
ABORTO Y PLANIFICACION FAMILIAR ASPECTOS SOCIOLOGICOS

Gerardo Hernández Rodríguez

En un anterior trabajo nuestro publicado también en esta *REVISTA DEL CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS*, bajo el título «Actitudes y criterios sobre la planificación familiar y el aborto», examinamos actitudes y criterios, fundamentalmente sectoriales o estamentales, buscando como finalidad primordial configurar el marco sociológico del tema que nos ocupa.

No cabe la menor duda de que éste, como otros tantos, es un problema sociológico. Es sociológico por el ámbito en que se manifiesta, y lo conflictivo de su naturaleza viene configurado por los factores que lo condicionan, lo determinan y que, en definitiva, al mismo tiempo y precisamente por ello, le imprimen su condición de sociológico.

De ahí que para llegar a contemplar, al fin, su vertiente, su naturaleza sociológica hayamos considerado como imprescindible el examen en nuestro estudio precedente de cuanto antecede, de todos estos factores —jurídicos, científicos, morales y políticos— que hacen que el problema del aborto pueda y deba ser objeto de estudio dentro del amplio campo de la Sociología.

A partir de aquí pondremos nuestra atención en su proyección sociológica, siendo conscientes de que la limitación, en cuanto a extensión de este trabajo, impuesta por las propias dimensiones de la publicación, nos obliga a prescindir de numerosos datos, citas y referencias no menos valiosas que las

aquí aportadas y que harían más completo este artículo, pero que nos forzaría a sobrepasar el número de páginas que nos han sido asignadas. Confío en que así lo comprenderán quienes echen en falta otros datos o referencias distintos de los que hemos incluido.

El aborto en España

Al referirnos en aquel trabajo a las delimitaciones definitorias del término señalamos cómo, a efectos estadísticos, no era lo mismo la acepción «aborto» para otras ramas del saber o de la interpretación, que de él también entienden.

Con esta misma dificultad nos encontramos ahora, cuando pretendemos cuantificar la frecuencia con que el fenómeno se repite

Así, en términos de lenguaje estadístico, se considera abortividad lo que, a otros efectos, se entiende por «mortalidad perinatal».

A esto se refiere Jesús M. de Miguel cuando dice:

«El Movimiento natural de la Población presenta las estadísticas de los nacidos muertos, muertos al nacer y muertos antes del primer día, todos ellos bajo la rúbrica de "abortos". Sin embargo, aquí no están incluidos la mortalidad embrionaria, muy poca de la fetal e, incluso, no todos los nacidos muertos.

Por otro lado, no hay estadísticas de prematuros. Así, pues, los datos que existen, como por ejemplo el de los 19.261 abortos en España en 1967, están muy minusvalorados y no son nada fiables. Es importante señalar que estamos hablando de "abortos involuntarios", y que no es legítimo sacar conclusiones sobre el nivel de control (voluntario) de natalidad, de estas estadísticas. Suponemos, sin embargo, que algunos casos de abortos voluntarios (o provocados) pueden aparecer bajo esta rúbrica¹.»

En otro lugar del texto a que estamos aludiendo, y al referirse a la mortalidad fetal y a la mortalidad intranatal (los llamados «nacidos muertos» y «muertos al nacer», respectivamente) añade: «Estos dos grupos más los muertos antes del primer día, es lo que el INE llama «abortos». Como ya vimos anteriormente, este concepto es inexacto y totalmente equívoco para utilizarlo en comparaciones internacionales»².

Esto puede inducir, igualmente, a equívocas apreciaciones cuando se consideran los datos relativos a mortalidad por aborto³, ya que en estas estadísticas se contabilizan como «abortos», ciertamente, a aquellos niños que, aun en partos «a término», nacen muertos o fallecen antes de las veinticuatro horas de vida fuera del seno materno, transcurridos en su totalidad los nueve

¹ Jesús M. DE MIGUEL RODRÍGUEZ, *El ritmo de la vida social*. Edit. Tecnos, Madrid, 1973, pág. 165.

² *Ibidem*, pág. 204.

³ Jesús M. DE MIGUEL RODRÍGUEZ, "Aborto y sociología. En torno a un artículo del señor Hernández", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, número 4. C. I. S., Madrid, octubre-diciembre 1978, pág. 174.

meses de gestación, en tanto que, como ya se ha señalado reiteradamente, para la Medicina solamente es aborto la interrupción del embarazo antes de la vigésimo octava semana de vida intrauterina del feto o cuando éste pesa menos de 1.000 gramos o presenta una talla inferior a los 35 centímetros. En nuestra opinión, es difícil, pues, pensar que la mayoría de estos «abortos» que puedan corresponder a nacidos muertos o muertos en las primeras veinticuatro horas, en partos a término, sean interrupciones voluntarias de embarazos terminados en los hospitales de la Seguridad Social; más nos inclinamos a pensar que éstas se puedan producir en los casos de «aborto» considerado desde el concepto clínico del mismo.

Así, pues, por otro lado, se contabilizan en los centros sanitarios los considerados abortos desde el punto de vista clínico. Son los que se practican cuando una madre gestante se presenta con una sintomatología propia de interrupción de embarazo, antes de las ya referidas veintiocho semanas de gestación.

En unos casos las causas son naturales y el aborto es espontáneo en una proporción, según apreciaciones médicas, de un aborto espontáneo por cada cuatro embarazos; en otros, son consecuencia de prácticas o acciones abortivas y, por consiguiente, se trata de abortos provocados, aunque solamente cuando se presentan graves manifestaciones sépticas puede fundadamente presumirse lo sean de esta naturaleza.

Pero éstos, unos y otros, no son considerados como tales en las tablas estadísticas del INE.

Por vía informativa señalaremos que en la Maternidad de la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social «La Paz», donde han nacido, aproximadamente, el 20 por 100 de los niños madrileños en los últimos diez años, se han producido, entre 1965 y 1975, 230.131 nacimientos y 37.107 abortos.

Los referidos aquí son, naturalmente, los conocidos como «abortos legales». Pero, ¿cuáles son las cifras de los abortos ilegales, los clandestinos, los no permitidos? Esto, como ya se ha dicho en varias ocasiones, es punto menos que imposible de saber, dado que, por su misma naturaleza de hecho delictivo, sólo se pueden conocer las correspondientes a aquellos casos que hayan sido descubiertos y perseguidos por la acción de la Justicia.

Por consiguiente, los datos sobre abortos provocados que usualmente se dan como correspondientes a los efectuados en España son supuestos, estimados o inferidos pero en todo caso de muy difícil, casi prácticamente imposible, comprobación.

Diversas publicaciones admiten como promedio de abortos voluntarios provocados en España la de 300.000, cifra que ha llegado a estandarizarse por su reiterada utilización referencial desde hace varios años.

El propio Fiscal del Tribunal Supremo, en la Memoria correspondiente al 15 de septiembre de 1974, admite como posible esta cifra cuando expone: «En España, según datos publicados en una revista profesional, sólo en Ma-

drid se provocan unos 20.000 abortos ilegales al año, aunque otras cifras hacen subir a 75.000 este número, de donde arranca la posibilidad —número calculado aproximado— de que en toda España vengan a producirse unos 300.000 abortos anuales. Se calcula también que unos 800.000 mujeres del país utilizan la píldora anticonceptiva ⁴.

El Informe FOESSA para 1973 da la cifra de 114.000 ⁵.

«Tribuna Médica», en el número extraordinario dedicado precisamente al tema del aborto, establecía una estimación con techo máximo de 100.000 abortos por año y mínimo de 70.000, correspondiendo de ellos 14.000 a abortividad en matrimonios, 15.000 a relaciones extramatrimoniales y 40.000 derivados de la prostitución ⁶.

Frente a una tasa bruta de natalidad de 20,0 por 100 en España, sólo superada por Irlanda con 20,9 por 100 e Islandia con 20,7 por 100 y que, como también señala el profesor Del Campo, «puede ser algo superior a la registrada, por la conocida razón de que solamente se inscriben como nacidos vivos en el Registro Civil quienes han vivido separados del claustro materno durante veinticuatro horas» ⁷; presenta hoy nuestra nación, como sigue refiriendo el propio Salustiano del Campo, «un importante grado de control de la natalidad por medios de uso voluntario» y previniendo que los datos con que contamos sobre este punto son extremadamente inseguros, menciona que en España «se registran cada año un promedio de 22.453 abortos» ⁸.

