de *espaciamiento*. Por el otro lado, las mujeres más mayores ya no controlan tanto la natalidad, pues su fecundidad —y seguramente la frecuencia de coito— ha descendido ya considerablemente. Por una y otra razón la distribución por edad es muy homogénea, o al menos más similar de lo que habíamos esperado. Esta pauta variará sustancialmente cuando las mujeres jóvenes empiecen a controlar antes de haber llegado al número deseado de hijas e hijos, o incluso antes de empezar a tenerlos. Sin embargo, para ello tiene que cambiar cualitativamente las actitudes de la población ante el control de natalidad. Por ahora no sólo no existen diferencias en el porcentaje de mujeres que controlan la natalidad (alrededor del 50 por 100), sino que tampoco existen diferencias apreciables según el método que se escoge. Todo sugiere que el control de natalidad en España, hoy por hoy, es poco racional y que no depende del número de hijas e hijos que ya se tienen.

TABLA 2

Proporción de mujeres que controlan la natalidad, según el número de hijos tenidos

Número de hijas e hijos tenidos	% de mujeres casadas que			TOTAL
	Nunca han controlado la natalidad	Han controlado, pero no en la actualidad	Controlan actualmente la natalidad	
Ninguno	78	6	16	100 % (334)
Uno	41	12	48	(1.203)
Dos	36	11	53	(2.054)
Tres	35	13	52	(1.170)
Cuatro	36	11	53	(580)
Cinco o más	42	14	44	(473)
TOTALES	39	11	49	(5.814)

FUENTE: INE, *Encuesta de fecundidad* (Madrid: INE, 1978).

Aun cuando las diferencias no son grandes, cuando más se controla la natalidad es cuando se tienen tres o cuatro hijas e hijos; antes no, pues se desea completar la familia; y después tampoco, pues se está dispuesto a tener tantos «como Dios quiera». La pauta tradicional de no controlar hasta tener hijas o hijos (seguramente un hijo-varón al menos) está cambiando, pero lentamente:

Edad de la mujer	% de mujeres casadas que	
	Nunca han controlado la natalidad	No controlan hasta tener hijos
Menores de 25 años	32	46
De 25 a 34 años	32	63
De 35 a 44 años	42	92
De 45 y más años	57	99
TOTALES	40	76

Apenas se observan diferencias en las mujeres mayores de 35 años, y todavía casi la mitad de las menores de 25 años de edad *no* controlan hasta el primer nacimiento.

Todavía se mantiene en España la importancia del varón respecto de la mujer. Sistemáticamente el deseo de no tener más descendencia es mayor

entre las que tienen un hijo-varón que entre las que tienen una hija. El 32 por 100 de las mujeres con un hijo-varón no desean otro embarazo, frente al 21 por 100 de las mujeres cuando tienen una hija. De las mujeres que tienen intención de tener otro embarazo (aproximadamente una de cada cinco) el 30 por 100 prefieren un varón. En el caso de las mujeres que tienen una hija-única, el 46 por 100 prefieren un varón; y este porcentaje aumenta hasta el 80 por 100 en las mujeres que tienen (sólo) dos hijas. Se observa, pues, que sistemáticamente se da más valor al varón que a la mujer. Sin embargo, por un lado van los deseos y por otro la práctica. Consecuente con la pauta de irracionalidad expresada más arriba, se observa que la proporción de mujeres que controlan la natalidad no varía ni con el número de hijas e hijos, ni con su sexo:

Número de hijas e hijos	% de mujeres casadas que controlan la natalidad
Ninguno	14
Uno	51
Una hija sola	54
Un hijo sólo	47
Dos	55
Dos hijas	55
Un hijo y una hija	54
Dos hijos	56
Tres	53
Tres hijas	57
Tres hijos	57

Contradiendo sus propios deseos las mujeres casadas que tienen una hija sola, o dos hijas, controlan incluso más que las que tienen un hijo-varón único, o la parejita (niño y niña). De nuevo se demuestra que las pautas de control de natalidad en España tienen poco que ver con la *natalidad* efectiva de las familias.