El profesor Del Campo da, asimismo, estas cifras en otro de sus estudios ⁹ y, por último, tras referirse a la normativa legal existente al respecto en España y a diversas y cualificadas opiniones sobre el tema del aborto, se remite a los datos aportados por «Tribuna Médica», a los que ya hemos aludido ¹⁰.

Como hemos podido observar, la diversidad en las apreciaciones sobre el número supuesto de abortos voluntarios practicados en España es, ciertamente, considerable y prácticamente imposible de conocer, por ahora, la cifra exacta de los provocados.

Abortos de españolas en el extranjero

Pero si es difícil conocer este dato referido a España, no lo es tanto el de saber, al menos en parte, el número de españolas que se trasladan a otros

⁴ *Memoria del fiscal del Tribunal Supremo*, pág. 76, 15 de septiembre de 1974.

⁵ FOESSA, Informe. Ed. Euramérica, Madrid, 1973.

⁶ *Tribuna Médica*, número 541. Madrid, 8 de febrero de 1974.

⁷ Salustiano DEL CAMPO URBANO, *Análisis de la población española*. Ed. Ariel, Madrid, 1972, pág. 45.

⁸ *Ibidem*, pág. 51.

⁹ Salustiano DEL CAMPO URBANO, «La España de los años 70. I. La sociedad». «Composición, dinámica y distribución de la población española», pág. 45. Ed. Moneda y Crédito, Madrid, 1972.

¹⁰ Salustiano DEL CAMPO URBANO, «Sistema 4». «Política demográfica de la familia y de la natalidad en España». Madrid, enero de 1974, pág. 71.

países para interrumpir voluntariamente embarazos, básicamente a Gran Bretaña, Francia y Holanda.

Por veinticinco o treinta mil pesetas las españolas pueden abortar en Londres. Ese es el precio total entre billete de avión, estancia en la clínica e intervención.

Precisamente el coste de la intervención, el tener que desplazarse a un país extranjero y otros condicionamientos derivados del procedimiento, hacen que éste quede limitado solamente a algunos sectores. En otros casos, quienes carezcan de estos medios y pretendan interrumpir su embarazo, habrán de hacerlo en el interior de la propia nación, poniéndose en manos, la mayor parte de las veces, de personas escasamente capacitadas y en condiciones precarias en cuanto a medios de asepsia se refiere. Un buen número de ellas acaban luego en centros sanitarios aquejadas de trastornos —muchas veces graves— derivados de las intervenciones realizadas en estas circunstancias y condiciones.

Los datos que obran en nuestro poder y por los que podemos observar la evolución experimentada entre las españolas y, comparativamente con las mujeres de otros países, arrojan las cifras siguientes:

CUADRO 1
*Notificaciones de abortos efectuados al amparo de la
Abortion Act de 1967 en Inglaterra y País de Gales*

Mujeres	Años				
	1974	1975	1976	1977	1978 (enero a septbre.)
Residentes	109.432	106.648	101.003	102.237	82.878
No residentes	53.685	33.873	26.901	30.762	22.571
<i>Nación de procedencia:</i>					
Gran Bretaña (Inglaterra, País de Gales, Escocia, Ir- landa del Norte e Islas del Canal y de Man)	111.945	109.194	103.380	104.744	84.903
República de Irlanda	1.406	1.562	1.802	2.183	1.838
Bélgica	616	390	364	364	277
Francia	36.541	14.809	4.459	4.201	2.389
Rep. Fed. Alemania	6.112	3.417	2.376	1.732	991
Italia	1.730	5.304	7.881	7.849	3.577
ESPAÑA	2.863	4.230	6.022	10.171	10.075
Suiza	604	422	294	284	215
Otros países	1.300	1.193	1.326	1.471	1.184
TOTAL	163.117	140.521	127.904	132.999	105.449

Nota: Las mujeres escocesas, nor-irlandesas y de las Islas del Canal y de Man, vienen consideradas como "no residentes", ya que estas cifras son para las intervenciones realizadas en Inglaterra y en el País de Gales.

FUENTE: O. P. C. S., *Monitor*, 3-II-1976, 8-II-1977 y 21-XI-1978.

Como podemos observar, la cifra de españolas que en estos cinco últimos años se han trasladado a Inglaterra para abortar ha ido experimentando un considerable incremento.

La despenalización del aborto provocado en Francia y en Italia ha ido reduciendo la cifra de mujeres procedentes de estas dos naciones que iban a interrumpir voluntariamente sus embarazos a Inglaterra, pasando a realizarse dentro de los respectivos países de origen. Pese a ello, y según lo expuesto por el profesor Souloul, de la Universidad de Tours, en el Simposio Europeo celebrado en noviembre de 1978 en la Universidad de Lovaina, en Francia no se cumplen las limitaciones dispuestas, y aun así, el número de abortos clandestinos que se practican se calculan en unos 400.000.

Mortalidad materna por aborto

Hay, sin embargo, otros datos a los que consideramos oportuno referirnos al hablar del aborto. Son los que nos dicen razón de la mortalidad materna por causa del aborto

La mortalidad materna por aborto en España, según datos aportados por el Dr. Arbelo Curbelo para el decenio de 1965/74, es la de menor valor (7,06 por 100) de las cuatro grandes agrupaciones de rúbricas que considera la Nomenclatura Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte relacionadas con el hecho del embarazo y la maternidad —trastornos del embarazo, aborto, parto, complicaciones específicas, complicaciones del puerperio—. En este período de años, el número de madres fallecidas por interrupciones de embarazo fue de 173, o sea, 17 de promedio por año, y su coeficiente de 2,59 por cien mil nacidos vivos, por lo que el Dr. Arbelo considera como exageradas las cifras de abortos provocados en España y a las que ya hemos hecho mención.

CUADRO 2

España. Madres fallecidas en los diversos grupos de edades por «aborto» (1965/74)

Años de edad	Años											
	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	65-74	O/O
15-19	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	1,1
20-24	—	2	1	1	1	4	1	5	4	5	25	14,4
25-29	5	6	7	3	4	2	1	7	4	6	45	26,0
30-34	6	3	7	4	4	4	2	4	7	5	46	26,6
35-39	5	3	3	2	3	3	4	5	1	4	33	19,1
40-44	1	1	4	4	3	1	—	—	1	—	19	10,9
45-49	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	3	1,1
50-54	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
No consta	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—
TOTAL	17	15	22	14	17	15	8	21	19	21	173	7,06

FUENTE: *Tribuna Médica*, número 714.

Así, pues, y en relación a los diversos grupos de edades, la mayor proporción corresponde a los grupos de 30 a 34 años, 46 (26,58 por 100); 25 a 29, 45 (26,01 por 100), casi con igual valor; luego a los grupos de 35 a 39, 33 (19,07 por 100); 20 a 24, 25 (14,45 por 100), y 40 a 44, 19 (10,98 por ciento). Los restantes grupos de edades registran tan sólo tres y dos muertes, y 1,15 por 100, respectivamente; el grupo de 50 a 54 años de edad no registró muerte alguna ¹¹.

Actitudes y comportamientos en relación con el fenómeno del aborto

Hemos contemplado con anterioridad las actitudes observadas desde distintos campos hacia el problema del aborto. Ahora nos vamos a referir a las de eminente naturaleza social o sociológica.

Debido a las dificultades para su detección, como ya hemos visto, es raramente sancionada por la Ley la realización de un aborto y, por una serie de condicionantes a los que no es ajeno el cambio experimentado por la escala de valores, tampoco lo es por una tajante repulsa moral que, cuando se produce, tiende a tener cada vez menor fuerza, excepción hecha de los sectores más vinculados al pensamiento católico, y aun así, es preciso señalar diferentes conceptos y actitudes entre moralistas de la propia Iglesia Católica.

La propia sociedad, íntimamente, se empieza a sentir culpable o responsable de condicionar, con ciertas actitudes intransigentes, a aquellas mujeres que carezcan de una fuerte formación ética, para que se vean impulsadas a realizarlo. Sin embargo, esta repulsa social se manifiesta con evidentes síntomas hacia aquellos que se lucran con el aborto.

La actitud de determinados sectores de la sociedad hacia la mujer que se decide a abortar está supeditada a las actitudes instrumentadas frente al hecho causante, y está tanto más cerca de la inhibición, cuando no de la permisibilidad, cuanto mayor sea la relación que guarde con las razones dadas en otras legislaciones como válidas para proceder a la interrupción del embarazo.

Aunque en España, en general, la opinión pública se manifieste, siquiera formalmente, opuesta al aborto, muestra una actitud menos negativa cuando se sabe con certeza que la abortante lo ha sido en razón de violación; relaciones sexuales incestuosas en que no se haya observado actitud culpable en la mujer; presunción de malformaciones fetales, pues la perspectiva de una descendencia subnormal aún causa terror entre la mayor parte de la población, y, en última instancia, cuando corra peligro la vida de la madre.