Tampoco la edad de la mujer tiene una influencia grande sobre las pautas de control de natalidad, a excepción, quizá, de comparar grupos extremos: menores de 25 años *versus* mayores de 44 años (véase la *Tabla 3*). Como ya señalamos antes, las diferencias son más significativas si se mide el número de años que llevan casadas:

Años que llevan casadas	% de mujeres casadas que		
	Nunca han controlado la natalidad	Han controlado, pero no en la actualidad	Controlan actualmente la natalidad
Menos de 10 años	33	11	56
De 10 a 19 años	40	9	51
De 20 a 29 años	49	16	35
De 30 y más años	63	11	26
TOTALES	39	11	49

Las diferencias entre las de menos de 10 años de casadas y las de 30 y más son, aproximadamente, del doble. Manteniendo constante el número de años de casada, la probabilidad de utilizar actualmente un método anticonceptivo es mayor cuanto más jóvenes eran las mujeres al casarse⁴³.

TABLA 3
Proporción de mujeres casadas que controlan la natalidad, según la edad de la mujer

Grupos de edad de la mujer	% de mujeres casadas			TOTAL
	Nunca han controlado la natalidad	Han controlado, pero no en la actualidad	Controlan actualmente la natalidad	
Menores de 25 años	33	13	53	100 % (695)
De 25 a 29 años	34	9	57	(1.030)
De 30 a 34 años	31	11	58	(1.033)
De 35 a 39 años	38	9	53	(924)
De 40 a 44 años	43	11	46	(1.071)
De 45 años y más	54	15	31	(1.061)
TOTALES	39	11	49	(5.814)

Nota: Del total se han descontado los casos en que no consta información acerca del control, aun cuando suponemos que controlan la natalidad muy por debajo de la media.

FUENTE: INE, *Encuesta de fecundidad* (Madrid: INE, 1978), p. 192.

Según la *Encuesta de fecundidad* del Instituto Nacional de Estadística, a finales de 1978 todavía en España el 71 por 100 de las mujeres casadas

⁴³ Esto es así teniendo en cuenta además que la proporción de embarazadas entre las mujeres jóvenes es bastante mayor (15 por 100) que la media (6 por 100).

se dedican a las «labores del hogar», y sólo un 26 por 100 trabajaban fuera del hogar. La proporción más alta de mujeres trabajando (fuera de casa) se da en Cataluña (35 por 100) y la menor en Andalucía (20 por 100). En total el 69 por 100 de las mujeres casadas actualmente trabajaron (fuera de casa) antes de casarse; sólo un 27 por 100 siguió trabajando al casarse, y antes de la primera hija o hijo; un 18 por 100 continuó trabajando entre los dos primeros hijos, y, finalmente, sólo un 9 por 100 del total de mujeres casadas siguió trabajando entre sus dos últimos hijos. El descenso más acusado no se debe, pues, al número de hijos, sino al hecho de casarse; es, pues, más una pauta cultural que una medida racional. Lo sorprendente es que el número ideal de hijas o hijos no varía según si la mujer trabaja o no fuera del hogar. El número de hijas e hijos deseados es 2,7 en el caso de las mujeres con un trabajo remunerado, y 2,8 de media para las que se dedican a las «labores del hogar». Sólo se observa una cierta predisposición de las mujeres que trabajan (fuera del hogar) a controlar la natalidad; el 46 por 100 de las amas de casa nunca han controlado la natalidad, frente al 37 por 100 de las que trabajan hasta casarse, o el 39 por 100 de las que trabajan incluso después de casarse. El hecho de trabajar (fuera del hogar) es una variable que parece tener más efecto en las más jóvenes, o en las que tienen pocos hijos (dos o tres, como máximo), pero no después⁴⁴. Como ya hemos sugerido, el indicador más preciso de modernidad entre las mujeres casadas es el controlar la natalidad antes del primer embarazo. El trabajo-fuera-de-casa de la mujer sí que condiciona las pautas de control de natalidad en el caso de no tener hijas ni hijos:

<i>Actividad económica de la mujer</i>	<i>% de mujeres casadas (y no embarazadas) que controlan la natalidad o han sido esterilizadas</i>	
	<i>En total</i>	<i>Sin hijos</i>
Trabaja (fuera de casa)	49,7	24
Labores del hogar	50,5	5
TOTALES	50	14
	(5.315)	(285)

Las mujeres que trabajan (fuera del hogar) adoptan una actitud mucho más moderna antes de tener la primera hija o hijo, pero no después de su nacimiento.

⁴⁴ Tampoco en otros países —como los Estados Unidos— existen grandes diferencias de control de natalidad entre mujeres que trabajan-fuera-de-casa (70 por 100 en 1973) y las que se dedican a “sus labores” (69 por 100). Kathleen Ford, *Contraceptive Utilization: United States* (Hyattsville, Md.: National Center for Health Statistics, 1979), p. 7.