Cuando se aduce «engaño» en las relaciones carnales, la actitud va desde

¹¹ A. ARBELO CURBELO y A. ARBELO LÓPEZ DE LETONA, "La mortalidad materna en España (1901-1974)", *Tribuna Médica*, número 714. Madrid, 24 de junio de 1977.

la irónica desconfianza hasta la repulsa, en función de la edad y formación de la mujer, pues hoy se hace difícil admitir que una mujer de nivel cultural medio sea «engañada» entre los dieciocho y los veintiún años y, en casos, aún de menos.

«Desde un punto de vista médico-social —dice el profesor Fernández Cabeza—, se demuestra también la indulgencia para la abortante por la facilidad con que se le concede en España ingreso en los hospitales, maternidades y residencias del Seguro, donde se resuelven con sencillez, seguridad y gratuidad, manteniéndose el secreto al menos con la eficacia suficiente para que pasen desconocidas todas las incidencias desagradables de la provocación del aborto. Todo suele quedar limitado a un breve ingreso (un par de días e incluso en tratamiento ambulatorio), con un diagnóstico inocuo de «metrorragia» o simplemente con la indicación terapéutica de un legrado, que ocultan el origen criminal de la intervención a posibles pesquisas posteriores o judicial»¹².

A este respecto opinamos que si bien es fácilmente viable seguir el procedimiento que indica Fernández Cabeza, por otra parte, y en especial en los centros sanitarios de la Seguridad Social, es realmente difícil demostrar cuándo una paciente se presenta —salvo los casos con cuadros sépticos evidentes— con síntomas de aborto si éste es realmente provocado o es espontáneo. Otra cosa es que se pretenda inferirlo.

No olvidemos que en un tiempo tan reducido de hospitalización como el que permanecen las mujeres asistidas en las maternidades de la Seguridad Social, dada la velocidad de rotación ante la elevada demanda de ingresos, es harto problemático dedicar el tiempo necesario a la realización de averiguaciones encaminadas a establecer la oportuna diferenciación y, en su caso, las causas.

También es preciso hacer constar que a estos centros acude un elevado número de mujeres que por su condición social o actividad profesional, y en función de las tareas que de ello se derivan, son más propensas a sufrir abortos espontáneos.

Todo lo anteriormente expuesto, continúa diciendo Fernández Cabeza, «no ocurre sólo en las grandes ciudades; aunque en las zonas rurales no debiera estar tan extendido este delito, la ola neomalthusiana ha llegado a todas partes, y de nuestras estadísticas no se puede deducir una señalada diferencia entre comarcas preferentemente rurales o zonas industrializadas o gran ciudad. En todas «saben» aproximadamente lo mismo.

También es prueba clara de la pasividad social frente al aborto criminal la escasísima contribución a su descubrimiento. Es excepcional que haya al-

¹² Jesús FERNÁNDEZ CABEZA, "Los delincuentes *honoris causa* mentalmente anormales". Conferencias y Comunicaciones del IX Curso Internacional de la Sociedad Internacional de Criminología. Facultad de Derecho de la Universidad de Madrid, febrero de 1962, pág. 239.

guna persona que, conociendo el delito, cumpla su obligación ciudadana de comunicarlo a las autoridades.

Sólo hay una excepción: cuando se realiza por rencillas o venganza personal, y más si median los celos. El aborto que llega a conocimiento de la Justicia es rarísimo en comparación con los miles que escapan al procedimiento judicial»¹³.

Por cuanto pueda servir de contraste con las actuales actitudes políticas y sociológicas, traemos aquí las respuestas con que en los comienzos de 1973 contestó el Gobierno a las preguntas formuladas por el procurador en Cortes don Antonio Castro Villacañas y por medio de las cuales requería información acerca de las actitudes gubernamentales respecto del aborto, los anticonceptivos y la planificación y creación de centros de orientación familiar.

Por medio del «Boletín Oficial de las Cortes Españolas», número 1.271, el Gobierno se manifestaba en este sentido:

«... Por ser el aborto espontáneo un proceso que guarda una relación muy directa con la patología ovular y materna durante la gestación, está fuertemente influenciado por factores genéticos, infecciosos, físicos, químicos y anatómicos.

La condición de clandestinidad en que se realiza el aborto provocado hace más difícil su conocimiento exacto y su proporción en relación con el número de gestaciones iniciadas. Solamente una parte de los mismos que requieren hospitalización, por complicaciones médicas, se conoce a través de la declaración obligatoria por los médicos asistentes.

La Dirección General de Sanidad lleva el registro sanitario de las especialidades farmacéuticas y el control de su fórmula y eficacia terapéutica. La cifra total de fabricación de anticonceptivos durante el año 1969 ascendió a 1.739.544 ejemplares. Se calcula en base a la duración del tratamiento necesario, en las enfermas en las que está indicado y los ejemplares requeridos durante el tratamiento, que el número de mujeres que lo utilizaron en 1969 fue de 120.000. Hasta la fecha se tiene comprobado que la cifra de producción durante el año 1970 y 1971 es sensiblemente igual o muy discretamente superior a la del año 1969.

Hay que tener en cuenta que aquellos preparados farmacéuticos considerados genéricamente como anovulatorios tienen, además, indicaciones médicas estrictas independientemente de su acción anticonceptiva.

Dicho tipo de especialidades se halla sometido, por un lado, a la prohibición de propaganda dirigida al público y, por otro, al requisito indispensable de la dispensación previa receta médica, estando sometido su consumo, desde un punto de vista legal, a control médico. La utilización fuera de ese control es, sin duda, muchísimo menor que en otros países.

¹³ *Ibidem*, págs. 239 y 240.

No se aprecia, por tanto, la necesidad de adoptar nuevas medidas frente a un problema cuya regulación legal está claramente delimitada»¹⁴.

Consideramos que el hecho de que en aquel entonces «la regulación legal del problema estuviera claramente delimitado» no excluía la posibilidad de que, a la vista de las nuevas actitudes y evidentes cambios en la realidad social, se adoptaran, o al menos se consideraran y estudiaran, unas posibles nuevas medidas.

La «discretamente superior» cifra de producción de los productos farmacéuticos anovuladores en aquellos años ha experimentado en los posteriores, como veremos más adelante, un muy sensible incremento ¿Quiere esto decir que ha aumentado en la misma proporción el número de enfermas que precisan tal tratamiento? Creemos que no; creemos que las causas son otras. Causas que en el año 1973, cuando el Gobierno dio esta respuesta al procurador señor Castro Villacañas, podrían ser previstas e inferidas no dando, con esta contestación, el Gobierno la sensación de desconocimiento de la cuestión o de carencia de información objetiva que del texto de sus aseveraciones se desprende.

Al referirnos en su momento a la legislación vigente en diversos países, examinamos las razones por las que en cada uno de ellos el aborto está o no legalizado; por consiguiente, sólo vamos a aludir ahora a ciertas actitudes sociales o sociológicas —por medio de referencias— observadas en algunos de aquéllos en los que se ha liberalizado.

El Dr. Ruther, inglés, opina que el aborto voluntario llega a producirse «porque la sociedad en sus actitudes, desgraciadamente, no asimila a las madres solteras y obliga a las chicas jóvenes a tener que abortar. Los padres incomprensivos e intransigentes no admiten que sus hijas lleguen a casa con el problema (...). La sociedad califica al aborto de crimen, pero tampoco da salidas ni cambia sus estructuras para que el tener un hijo no sea un "drama social" donde la vergüenza y el resentimiento duran toda la vida. Es la sociedad la que tiene que resolver el problema antes que condenarlo»¹⁵.

Como podemos comprobar, sólo hace alusión a la cuestión que afecta a madres solteras y/o menores.

Al referirse al problema en los Estados Unidos y a las actitudes observadas en aquel país, fundamentalmente por los católicos, señala D. Callahan que la cuestión del aborto presenta un panorama algo diferente, y afirma que representa una sobresaliente excepción a la generalización de que casi todos los aspectos de la doctrina católica y su práctica estuvieron sujetos a un examen intensivo en la pasada década, ya que el debate se ha centrado en lo que los católicos «deberían» en principio creer y hacer; la evidencia sociológica nos dice lo que de hecho creen y hacen. Si estos dos campos

¹⁴ *Boletín Oficial de las Cortes Españolas* número 1.271 (reproducido en el diario *Ya*, pág. 15, de fecha 17 de abril de 1973).