Desgraciadamente, la clasificación regional utilizada por el Instituto Nacional de Estadística es sociológicamente defectuosa y confusa; pues mezcla a Galicia con Asturias, a Andalucía con Canarias, a Castilla la Nueva con Extremadura, a Baleares con Valencia y Murcia, y el País Vasco con Aragón. A pesar de este escollo, se puede generalizar que la práctica del control de natalidad depende en alguna medida del nivel de desarrollo económico:

<i>Regiones del INE</i>	<i>% de mujeres casadas que nunca han controlado la natalidad</i>	
	<i>Total</i>	<i>Sin hijos</i>
Castilla la Nueva y Extremadura ...	30	64
Andalucía y Canarias	31	88
Cataluña	35	65
País Vasco y Aragón	43	84
Baleares, Valencia y Murcia	48	83
Galicia y Asturias	57	83
Castilla la Vieja y León	59	84
TOTALES	40	76

Las regiones cuyas mujeres casadas empiezan ya a controlar la natalidad *antes del primer embarazo* son Castilla la Nueva y Cataluña; es decir, Madrid y Barcelona. El control de natalidad en Andalucía (y Canarias) antes del primer embarazo apenas llega al 4 por 100 de la población, mientras que es el 19 y el 22 por 100 en las dos Castillas. Esto sucede a pesar de que los hijos en Andalucía (con más jornaleros sin tierra) pueden considerarse más como una carga que en Castilla (con más pequeños propietarios agrícolas). Las diferencias regionales no se explican, pues, fácilmente, lo que sugiere —de nuevo— una baja racionalidad en las pautas de control de natalidad.

El *conocimiento* sobre métodos de control de natalidad (casi como cualquier otro tipo de conocimiento), depende fundamentalmente de tres variables: la clase social de la familia, el nivel de estudios de la mujer y el estrato rural-urbano de residencia. Así, por ejemplo —empezando por los estratos—, se observa que el conocimiento es bastante mayor en las grandes ciudades:

<i>Tamaño del municipio</i>	<i>% de mujeres casadas que no conocen ningún método de control de natalidad</i>
Grandes metrópolis	3,3
Más de 50.000 habitantes	3,8
De 10.001 a 50.000 habitantes	8,7
Hasta 10.000 habitantes	12,5

Se observa pues una cierta diferencia entre las «ciudades» y los «pueblos». En este sentido las «grandes metrópolis» (Madrid y Barcelona) mantienen un nivel de control de natalidad bastante más alto al resto de España, aun cuando la variable estrato-de-población aparece estrechamente correlacionada con la de control de natalidad en todos los niveles. Las diferencias mayores se dan en el caso de las parejas sin hijas ni hijos, que va desde un 6 por 100 que controlan en el campo a un 32 por 100 que controlan en las «grandes metrópolis»:

<i>Estrato de la población</i>	<i>% de mujeres casadas (y no embarazadas) que controlan la natalidad o han sido esterilizadas</i>	
	<i>En total</i>	<i>Sin hijos</i>
Hasta 10.000 habitantes	39	5,6
De 10.001 a 50.000 habitantes	46	2,1
Más de 50.000 habitantes	56	15
Grandes metrópolis	62	32
TOTALES	50	14
	(5.315)	(285)

Las ciudades medias (de 10.000 a 50.000 habitantes) son actualmente más conservadoras que las propias zonas rurales, ya que sólo un 2 por 100 de mujeres (casadas) sin hijas ni hijos controlan la natalidad, lo que representa una proporción muy baja.

En casi todos los países del mundo el control de natalidad es menor entre las clases más bajas y las mujeres con menos estudios⁴⁵. Esto supone, además, una mayor proporción de embarazos no queridos en esos grupos más desprotegidos. En España el *nivel de estudios de la mujer* es una variable que explica mejor el control de natalidad que la clase social, o la ocupación del marido o incluso de la mujer. En general, el nivel de estudios de la mujer es más importante para este tema que el nivel de estudios del marido; así como, consistentemente, la familia de origen de la mujer influencia más que la del marido en el número de hijas e hijos que se tienen, desean y los métodos de control que se conocen y se practican:

⁴⁵ Jesús M. DE MIGUEL, "Social class and health structure in southern European countries: A sociological critique", pp. 399-419, en Jean-Claude GUYOR et al., *Santé, Médecine, et Sociologie* (Paris: Centre National de la Recherche Scientifique, 1978); "Policies and politics of the health reforms in southern European countries: A sociological critique", *Social Science and Medicine*, 11 (1977): 379-393, y "Los pobres mueren antes: Para un análisis sociológico de las desigualdades sociales en el sector sanitario", *Doctor: Política profesional* (mayo 1977): 54-60.