¹⁵ *Guadiana*, 20-26 de enero de 1977.

son claramente diferentes como categorías analíticas, se superponen e interpenetran en la realidad concreta de la vida católica. La teorización moral sobre la contracepción ha sido netamente influenciada no sólo por el hecho sociológico de la urbanización y la tecnología, sino también por los deseos y prácticas reales de los católicos influidos por estas realidades.

Según sigue diciendo D. Callahan, en Estados Unidos causó considerable sorpresa el contenido de la encíclica «*Humanae Vitae*», ya que, desde la clausura del Concilio Vaticano II, se esperaba que el Papa se pronunciara en otro sentido acerca del control de la natalidad, si bien no se llegó a suponer en ningún caso que se autorizara una total liberalización del aborto¹⁶.

Por su parte, el profesor Botella Llusía, al referirse a las repercusiones de la Ley de 1 de julio de 1970, en Nueva York, y a las actitudes y comportamientos derivados de la misma, señala:

«La Ley de Nueva York ha puesto inmediatamente de manifiesto un primero y muy grave problema. Al permitir libremente al aborto hasta la veinticuarta semana, no sólo incluye los llamados "abortos tardíos" (de la trece a la diecinueve semana), sino partos inmaduros (desde la veinte a la veinticuatro). Esto plantea muy graves problemas clínicos y complicaciones frecuentísimas y muy graves, que han sido recientemente reportadas por las estadísticas del primer año de rodaje de la Ley. En el primer año, desde julio de 1970 a igual fecha de 1971, se practicaron 100.000 abortos, y eso teniendo en cuenta que muchas mujeres desconocían aún sus derechos. En el pasado 1972, entre la propaganda creciente y las mujeres que acuden de otras partes, se ha sobrepasado la cifra de un cuarto de millón, si bien aún las estadísticas no están cerradas y es posible que estas cifras se queden cortas.

Un 36 por 100 de todas las embarazadas de Nueva York se hicieron abortar durante 1971, y de ellas el 24 por 100 eran católicas.

En la mayoría de los hospitales universitarios, internos y residentes se quejan de verse obligados a emplear todo su tiempo y a que el hospital tenga ocupadas todas sus camas con casos que no tienen ningún interés científico y docente. Muchos de los médicos del Staff protestan por tener que cumplir una misión contraria al juramento hipocrático. En algunos Estados la discusión médica en torno al aborto ha paralizado la aprobación de la Ley, por ejemplo en Ohio y en Massachussetts. Drogemuller, gran defensor de la Ley de Colorado, llega a la conclusión de que al cabo de tres años hay que modificarla porque no ha producido ningún bien sanitario ni social y sólo ha producido atrancos en los hospitales, dificultando la asistencia médica a los pacientes verdaderamente enfermos. Finalmente, Stone, Gordon y Rovinski hacen recientemente una crítica muy dura a la liberación del aborto, en base a argumentos puramente sanitarios. Aunque en la euforia sociopolí-

¹⁶ D. CALLAHAN, *Contraception and abortion: American Catholic Responses*. The Anals, vol. 387, enero 1970.

tica del mundo moderno es difícil ser oído en la polémica sobre el aborto, ya se empiezan a escuchar, con sordina al principio, pero netamente audible en los Estados Unidos, la marea de quejas, protestas e inconvenientes que un día desenmascarará a esta aberración de nuestro tiempo», dice el doctor Botella¹⁷.

En Francia, a requerimiento de la *Délégation générale à l'Information* y del *Ministère de la Santé*, el IFOP¹⁸ realizó una encuesta en septiembre de 1974 en la que se formularon diversas preguntas a 824 personas de dieciocho años y más sobre el aborto.

Los resultados demostraron la sensibilización y el interés de la opinión pública respecto de la cuestión, ya que nueve de cada diez personas respondieron a todas las preguntas formuladas.

Cuando se pidió opinión sobre las causas por las que sería permisible el aborto, un 48 por 100 estimaba que se debería autorizar la interrupción del embarazo, efectuada por un médico, cuando la mujer lo pidiera porque considerase que sus condiciones materiales o morales de existencia no le permiten tener un hijo. El 25 por 100 cree que no se debe permitir la interrupción del embarazo más que en ciertos casos limitados y precisos. Un 24 por 100 sólo lo admitiría cuando la vida de la madre corriese peligro, y no se pronuncia sobre el particular el 3 por 100 restante.

Cuando se trata de precisar sobre las razones, la opinión de los encuestados se muestra notablemente liberal, pues con porcentajes superiores al 50 por 100 dan su respuesta favorable a los casos en que:

	%
— El embarazo ponga en peligro la salud física o mental de la madre	90
— Se tengan serias razones para presumir que el hijo será anormal	88
— Incapacidad física o mental del padre o de la madre para educar a los hijos	82
— El matrimonio tiene ya un elevado número de hijos o no dispone de los recursos necesarios	76
— La futura madre está sola y sin recursos	69
— La futura madre es menor de dieciocho años	55

Por debajo del 50 por 100 se manifiestan permisivos con el aborto cuando las afectadas son mujeres solteras o temen ver perjudicado su bienestar o el de la pareja con el nacimiento de un nuevo hijo.

¹⁷ JOSÉ BOTELLA LLUSIÁ, "El aborto voluntario, panorama mundial y peligros para nuestra sociedad", *Cuadernos de Realidades Sociales*, número 4, 1974, págs. 79 a 82.

¹⁸ SONDAGES, *Problèmes du moment*, números 3-4, julio 1975.

Respecto del tiempo en que están dispuestos a admitir la práctica del aborto, el mayor porcentaje de respuestas, un 79 por 100, se pronuncian por el período anterior al cumplimiento del tercer mes del embarazo, opinando un 65 por 100 que efectuarlo después de ese límite es «cometer un crimen».

Al preguntar, ante una supuesta legalización del aborto en ciertos casos, sobre los requisitos que deberían exigirse para efectuarlo, un 36 por 100 piensa que ante el solo requerimiento de la madre a su médico; un 19 por 100 opina que mediante el acuerdo de dos médicos; para el 23 por 100 habría que exigir el previo examen de un informe y el acuerdo de una comisión de dos miembros (por ejemplo, un médico y una asistente social); el 8 por 100 cree que tras mantener una entrevista con una persona cualificada en un organismo social, y el 14 por 100 no expresa su opinión al respecto.

En cuanto a si la mujer debe de contar con el asentimiento o acuerdo de su pareja para interrumpir el embarazo, un 73 por 100 estima que sí, el 14 por 100 que no y el resto no responde.

Es muy significativo el constatar que al hacer esta pregunta se habla de la pareja y no del esposo o del presunto padre del niño, por las connotaciones sociológicas que aporta.

Para la interrupción del embarazo provocado en mujeres solteras menores de dieciocho años, piensan que debe dar su consentimiento el padre o la madre de la interesada un 59 por 100, el 25 por 100 no lo considera preciso y no se pronuncia el resto.

Y, por último, opinan que, en caso de ser legalizado el aborto, éste debe ser sufragado por la Seguridad Social en la misma proporción que la enfermedad, un 63 por 100; menos que la enfermedad, el 13 por 100, y piensan que no debe ser sufragado en absoluto, el 18 por 100, absteniéndose de contestar los integrantes del otro 6 por 100.

LA ALTERNATIVA DEL CONTROL DE LA NATALIDAD POR OTROS PROCEDIMIENTOS

Teorización de la alternativa

La O. N. U., en reciente informe, estimaba entre 40 y 45 millones el número de abortos practicados anualmente en el mundo.

De éstos es, evidentemente, imposible saber cuántos corresponden a los practicados en países donde no está legalizado, pero es, no obstante, necesario hacer algunas precisiones. La primera es que, como decimos, nadie conoce realmente el número total de abortos que se provocan en el mundo, ni siquisiera en un lugar determinado, por pequeño que sea y riguroso su control. De otra parte, resulta que incluso ni los datos oficiales facilitados por algunos países como Gran Bretaña, Estados Unidos, Japón y los países escandinavos y otros del área socialista son fidedignos. Ni todas las mujeres que abortan

lo hacen en las clínicas legalmente reconocidas ni a los abortadores les interesa, por una pluralidad de razones, registrar a todas las que se presentan.

Creemos, sin embargo, que el aborto no es, no debe, no tiene por qué ser el único procedimiento al que el hombre acuda para ejercer el control de la natalidad. Si así fuera tendríamos sobrados motivos para autocompadecernos, ya que el ser humano sólo sería capaz de evitar su excesiva concentración en el mundo en que vive mediante su propia autodestrucción, mediante la eliminación, precisamente, de sus miembros más inermes, de aquellos que no tienen ninguna posibilidad de defensa ni de supervivencia.