<i>Nivel de estudios</i>	<i>% de mujeres casadas que no conocen ningún método de control de natalidad</i>
Analfabetas	20
Sin estudios	13
Sólo primarios	5
Bachillerato	2
Universitarias	0

Como se puede observar, las diferencias son significativas. A su vez las mujeres que todavía no han tenido hijas ni hijos mantienen un nivel de desconocimiento sensiblemente más alto; llegando en el caso de las analfabetas al 49 por 100 que *no* conocen ningún método de control de natalidad.

El grupo más tradicional es el de las mujeres casadas que no han utilizado nunca ningún método de control de natalidad (nada menos que el 40 por 100). Este grupo son, o bien mujeres muy jóvenes que todavía no han terminado de tener el número de hijas e hijos que desean (el 76 por 100 de las que no han tenido hijas o hijos no han controlado nunca) o mujeres mayores que nunca han controlado y ya casi no necesitan control de su fecundidad. Es pues —como ya sugerimos anteriormente— una doble *pauta de jóvenes-maduras*. A su vez, en ambos grupos cuanto menor es la educación de la mujer mayor es la probabilidad de que no controle. Las máximas diferencias se observan entre mujeres analfabetas y universitarias:

<i>Nivel de estudios de la mujer</i>	<i>% de mujeres que nunca han utilizado un sistema de control de natalidad</i>	
	<i>Con hijos o sin hijos vivos</i>	<i>Sin hijos vivos</i>
Analfabetas	51	95
Superiores	16	8
TOTALES	40	76

En la *Tabla 4* se puede observar mejor la distribución de mujeres casadas que controlan la natalidad según el nivel de estudios de la mujer, y la relación de que a más estudios —y por lo tanto también clase social más alta— mayor es la proporción de parejas que controlan la natalidad. Tan sólo en el reducido grupo de las mujeres con estudios superiores (el 12 por 100 de todas las mujeres casadas) el nivel de control de natalidad antes del

TABLA 4

Proporción de mujeres casadas que controlan la natalidad según el nivel de estudios de la mujer

% de mujeres casadas que ^a

Estudios de la mujer	Han contro-			TOTAL ^b
	Nunca han controlado la natalidad	lado, pero no en la actualidad	Controlan actualmente la natalidad	
Superiores	17	19	63	100 % (68)
Medios	18	17	64	(198)
Bachillerato superior ...	21	20	60	(322)
Bachillerato elemental ...	25	15	60	(392)
Primaria	40	10	49	(3.353)
Sin estudios	46	10	43	(1.053)
Analfabetas	48	12	40	(515)
TOTALES ^c	39	11	49	100 % (5.810)

^a Técnicamente, mujeres no-solteras.

^b No se incluyen los casos en que no consta la información sobre control de natalidad.

^c Incluye "esterilización con fines anticonceptivos" y "esterilización por razones médicas u otro obstáculo a la fertilidad".

FUENTE: INE, *Encuesta de fecundidad* (Madrid: INE, 1978), p. 194.

primer bebé es alto y superior a la media. En el resto, el control es bajo, y las diferencias con el grupo de mujeres universitarias son llamativas:

Estudios de la mujer	% de mujeres casadas (y no embarazadas) que controlan la natalidad o han sido esterilizadas	
	En total	Sin hijos
Superiores	69	89
Medios	65	29
Bachillerato superior	63	40
Bachillerato elemental	62	17
Primaria	51	8,5
Sin estudios	45	1,5
Analfabetas	39	5,6
TOTALES	50 (5.315)	14 (285)

Teniendo en cuenta que las mujeres con estudios superiores debe ser un grupo relativamente joven, analizamos también la relación edad y estudios, llegando a la conclusión de que el nivel (alto) de estudios de la mujer no parece reducir la natalidad hasta muy recientemente:

Años de matrimonio	Número medio de hijas e hijos	
	Todas las mujeres casadas	Con estudios superiores
Menos de 10 años	1,7	1,3
De 10 a 19 años	2,8	2,9
De 20 y más años	3,4	3,6
TOTALES	2,5	1,7