Por eso hay, debe haber, tiene que haber otros medios, otros sistemas para que, en el caso de querer o tener que limitar su crecimiento, no tener que recurrir al aborto.

No entramos aquí a fijar las circunstancias en las cuales al hombre le está permitido limitar esa propagación de su especie. Son cuestiones de ética. De ética personal, de conciencia íntima pero realista, objetiva y sincera cuando se trate de fijar los límites del crecimiento familiar; de moral colectiva y profunda, no con miras cicateras, sino de universalismo, cuando se pretenda controlar el desarrollo demográfico a nivel de comunidad nacional o a escala mundial.

No ha mucho, una de las mujeres que mayor dedicación presta a los Centros de Mujeres de Madrid y que conoce el problema muy de cerca y con harta intensidad, manifestaba públicamente, en el transcurso de un coloquio relacionado con este tema, su preocupación por si lo que tenían que reivindicar las mujeres de los movimientos feministas era el aborto o el que se arbitraran e implantaran las medidas y condiciones necesarias para que ninguna mujer deseara abortar o se viera impelida a ello.

Planificación familiar en sentido amplio

Probablemente nadie haya estudiado en España el tema concreto de la planificación familiar y las actitudes con él relacionadas con tanta profundidad y dedicación como el profesor Díez Nicolás. Nos permitimos hacer esta afirmación porque en cuantos textos conocemos y hemos consultado en relación con la materia hemos encontrado citas, transcripciones y referencias de sus trabajos.

Por ello, y teniendo para nosotros su criterio el valor indiscutible de su autoridad, hemos de traer aquí, ante todo, su juicio, con el que ya hemos expresado nuestro total acuerdo.

Es, pues, imprescindible señalar la distinción que, a su juicio, existe entre control de natalidad y planificación familiar, porque «la planificación familiar, la planificación de la familia, es un concepto amplio que incluye tanto los comportamientos encaminados a no tener hijos como a tenerlos, y, sobre

todo, incluye los comportamientos relativos a cuándo tener hijos, es decir, a su espaciamento (sin que ello signifique necesariamente reducción de su número). Por el contrario, el concepto de control de la natalidad suele ser más restringido, aplicándose generalmente a los aspectos negativos de la planificación familiar, es decir, a cómo evitar tener hijos»¹⁹.

Casi nos atreveríamos a afirmar que estos aspectos del control de la natalidad, por sus connotaciones negativas a que alude el profesor Díez Nicolás, en conjunto o individualmente considerados, cuentan con opiniones y actitudes a favor o en contra desde las distintas perspectivas posibles y, básicamente, desde el punto de vista moral. Sin embargo, creemos en la existencia de un acuerdo general a la hora de pronunciarse a favor de la creación o establecimiento de centros de planificación familiar, es decir, de asesoramiento y orientación desde todos los aspectos posibles teniendo en cuenta todos los planteamientos, características y actitudes de la población desde todas las combinaciones presumibles, no quedando reducidos a meras expendedorías de anticonceptivos.

En la misma línea que el profesor Díez Nicolás abunda desde una perspectiva distinta —la médica—, pero que viene a confluír en un mismo punto, el doctor Arbelo al afirmar que «la planificación familiar es fundamentalmente, en visión demográfica, control de natalidad en base de factores sociales médicos que la pareja considera en íntima relación con la salud y el bienestar familiar, tales son en primer lugar los medios económicos de que dispone y el número de hijos existentes. Pero no es sólo esto, sino también su contrapunto, combatir y curar la infertilidad o esterilidad y fomentar la natalidad en los países con bajo coeficiente, por ello poco desarrollados». Y añade: «La planificación familiar es un derecho humano de la mayor estimación, que cuando se desarrolle en la forma debida constituirá la base más firme del porvenir de nuestra especie»²⁰.

Para la Medicina es la planificación familiar una parte primordial y trascendental de la misma en su vertiente preventiva y en actuación eugénica pasiva que incumbe en forma fundamental a su rama básica: educación sanitaria en particular a la de su educación sexual. «No tiene por misión exclusiva aconsejar sobre normas para obtener natalicios deseados, sino, sobre todo, hijos en máxima salud, y así contribuir a mejorar la población humana. No está al servicio de la cantidad, sino de su calidad, problema demográfico que considero más importante que el primero», opina asimismo el doctor Arbelo²¹.

¹⁹ Juan Díez Nicolás, "Actitudes de la mujer española hacia los métodos de planificación familiar", *Revista Española de la Opinión Pública*, número 31. Madrid, enero-marzo de 1973.

²⁰ A. ARBELO CURBELO, "Planificación familiar y demografía española", *Tribuna Médica*, número 718, págs. 11 y sigs. Madrid, 22 de julio de 1977.

²¹ *Ibidem*.

La doctora Nájera Morrondo considera que la razón de la planificación familiar tiene su motivación siempre en la salud —en lugar de fijar sus causas en la limitación a la explosión demográfica y su relación con la producción económica, según estima la casi totalidad de los autores que se han ocupado del tema y, fundamentalmente, los sociólogos—, en base de la responsabilidad consciente de los cónyuges en el número de sus hijos, lo que determina su íntima relación con el fenómeno demográfico natalidad, en cuyos valores influye en forma indirecta de modo principal, razón por la que hay que conocer su influencia en el «quantum» de la población²².

La planificación familiar, en general, ha venido determinada como una necesidad —según criterio de diversos autores, y en España actualmente Díez Nicolás, Del Campo Urbano y De Miguel Rodríguez— de la fase actual de nuestra civilización, como un mecanismo de autodefensa ante los inconvenientes derivados de la superpoblación, real o subjetivamente considerada, en algunas zonas del planeta, que generalmente se corresponden con las más subdesarrolladas y las más avanzadas, respectivamente. En unas el problema estriba en la saturación de habitantes; en otras, en el deseo de un mayor y mejor disfrute de los bienes y medios disponibles.

Las causas de origen que han determinado esta necesidad de planificar la familia y, en su caso, de acudir a los medios de control de natalidad son, en síntesis, las siguientes:

- a) La superpoblación, considerada factor de malestar social.
- b) Los cambios sociales: industrialización, éxodo rural al urbanismo y no creación de nuevas fuentes de trabajo con la rapidez necesaria.
- c) Convencimiento casi general de que mientras más numerosa sea la familia, menor es su bienestar.
- d) Ser estimada como único medio de concluir con el aborto y sus problemas.
- e) Ser esencia de la nueva ética familiar y social, que el progreso de la Medicina permite llevar a cabo, en general, en forma sencilla, inocua y eficaz²³.

Las normas que en base a la bioestadística han sido establecidas en forma general para la planificación de la familia, modificadas por el ginecólogo en casos precisos, son las siguientes:

- 1.^a La edad óptima para la maternidad es la de veinte a treinta y cinco años.
- 2.^a Debe ser siempre establecida la vigilancia médica adecuada en el embarazo, parto y puerperio.
- 3.^a El intervalo entre el último hijo y la nueva gestación debe ser un mínimo de dos años y un máximo de cinco, intervalos considerados prevención de riesgos o enfermedades.

²² NÁJERA MORRONDO, "Ponencia en el Seminario sobre Planificación Familiar". Mahón (Baleares), 11 al 18 de junio de 1977.

²³ A. ARBELO CURBELO, "Planificación familiar...", *op. cit.*

4.^a El número óptimo de hijos es de dos o tres, siempre deseados ²⁴.

5.^a Prevención y tratamiento de la esterilidad ²⁵.

Base fundamental de la planificación familiar, como termina indicando el doctor Arbelo Curbelo ²⁶, es la educación sanitaria, en particular sobre la fisiología de la reproducción, que debe comenzar en la temprana edad de la educación general básica, y luego continuar, en mayor profundidad, en la adolescencia en los centros de salud de la red de que dispone o ha de disponer la Sanidad nacional, así como en los centros de orientación o de planificación familiar recientemente inaugurados y en aquellos cuya puesta en funcionamiento está prevista ya, y que es de esperar sean una realidad en el plazo más breve posible.

Los procedimientos

El profesor Díez Nicolás se refiere a la rápida y fuerte reducción de la natalidad observada en España durante la década de los años treinta, y su mantenimiento en los años sucesivos en un nivel ciertamente bajo, aunque superior al de casi todos los países europeos y al de otros desarrollados, así como a una previsible y nueva reducción en la década actual. Para llevar a cabo esta reducción considera, con evidentes razones y ajustados argumentos, que no ha sido suficiente con utilizar únicamente los procedimientos permitidos ni por la moral al uso ni por las leyes hasta ahora vigentes. Los medios de control utilizados han tenido que ser, forzosamente, y además de aquéllos, otros.

Legalmente, y hasta el pasado 7 de octubre, estaba prohibida la fabricación, propaganda y comercialización o suministro de anticonceptivos, y moralmente sólo está permitido por la Iglesia católica el sistema de «los períodos infecundos» o «abstinencia periódica», también conocido como «del ritmo» y más generalmente por el «método de Ogino y Knaus» o, simplemente, «el Ogino», aunque surgen nuevas corrientes dentro de la propia Iglesia y entre algunos moralistas nacen nuevos criterios menos rígidos y más permisivos.

Ahora bien, existen otros procedimientos que son también utilizados. Hagamos un somero recuento de los mismos a fin de, posteriormente, concentrar nuestra atención en las actitudes que con respecto a ellos se observan.

Son los más conocidos:

Anticonceptivos orales (la píldora) o de aplicación intramuscular, dispositivos intrauterinos (DIUs), «coitus interruptus», diafragma, espermicidas, esterilización quirúrgica (ligadura de trompas y vasectomía), lactancia prolongada, lavados o duchas vaginales, preservativos, ritmo (Ogino-Knaus) y temperatura basal.

²⁴ R. OMRAM, "La planificación de la familia. Un bien para la madre y para el niño", *Salud Mundial (OMS)*. Estados Unidos, 1974.

²⁵ A. ARBELO CURBELO, "Planificación familiar...", *op. cit.*

²⁶ *Ibidem.*

Respecto a su utilización y efectos, señala Díez Nicolás: «Independientemente de peculiaridades nacionales o de *status*, se puede afirmar que los métodos más corrientemente utilizados en el mundo y también en el occidental son el «coitus interruptus» y el preservativo, ambos de gran eficacia (si se utilizan bien, aunque el «coitus interruptus» tiene grandes posibilidades de error), y con muy raros efectos físicos secundarios. Les siguen el ritmo, los anticonceptivos orales y el diafragma; ahora bien, mientras que los dos últimos tienen un alto grado de eficacia, el ritmo sólo la tiene si se comprende y utiliza como es debido, lo cual requiere bastantes conocimientos por parte de la pareja; por otra parte, mientras que el diafragma y el ritmo no tienen efectos físicos secundarios apreciables (aunque habría que decir mucho sobre los efectos secundarios de índole psicológica del ritmo), los anticonceptivos orales, en su forma más usual, la píldora, parece que todavía requerirán más experimentación, pues en determinadas mujeres parecen producir ciertos efectos no deseados; finalmente, mientras que el diafragma y los anticonceptivos orales se están utilizando cada vez más, el ritmo está disminuyendo en amplios grupos sociales.

De los demás métodos, cuya utilización parece ser muy poco amplia, los dispositivos intrauterinos están difundándose de forma creciente, al igual que la esterilización quirúrgica, aunque su uso es mayor en los países menos desarrollados y con programas oficiales de planificación familiar. La eficacia de ambos métodos es grande, pero parece que por el momento tienen efectos físicos secundarios que habrá que corregir mediante sucesivas experimentaciones»²⁷.

En relación con los métodos posibles de control que se podrán utilizar en un futuro más o menos próximo, nos permitimos remitir al lector al trabajo del profesor Díez Nicolás publicado en el núm. 31 de la «Revista Española de la Opinión Pública», correspondiente al trimestre enero-marzo de 1974, en donde, acudiendo a la información de Sheldon J. Segal y Christopher Tietze, hace una detallada y pormenorizada relación de los mismos.

Conviene también tener en cuenta, como aduce Joaquín Leguina, que «un método anticonceptivo cualquiera tiene, de un lado, una eficacia técnica, y de otro, una eficacia práctica. La primera depende de la calidad teórica del método y la segunda de su forma de aplicación real, no teniendo por qué coincidir ambas, ya que la segunda depende de factores culturales y psicológicos, ni fácilmente controlables ni fácilmente cuantificables»²⁸.

Actitudes frente a los planteamientos de la planificación familiar y sus diversos procedimientos, en España

Una vez vistos los procedimientos utilizados o a utilizar, lo que nos in-

²⁷ Juan Díez NICOLÁS, "Actitudes de la mujer española...", *op. cit.*

²⁸ Joaquín LEGUINA, *Fundamentos de demografía*. Ed. Siglo XXI de España, Sociedad Anónima, Madrid, 1973 (2.ª edic. 1976), pág. 260.

teresa, sociológicamente, ver ahora es el comportamiento, las actitudes frente a estos mismos procedimientos, así como la evolución que estas actitudes han ido observando.

Para ello, hemos recurrido en primer lugar a las respuestas obtenidas en su encuesta por Díez Nicolás y González Seara²⁹ en el cuadro siguiente:

CUADRO N.º 3

En relación con el control de la natalidad, ¿qué postura cree Vd. que se debe adoptar?

	Hombres	Mujeres
	(En 0/0)	
No se debe permitir en ningún caso	15	15
Se debe permitir en la forma autorizada por la Iglesia ...	29	30
Se debe permitir por cualquier medio sólo cuando existan razones graves	26	26
Debe haber libertad para tener o no hijos	20	11
No saben o no contestan	10	18

A estas preguntas, junto con las otras que sirvieron para establecer los grados de conservadores, intermedios y progresistas, contestaron 860 personas (430 hombres y 430 mujeres), todas ellas consideradas como católicos practicantes, ya que la encuesta en su planteamiento general trataba de medir, no las actitudes respecto de la planificación familiar concretamente, sino la medida del conservadurismo en el catolicismo español.

En otra de sus investigaciones acerca de las actitudes frente a la planificación familiar, el profesor Díez Nicolás, entre una muestra nacional de 1.902 mujeres casadas y con edades comprendidas entre los quince y los cuarenta y cinco años, y con suficientes garantías de representatividad, ha podido constatar que en el conjunto de las entrevistadas la mayoría, un 69 por ciento, son partidarias de que exista información amplia y completa sobre métodos para limitar el número de hijos o espaciar su nacimiento, dejando a la conciencia de cada cual su posible utilización. Sólo un 15 por 100 se muestran partidarias de que no exista ningún tipo de información y un 12 por ciento serían partidarias del control obligatorio de la natalidad a partir de un determinado número de hijos³⁰.

²⁹ Juan Díez NICOLÁS y Luis GONZÁLEZ SEARA, "Progresismo y conservadurismo en el catolicismo español", *Los españoles y la opinión pública*. Editora Nacional, Madrid, 1976, págs. 146 y 153.

³⁰ Juan Díez NICOLÁS, "La mujer española y el control de la natalidad", *Reproducción*. Julio-septiembre 1974, págs. 235 y sigs.

Finalmente, en el informe sobre las actitudes y la utilización de anticonceptivos, publicado por el Centro de Investigaciones Sociológicas³¹, las respuestas a las correspondientes preguntas muestran cómo un 12 por 100 considera que el Estado no debe dar ningún tipo de información sobre el tema de la planificación familiar, un 28 por 100 estima que debe dar una información amplia, el 39 por 100 piensa que debe dar facilidades y poner los medios adecuados y hay un 4 por 100 que llega a manifestarse partidario de que el Estado debería limitar la natalidad a partir de un número dado de hijos

Respecto a los procedimientos utilizados, y siguiendo al profesor Díez Nicolás, vemos cómo «una cuarta parte de las mujeres consultadas opinan que la mayoría de la gente con que se relacionan utilizan algún método para planificar el número de hijos que tienen; un 36 por 100 opinan lo mismo de la mayoría de la gente en general, y un 59 por 100 creen que la mayoría de las personas importantes y famosas utilizan algún método para planificar el número de hijos que tienen o cuando los tienen. Como se ve, la opinión de que los demás controlan la natalidad es mayor cuanto más alejado de la entrevistada es el círculo social por el que se les pregunta. En el fondo, la actitud en cierto modo negativa que se percibe en la sociedad hacia el control de la natalidad lleva a las entrevistadas a proyectar en las personas con quienes se mantienen relaciones más íntimas unos comportamientos adecuados a esa norma social de rechazo del control de la natalidad. Sin embargo, reconociendo que el control está bastante extendido, no se tiene inconveniente en aceptar que es practicado por aquellas personas relativamente alejadas del círculo íntimo»³².