En el resto del mundo, los grupos católicos son los que tradicionalmente controlan menos la natalidad. Al ser España un país masivamente católico, este hecho influye en una reducción del control de natalidad. Sin embargo, confirmamos la hipótesis de que *aunque la Iglesia católica mantiene una influencia grande en la definición de políticas de población nacional* (por ejemplo, oponiéndose a la legalización de los anticonceptivos, esterilización, IVE, etcétera), *sin embargo, su impacto real en las actitudes y conductas de las personas (incluso de las creyentes y practicantes) es relativamente pequeño*. En el total de España, un 44 por 100 de las mujeres católicas-practicantes no han utilizado nunca métodos de control de natalidad, frente al 27 por 100 de las católicas-no-practicantes, y el 32 por 100 de las no-creyentes. Las diferencias, no muy grandes, son más sensibles con el indicador de mujeres (casadas) que controlan antes de la primera hija o hijo: el 87 por 100 de las católicas-practicantes y el 75 por 100 de las católicas-no-practicantes nunca han controlado, frente a sólo el 25 por 100 de las no-creyentes. La religiosidad (católica) mantiene pues una influencia sobre el *no* control de natalidad sólo si hay pocas hijas o hijos; a partir del segundo o tercer nacimiento se produce el hecho paradójico de que las católicas-practicantes controlan incluso más (de media) que las no-creyentes. Y según el número de hijas o hijos, las católicas-practicantes sólo tienen una media un poco mayor (2,5) que las católicas-no-practicantes (2,4) y que las no-creyentes (2,2).

Del total de mujeres casadas y edad fértil, el 29 por 100 desean un embarazo, el 66 por 100 no desean otro nacimiento (aunque de éstas sólo controlan el 49 por 100) y el 5 por 100 no sabe. Esto supone que al menos el 17 por 100 de las mujeres casadas que *no* desean quedar embarazadas no están haciendo nada para evitarlo. Pero como hemos visto, en España el hecho de controlar la natalidad no depende del número de hijas o hijos que se tienen, ni de los deseos de quedar o no embarazada; depende, fundamentalmente, de la clase social de la familia, de la educación de la mujer y del lugar de residencia. El nivel de racionalidad sobre la planificación, limitación y espaciamiento de la prole es mínimo. Las pautas de fecundidad son todavía

bastante tradicionales, y no basta con culpar al Gobierno de esa actitud ⁴⁶, sino que debe buscarse una explicación más profunda, en la estructura social.

Ahora bien, si sólo tenemos en cuenta métodos de control eficaces, observamos que el 79 por 100 de las mujeres casadas que *no* desean quedar embarazadas no utilizan un sistema de control de natalidad eficaz. De nuevo este porcentaje apenas varía según el número de hijas e hijos que ya tienen. En general no existen diferencias significativas de control de natalidad entre las que desean y no desean un embarazo:

Utilización de métodos de control de natalidad	% de mujeres casadas que controlan la natalidad	
	Si desean un nacimiento	No desean un nacimiento
Ninguno	45	43
Uno ineficaz	33	36
Uno eficaz	21	21
TOTALES	100 (1.377)	100 (3.157)

La única diferencia es que las mujeres que *no* desean un nacimiento en el futuro utilizan un poco más (en realidad poco más) algún método ineficaz —fundamentalmente el coito interrumpido— ⁴⁷. En resumen, la aspiración de no tener otro embarazo no se ve aparejada a una decisión racional de utilizar un método (más o menos eficaz) para prevenirlo.

El retrato-robot de las mujeres (casadas) que no quieren un embarazo y, sin embargo, no hacen nada para evitarlo, es el esperado: mujeres maduras, sin estudios, residiendo en áreas poco desarrolladas, en zonas rurales, cató-

⁴⁶ Una tendencia dentro de los demógrafos (sobre todo durante los años setenta) es culpar a las élites gobernantes del fracaso (o no desarrollo) de los programas de control de natalidad: Bernard BERELSON, "On family planning communication", *Demography*, 1 (1964): 94-105, y J. MAYONE STYCOS, "Obstacles to programs of population control: Facts and fancies", *Marriage and Family Living*, 25 (1963): 5-13.