Al referirnos al conocimiento y empleo de los más usuales de entre los diferentes métodos anticonceptivos, vamos a contrastar los resultados de dos encuestas. Una, la del profesor Díez Nicolás realizada en 1971 con una muestra nacional de 1.902 mujeres casadas³³, y la otra, la efectuada por el Instituto Nacional de Estadística en 1977 con una muestra nacional de 5.814 mujeres no solteras³⁴.

En el año 1972 se estimaba, según indica Salustiano del Campo³⁵, que el porcentaje de mujeres que tomaban la píldora era en España, cuando menos, el 2,10 por 100, mientras que en otro de sus trabajos³⁶ eleva este porcentaje al 12,2 por 100 del total de mujeres entre los 15 y los 45 años, en tanto que el Fiscal del Tribunal Supremo, en el Informe de su Memoria co-

³¹ *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, número 1. C. I. S., Madrid, enero-marzo 1978, pág. 396.

³² Juan Díez NICOLÁS, "La mujer española y el control de la natalidad", *op. cit.*, página 229.

³³ Juan Díez NICOLÁS, "Actitudes de la mujer española", *op. cit.*

³⁴ "Encuesta de fecundidad" (diciembre 1977), *Instituto Nacional de Estadística*, Madrid, mayo de 1978.

³⁵ Salustiano DEL CAMPO URBANO, "La España de los años 70", *op. cit.*, pág. 45.

³⁶ Salustiano DEL CAMPO URBANO, "Sistema 4", *op. cit.*, pág. 67.

respondiente al año 1974, cifra en 800.000 las mujeres que ingieren píldoras anticonceptivas. Como hemos visto en la Encuesta de Fecundidad del Instituto Nacional de Estadística en 1977 este porcentaje se situaba en el 16 por 100.

CUADRO N.º 4

	Encuesta del Prof. D. Nicolás		Encuesta del I. N. E.	
	Han oído hablar (%)	Consideran más utilizado en España (%)	Conocen (%)	Utilizan (%)
Coitus interruptus	35	11	70,4	30,7
Preservativo	42	11	67,9	7,1
Ogino	58	23	52,9	12,6
Píldora	72	20	88,5	16,7
D. I. U.	—	—	29,6	0,6
Diafragma... ..	16	0	19,3	0,1

FUENTES: *Revista Española de la Opinión Pública*, número 31, enero-marzo 1973, y *Encuesta de Fecundidad (1977)*, del I. N. E., mayo 1978, respectivamente.

Al hablar de «la píldora» hemos de tener muy en cuenta la enorme diferenciación entre los anovulatorios u ovulísticos, que son fármacos destinados a regular el período menstrual o ciclo reproductor femenino, no prohibidos por la Ley, y los anticonceptivos orales propiamente dichos, cuya comercialización y propaganda, como ya hemos visto, no estaban permitidas.

En este sentido, la Mesa Redonda sobre anticonceptivos celebrada en el Colegio de Médicos de Murcia, en el año 1973, entre sus conclusiones se pronunciaba sobre el particular en los siguientes términos:

«— No es correcto llamar anovulatorios, ovulísticos, reguladores de la ovulación, etc., a los anticonceptivos orales o inyectables porque no es éste su único efecto, y, de hecho, los modernos anticonceptivos aseguran su efecto antiembarazo sin anular la ovulación o bien con un efecto abortivo (píldoras de la mañana siguiente).

— En la actualidad no existe ninguna alteración que no pueda ser tratada correctamente sin necesidad de recurrir a los anticonceptivos.

— Las técnicas de administración generalizadas de este fármaco pretenden conseguir un efecto anticonceptivo simulando un ciclo normal. Por ello, en estos casos, no deben considerarse como medicamentos, sino como anticonceptivos»³⁷.

«Los anticonceptivos orales, la popular píldora o pastilla antifecundidad, es —conforme indica el Dr. Arbelo—, el proceder de uso más generalizado

³⁷ Ya, Madrid, 20 de febrero de 1973.

en la mujer española, cada vez en mayor número convencida de su sencillez, tolerancia e inocuidad y su ayuda primordial y decisiva a la salud y bienestar familiar, y en razón de herir menos su psicología al no tener relación directa con su sexo. Sin embargo, ellos requieren idoneidad fisiológica de su elección y control ginecológico que proteja a la mujer de la excepcional patología: hipertensión o trombosis, ya que no ha sido confirmado el cáncer de mama ni las posibles anomalías cromosómicas o metabólicas en el hijo. La hipertensión o trombosis se producen sólo en una pequeña proporción de mujeres y desaparece pronto, una vez interrumpido su uso. El cáncer de mama es más bien de disminución en las usuarias de anticonceptivos y en las anomalías cromosómicas se han encontrado igual riesgo que en las otras mujeres que dan a luz no usuarias de píldoras, Al conocimiento etiopatogénico de los efectos secundarios de los anovulatorios orales en sus dosis mínimas y máximas le queda todavía estudios por realizar.

Los métodos anticonceptivos no orales: preservativos, espermicidas, diafragma, inyecciones hormonales, dispositivos intraútero, esterilización tubárica de tipo quirúrgico, vasectomía, etc., quedan limitados a los excepcionales casos que determinan los factores médico-sociales, culturales y morales.

Los anticonceptivos hormonales inyectables tienen gran aceptación, dada su comodidad; una inyección cada tres meses o cada seis, aunque para algunas mujeres tienen el inconveniente de efectos secundarios inaceptables: largo período de hemorragia o amenorrea»³⁸.

Hemos de hacer constar que, a nuestro juicio, la confusión existente a nivel de empleo usual del término entre anovulatorios u ovulísticos y anticonceptivos y el hecho de que éstos estuvieran perseguidos por la legislación penal, influían extraordinariamente en la dificultad observada para la obtención de los datos referentes al consumo de aquéllos.

A este respecto, el profesor Del Campo, señalando como fuente la Dirección General de Sanidad, donde a él le fueron facilitados directamente estos datos³⁹, señala el consumo de anovulatorios en España en el período 1966/71, de acuerdo con el cuadro siguiente:

CUADRO N.º 5

Consumo de anovulatorios en España (1966/71)

Años	Unidades de anovulatorios
1966	789.000
1967	1.262.000
1968	2.716.400
1969	2.837.100
1970	3.229.900
1971 (hasta noviembre) ...	3.221.900

³⁸ A. ARBELO CURBELO, "Planificación familiar...", *op. cit.*

³⁹ Salustiano DEL CAMPO URBANO, "Sistema 4", *op. cit.*, pág. 68.

Cifras que se incrementan a partir de aquellas fechas, de acuerdo con los datos obtenidos por nosotros mismos sobre ventas de unidades de anovulatorios en España correspondientes a ocho especialidades preparadas por cuatro Laboratorios diferentes, conforme a la siguiente distribución:

CUADRO N.º 6

Consumo de anovulatorios en España (1972/77)

Años	Unidades de anovulatorios
1972	2.244.700
1973	2.930.500
1974	3.767.400
1975	4.922.600
1976	5.603.200
1977	6.793.300

Finalmente, consideramos significativamente ilustrativo señalar que, del total de las mujeres consultadas en la Encuesta de Fecundidad del INE, un 40,2 por 100 manifiesta no haber utilizado ningún procedimiento anticonceptivo y de las casadas y no embarazadas, un 47,4 por 100 no emplea método alguno en la actualidad, en tanto que un 16,6 por 100 habían quedado embarazadas en su último intervalo cerrado, pese a seguir algún sistema de control de natalidad y durante su empleo.

Pero tanto haciendo uso o no de los métodos existentes, lo cierto es que se piensa en algún procedimiento de limitación de la natalidad y de planificación familiar. Prueba de ello es que la media de hijos deseados por estas mujeres está en 2,79 por 100, al tiempo que consideran que una media de 2,78 por 100 es la ideal para una familia actual, siendo la media de hijos habidos por estas mismas mujeres de 2,77.

El problema quizá radique en saber cuántas de las mujeres que dicen no utilizar ningún procedimiento para limitar la natalidad están pensando en los de tipo químico o mecánico, no considerando como métodos anticonceptivos a los de tipo físico o natural, ya sean continencia, Ogino o «coitus interruptus».

Las actitudes en torno a la planificación familiar en otros países

Ya vimos cuáles vienen a ser las actitudes o, mejor dicho, las normas legales, en otros países acerca del aborto como procedimiento regulador de la

natalidad⁴⁰. En relación con los demás procedimientos, depende su uso y empleo en gran medida del área cultural en que el hecho se produce; sin embargo, y debido a que es considerado como un medio, fruto del avance tecnológico y, por consiguiente, se asocia con los países más desarrollados y con la civilización occidental, parece que el que está alcanzando un mayor nivel de difusión y aceptación es el anticonceptivo oral.