⁴⁷ Al menos los datos del INE de 1977 así lo confirman:

Métodos utilizados	% de mujeres casadas que controlan la natalidad	
	Desean un nacimiento	No lo desean
Coito interrumpido	22	28
Píldora	15	12
Ritmo	8	6
Condón	5	6

licas-practicantes, y dedicadas a las «labores del hogar»⁴⁸. En conclusión, la situación de España en 1977 es (*mutatis mutandis*) bastante similar a la de los Estados Unidos en 1960, con una proporción aproximada del 50 por 100 de mujeres casadas que controlan la natalidad. A los USA les costó trece años pasar del 50 al 70 por 100 de matrimonios que controlaban la natalidad, lo que si se puede aplicar al caso español supondría llegar al 70 por 100 (alrededor del 90 por 100 si se cuentan sólo las mujeres casadas bajo el riesgo de embarazo) hacia el año 1990. Las soluciones para acelerar este proceso son varias; entre todas las conocidas: crear una política estatal de planificación familiar y fundar numerosos centros (clínicas, dispensarios, consultas) de planificación familiar gratuitos o semigratuitos en todo el territorio. El primer punto va a chocar contra la ideología conservadora y las demandas de la propia Iglesia católica. Respecto del segundo punto, la experiencia sobre centros de planificación familiar en el extranjero no ha sido muy exitosa; contra lo que se esperaba, los centros (sobre todo los no asociados a un hospital) se utilizaban poco y sólo por una minoría de las parejas que controlaban. Estos son, pues, algunos de los problemas que la sociología de la población debe analizar con más detalle en el futuro si se quiere desarrollar un nivel adecuado y racional de control de natalidad en el país.

El último tren

Se pueden interferir los procesos de la reproducción en diferentes momentos: concepción, gestación y después del nacimiento. En este estudio nos referimos tan sólo a las pautas del *control de natalidad*, es decir control de la concepción y la gestación. La *interrupción voluntaria del embarazo* (IVE), popularmente conocida como «aborto», es el control voluntario de la reproducción después de la concepción y antes del nacimiento. No sólo se puede producir una extracción del producto de la concepción antes del nacimiento (*aborto provocado*), sino de una simple expulsión natural (*aborto espontáneo*); se habla también, a veces, de *aborto terapéutico*, que es el que se realiza para asegurar la salud de la mujer⁴⁹. En los países en que la IVE está autorizada por la ley (caso en el que *no* está España) se tiende a diferenciar entre abortos provocados *lícitos* e *ilícitos* (estos últimos, a veces, denominados *abortos criminales*)⁵⁰.

⁴⁸ INE, *Encuesta de fecundidad* (Madrid: INE, 1978), pp. 212-213.

⁴⁹ A menudo se dice "la salud de la madre", pero de hecho *no* es una madre, y puede no serlo de otras hijas o hijos anteriores. Por eso preferimos hablar de *mortalidad femenina* en vez de *mortalidad maternal* en el caso de IVE.

⁵⁰ Sobre estos conceptos, utilizados en España, véase Jesús M. DE MIGUEL, "Aborto y sociología: En torno a un artículo del señor Hernández", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 4 (1978): 171-175. Conviene también leer: Gerardo HERNÁNDEZ, "Agradecimientos y objeciones a una crítica de Jesús M. de Miguel" (pp. 176-181). Algunas de las ideas del presente trabajo se deben a esta oportuna polémica y a futuras comunicaciones entre ambos autores.

Existe un cierto acuerdo entre demógrafos y sociólogos de que la IVE no es el mejor método de control de natalidad, pero no deja de ser uno de los métodos existentes —y uno de los más utilizados, y no sólo históricamente sino en los tiempos contemporáneos—⁵¹. Curiosamente, la IVE se utiliza independientemente de si está legalizada o no, si está perseguida por la ley, e incluso si es considerada como inmoral. La diferencia es que allí donde la IVE está legalizada la tasa de mortalidad femenina (de quince a cuarenta y cuatro años) es bastante menor.

En Europa, durante los años setenta, la IVE es legal en la mayoría de los países, con la excepción de los tradicionalmente católicos: España, Portugal, Irlanda y Bélgica (en este último ilegal según la ley pero no en la práctica). En el mundo (en 1972), aproximadamente, la IVE era ilegal en el 23 por 100 de los países. Los primeros en legalizarla fueron Suecia (en 1938), Japón (1949), los países de Europa oriental (circa 1955) e Inglaterra (1967)⁵². La *legalización* de la IVE reconoce el derecho de toda mujer embarazada a decidir sobre su propio cuerpo, y pretende reducir además la alta morbilidad y mortalidad que viene asociada con el aborto provocado ilegal. En los últimos años la IVE se ha convertido en uno de los derechos fundamentales de la mujer, por el que luchan todos los movimientos feministas en los países en donde no está legalizada. El argumento que se esgrime es que ninguna mujer debe ser obligada a criar una hija o hijo que no desea⁵³.