En un elevado número de países y pese a los efectos secundarios que se sabe o se supone produce, uno de los medios de planificación familiar, o mejor dicho de control de la natalidad, considerado como más seguro es el de la contracepción o anticoncepción, según los casos, oral.

Según las estimaciones del Dr. H. Kopera, profesor del Instituto de Farmacología de la Universidad de Graz, más de cincuenta millones de mujeres del mundo ingieren diariamente contraceptivos orales.

En datos aportados por el profesor Salustiano del Campo⁴¹, ya en 1972 se consideraba que el porcentaje de mujeres que tomaban la píldora en Francia ascendía al 4,75 por 100; en Inglaterra al 8,13 por 100; en Alemania al 11,2 por 100; en los Estados Unidos al 16,95 por 100. Suecia daba la proporción más elevada, un 22,44 por 100, mientras que las más bajas, con excepción de España, que entonces daba —como hemos visto— un 2,10 por ciento, las ofrecían Italia con el 0,78 por 100, Grecia con un 0,61 por 100 e Irlanda con el mínimo del 0,03 por 100.

En Europa, donde por nuestra inserción geográfica en el continente los hechos y actitudes nos parecen más próximos, y, por consiguiente, despiertan en nosotros un mayor interés, con el uso de la contracepción la mujer —según parece— «pretende vivir mejor su vida afectiva y aprovecharse de los adelantos de la tecnología y de la medicina, éstos al menos son algunos de los métodos personales que señalan los estudiosos del tema»⁴².

Y es precisamente en Europa donde, dos años antes, según un estudio realizado por la Federación Internacional de Planificación Familiar, la píldora es el anticonceptivo más seguro a fin de evitar el embarazo, aunque se usa en mayores porcentajes el preservativo.

Sin embargo, es significativo resaltar que entonces el mayor porcentaje, un 29 por 100, no empleaba ningún procedimiento tendente a evitar el embarazo.

Por último, vamos a referirnos a los resultados de dos encuestas, realizadas en Francia y de ámbito nacional. La primera de ellas efectuada en el

⁴⁰ G. HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, "Actitudes y criterios sobre la planificación familiar y el aborto", *R. E. I. S.*, número 1. C. I. S., Madrid, enero-marzo 1978, págs. 231 y siguientes.

⁴¹ Salustiano DEL CAMPO URBANO, "La España de los años 70", *op. cit.*, pág. 45.

⁴² José F. BEAUMONT, *El País*, Madrid, 6 de mayo de 1977.

año 1966, teniendo como tema central de la investigación «La estructura familiar y la prevención de los nacimientos»⁴³.

CUADRO N.º 7

Empleo de métodos contraceptivos en Europa (1970)

	Uso (%)	Fallos (%)
Preservativos	28	De 12 a 43
Píldora	13	De 0 a 1,3
Espirales	12	De 10 a 38
Medida de temperatura	5	De 0 a 38
Diafragma	4	De 4 a 38
Químicos	4	De 0 a 12
Otros aparatos mecánicos	4	De 0 a 2
Abstinencia programada	3	— . —
No usan contraceptivos	29	De 15 a 85

FUENTE: Federación Internacional de Planificación Familiar.

Los resultados, en síntesis, vienen a mostrarnos, entre otras cosas:

a) En 1966, como en 1956 y después del final de la Segunda Guerra Mundial, más del 90 por 100 de los consultados opinan que el número ideal de hijos en una familia viene a oscilar entre tres y cuatro. La mayor frecuencia es en torno a dos y, sobre todo, a tres, quedando la media alrededor de 2,7.

b) Se estima como preferible (72 por 100 en el total, 68 por 100 en los hombres y 74 por 100 en las mujeres) que el primer hijo, en los matrimonios jóvenes, no venga inmediatamente, sino un poco más tarde.

c) Se considera por la mayoría como intervalo medio óptimo entre un nacimiento y el siguiente el de 2,3 años. En cualquier caso se opina que no debe producirse un nuevo embarazo sin que medie un tiempo prudencial para que la madre descanse y se reponga.

d) Para casi la mitad de los entrevistados, la edad de la madre al tener el último hijo no debe ser superior a los 35-37 años. La principal razón invocada para expresar esta actitud es el deseo de que se evite un «decalage» entre las generaciones.

e) Sobre la regulación o control de la natalidad o la planificación familiar propiamente dicha, un 77 por 100 de los entrevistados dijeron haber oído hablar, mientras que en 1956 solamente un 44 por 100 habían tenido noticia de la limitación de nacimientos; entendiendo la mayor proporción, un 62 por 100, que se trata de un medio para establecer el número de hijos que se desea tener y el momento de tenerlos; un 8 por 100 consideraba que su ob-

⁴³ POPULATION, *Une enquête auprès du public sur la structure familiale et la prévention des naissances*, número 3, mayo-junio 1967.

jetivo es el de espaciar los nacimientos, y el 21 por 100 creía que es un medio para tener menos hijos, siendo este criterio el más frecuente entre las personas con menor nivel de información.

f) En relación con el consumo de la píldora, en conjunto, un 68 por ciento de las entrevistadas opinan que las mujeres, en el futuro, la utilizarán, pero el 72 por 100 pensaba que sólo deberían expenderse en las farmacias por indicación y con receta del médico.

Es preciso aclarar que cuando se realizó esta encuesta un 30 a 35 por 100 de las mujeres entrevistadas de entre las que habían dado a luz recientemente, habían tomado la píldora para evitar el último embarazo.

g) También consideramos oportuno consignar que, al pronunciarse la opinión pública francesa contrastada en esta encuesta, se ha notado un favorable y notorio incremento en pro de la creación de centros de orientación sexual y de planificación familiar o que aprobarían que los médicos especialistas fueran autorizados en las maternidades para facilitar a las mujeres la información precisa. En 1956 se mostró favorable a esto un 45 por 100, esta cifra se elevó hasta el 71 por 100 en 1965 y ascendía hasta el 79 por ciento en el año 1966

Del 60 al 70 por 100 aumentó el porcentaje, en diez años, de quienes consideraban oportuno comenzar la educación sexual en la escuela, pero centraban este tipo de enseñanza, mayoritariamente, entre los 14 y los 15 años de edad del alumno.

La otra investigación a que vamos a aludir fue llevada a cabo, en abril de 1975, entre una muestra de 1.232 personas cuyas edades estaban comprendidas entre los 15 y los 50 años, por el IFOP, a petición del «Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale». El tema objeto de la misma fue «Métodos y prácticas contraceptivas»⁴⁴.

Los principales resultados de este estudio pueden resumirse de la manera siguiente:

— Es deseable que una pareja pueda planificar el tamaño de la familia: 93 por 100.

— La planificación y el control de la natalidad debe de ser, ante todo, un problema de la pareja: 79 por 100.

Mientras que en la encuesta celebrada en 1966, y a la que nos hemos referido, un 72 por 100 consideraba que la píldora debía administrarse por indicación facultativa, en ésta, un 21 por 100 de las personas entrevistadas pensaba que no era preciso ningún tipo de ordenanza o disposición legal para poder adquirirla. El porcentaje de los que se pronunciaron en este sentido, con edades comprendidas entre los 15 y los 20 años, fue del 38 por 100.

En esta misma proporción se pronunciaron también los jóvenes al no estimar preciso que los padres dieran su autorización para que las menores pu-

⁴⁴ SONDAGES, *Problèmes du moment*, números 3-4, julio 1975.

dieran adquirir la píldora. Del total de la muestra, fue un 56 por 100 el porcentaje que consideraba absolutamente necesario este requisito.

Los contraceptivos o anticonceptivos orales, la píldora, son considerados, a la vez que el método más seguro por tres de cada cuatro personas, el más peligroso. En este sentido se pronunció casi la mitad de la población encuestada.

Sin embargo, hemos podido observar a través de la comparación en las respuestas ofrecidas en estas investigaciones cómo este procedimiento, el de la contracepción oral, ha ido experimentando un incremento en su nivel de aceptación. Quizá, pese a los inconvenientes apuntados, esto se deba a su facilidad para su utilización, ya que los posibles efectos nocivos se contemplan con una perspectiva diferida a plazos más o menos lejanos. Se pierde la noción de la inmediatez, en favor de la eficacia perseguida.

NOTAS