En España uno de los sucesos más importantes sobre este tema fue el juicio de *las once mujeres de Bilbao*, acusadas de prácticas abortivas, en septiembre de 1979, para las que el fiscal solicitó penas de seis meses a sesenta años de prisión. Según la Coordinadora de Grupos Feministas de Euskadi: «Una de las causas de los embarazos no deseados fue la negativa de los médicos a proporcionarles anticonceptivos»⁵⁴. Sociológicamente hablando, no se trata de discutir si las mujeres deben o no deben abortar, o si la IVE debe

⁵¹ Véase el clásico artículo de Cristofer TIETZE, "Induced abortion as a method of fertility control", pp. 311-337, en S. J. Behrman et al. (comps.), *Fertility and Family Planning: A World View* (Ann Arbor: University of Michigan Press, 1969).

⁵² El 25 de diciembre de 1936, la *Generalitat* de Cataluña publicó un decreto en que quedaba "autorizada la interrupción oficial del embarazo en los hospitales, clínicas e instituciones sanitarias dependientes de la *Generalitat* de Cataluña, en las cuales está organizado el servicio especial para tal finalidad"; aduciéndose razones terapéuticas, eugénicas o éticas, a petición de la interesada. Para un análisis sociológico del aborto en España puede verse Julio IGLESIAS DE USSEL, *Sociología del aborto en España* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1980), y Raimon BONAL, "Aspectos sociológicos del aborto", *Papers: Revista de Sociología*, 10 (1978): 147-174.

⁵³ "El aborto no es más que el derecho al control de natalidad y al control del propio cuerpo". Anna MERCADÉ, *El despertar del feminismo en España* (Erandio, Bilbao: Ellacuría, 1976), p. 117.

⁵⁴ *Luz*, 35 (diciembre 1979): 82-88. El mejor estudio sobre IVE en un país europeo meridional (Italia) es el de Irene FIGA-TALAMANCA, "Social and psychological factors in the practice of induced abortion as a means of fertility control in an Italian population", *Genus*, vol. 27, núms. 1-4 (1971): 1-126.

ser legalizada o no, sino de analizar los recursos para atender a las mujeres que —independientemente de los juicios legales y morales, el riesgo, y el coste— van a abortar en España anualmente, y adecuar la política de población a esta realidad.

Una de las peores consecuencias de que la IVE sea ilegal es la falta de datos y estadísticas fiables, con lo que es difícil adoptar una política eficaz al respecto. En general, cuando un país pasa de una alta tasa de fecundidad a una baja, hay un período de tiempo en que la realización de IVE (incluso siendo ilegales) está muy extendida. Aunque éste sea el caso de España durante los próximos años, no existen datos todavía sobre la proporción de abortos. En algunos medios más propensos (como la Universidad) puede llegar hasta el 5 por 100 de las mujeres⁵⁵. Para el total de España, a finales de la década de los setenta, circulaba el dato de 300.000 IVE al año, lo que supone, aproximadamente, un tercio (31 por 100) de todas las concepciones: «*Por más que las leyes digan no*, se calcula que se hacen en España unos 300.000 abortos al año. *Por más que las leyes digan no*, las ricas abortan fuera y las pobres con carniceros o carniceras [sic]. *Las leyes que dicen no*, no evitan muertes ni miserias de mujeres»⁵⁶. A pesar de la valoración del hecho las cifras que se citan en España de abortos ilegales y de mortalidad postaborto, son tan variadas como in fiables. La mayoría citan actualmente de 300.000 a 400.000 IVE en España, el 10 por 100 de las cuales (según diversos autores de esas cifras) terminan con la muerte de la propia mujer (es decir, entre 30.000 y 40.000 mujeres al año). Estos datos no pueden ser ciertos, pues en 1975 murieron 8.652 mujeres de quince a cuarenta y nueve años de edad de todas las causas de muerte.

Nuestros intentos por realizar una estimación de las IVE a partir del *Movimiento Natural de Población* han sido infructuosos. Internacionalmente se considera que la mortalidad femenina debida a abortos ilegales se sitúa entre el 0,5 y el 1 por 100 de los casos anuales. Si aceptamos la cifra de 300.000 abortos al año en España, eso supondría entre 1.500 y 3.000 muertes de mujeres, o lo que es lo mismo del 17 al 35 por 100 de todos los fallecimientos de mujeres de quince a cuarenta y nueve años de edad. Estas proporciones parecen un poco altas; lo que sí podemos afirmar, sin embargo, es que el aborto ilegal es seguramente la causa más importante de muerte entre las mujeres de quince y cuarenta y nueve años de edad⁵⁷.

En los países desarrollados en donde la IVE está legalizada, la mortalidad relativa a esas IVE realizadas en el primer trimestre es, aproximadamente,

⁵⁵ En una encuesta a los estudiantes de la Universidad Autónoma de Barcelona, en 1976, el 4,8 por 100 de las mujeres entrevistadas afirman haber interrumpido voluntariamente (al menos) un embarazo.

⁵⁶ Leonor TABOADA, *Cuaderno feminista: Introducción al "self-help"* (Barcelona: Fontanella, 1978), p. 71.

⁵⁷ Que a su vez representan el 6,1 por 100 de todos los fallecimientos de mujeres, *versus* el 10,8 por 100 en el caso de los varones.

quince veces menor que la posibilidad de muerte por embarazo-parto-puerperio. En el grupo concreto de mujeres de quince a cuarenta y cinco años la mortalidad por IVE (legal) supone alrededor de tres mujeres por cada 100.000, lo que todavía es unas cinco veces menor que el riesgo de procreación normal. En algunos casos⁵⁸, sin embargo, debido a una mala técnica, o a las características del embarazo la mortalidad pueden aumentar hasta 40. Cada sistema de control de natalidad conlleva un riesgo (o probabilidad) de muerte para el usuario. También el embarazo-parto-puerperio tiene un riesgo de mortalidad; desde 10 a 30 casos por 100.000 nacimientos en los países desarrollados hasta 200 a 300 en los países en vías de desarrollo. La mortalidad de casi todos los otros métodos de control de natalidad es menor que la de IVE; pero todavía es mayor la tasa de *mortalidad materna* (mujeres muertas por embarazo-parto-puerperio, y sus complicaciones, por cada 100.000 nacimientos, al año). Sólo la alta mortalidad debida a las IVE ilegales supera a la mortalidad materna⁵⁹.

En España, en 1975, la tasa de mortalidad materna era de 23, es decir, era similar a la de otros países industrializados de occidente. Sin embargo, todas las sospechas sugieren que esta tasa está subestimada, precisamente en los casos de abortos ilegales con complicaciones que raras veces son contabilizados bajo la rúbrica de complicaciones del embarazo-parto-puerperio, precisamente por las repercusiones legales (y morales) que conlleva. En cualquier caso el costo, y el peligro, de los abortos ilegales es tan alto que la mayoría de los países terminan legalizándolo como única solución para reducir la tasa de mortalidad femenina. Además, desde un punto de vista sanitario y económico, el mantenimiento del aborto ilegal supone un costo considerable de recursos sanitarios, de difícil planificación. El aborto ilegal ha impulsado también a favorecer los métodos contraceptivos, legalizarlos e incluso promoverlos, desde el sector público. Esto ha llevado en algunos países a crear programas de planificación familiar y métodos de contracepción subsidiarios. También en algunos sitios la primera IVE de una mujer es gratis, pero no así las sucesivas.

La lucha contra la elevada mortalidad femenina ha sido causa común de los Gobiernos, la burocracia sanitaria y los movimientos populares (entre ellos las feministas). Todo ello ha llevado también a un mejor análisis detallado de los *métodos de contracepción en España*. Pero éste es un tema que requiere otro estudio.

⁵⁸ Por ejemplo, la mortalidad por IVE legal aumenta sensiblemente con la edad del feto. Véase Harry W. RUDEL et al., *Birth Control: Contraception and Abortion* (Nueva York: Macmillan, 1973), p. 240.

⁵⁹ También la mortalidad debida a ciertas operaciones es considerable, e incluso mayor que la IVE legal. Por ejemplo, la histerectomía mantenía en Inglaterra (en 1971) una mortalidad de 126 casos por cada 100.000 mujeres, lo que debería hacer reconsiderar esta medida que se está introduciendo con tanto entusiasmo en España actualmente.