

Control de natalidad en España

Juan Díez Nicolás
Jesús M. de Miguel

libros de confrontación

**Control de natalidad
en España**

LIBROS DE CONFRONTACION
Sociología, 11

Juan Díez Nicolás
Jesús M. de Miguel

CONTROL DE NATALIDAD EN ESPAÑA

Prólogo
de
AMANDO DE MIGUEL



Barcelona, 1981

© 1981, *Juan Díez Nicolás,*
Jesús M. de Miguel

© de la presente edición
EDITORIAL FONTANELLA, S.A.
Escorial, 50. Barcelona-24. 1981

Primera edición: junio 1981

Printed in Spain - Impreso en España
por Gráficas Diamante,
Zamora, 83. Barcelona-18

Depósito legal: B. 21243 - 1981
ISBN 84-244-0497-1

PROLOGO

De vicio privado a virtud pública

Se me permitirá que tome prestado el título del libro de James Reed en el que se relata la historia americana del movimiento de birth control. Ya es cambio el que ha tenido lugar en los asuntos de la procreación: de parecer crímenes se convierten en algo que la buena sociedad aprueba y estimula. Es más, ha llegado un momento en que parece obligado que la mujer decida por su cuenta el número de embarazos que quiera tener. El buen Dios parece haber delegado también esta función, que parece ser la última en la secular historia de la secularización.

La metáfora teológica no es banal. Entiendo que el control de natalidad —al menos en una sociedad como la española— se determina muy fundamentalmente por la creencia y la práctica religiosas. También influye una cierta actitud fatalista, que es como la religión al revés. El sesgo de los demógrafos ha sido ignorar demasiadas veces esas relaciones, porque parten de la ilusión de que sólo las variables incluidas en el censo explican las variables incluidas en el censo. Como es notorio, la religión se ha excluido sistemáticamente de las hojas censales. No parece muy justificada la decisión administrativa si recordamos que Jesucristo vino al mundo en Belén por mor de un censo.

Los estudios sobre población, entre nosotros, los españoles, aparecen demasiado centrados en esa práctica de los demógrafos al uso que consiste en comunicarse poco con otras disciplinas. Suelen además publicarse en las fuentes editoriales más dispares. De ahí que tengamos que pagar albricias por este intento de Juan Díez Nicolás y Jesús M. de Miguel

de reunir en un libro parte de la obra suelta que han venido publicando aquí y allá. De los dos he aprendido mucho. Ambos me han estimulado —acaso sin ellos pretenderlo— a investigar por mi cuenta en la base demográfica de la estructura social española. Lo he hecho a menudo junto a Jaime Martín-Moreno, quien a su vez, para cerrar el círculo, colabora con Díez Nicolás. Adelanto aquí algunas de las ideas que han ido surgiendo en los últimos trabajos. De esta manera el prólogo desborda la cortesía y pasa a ser incitación y crítica. Que es lo que supongo que se esperaba de mí.

Sobre la dispersión y la incomunicación que reina en este campo de la población daré un ejemplo reciente. Tomemos el número monográfico de la Revista Española de Investigaciones Sociológicas dedicado a «don José Ros Jimeno y don Román Perpiñá y Grau» por referirse a la población. El esfuerzo editorial es notable y los artículos, por lo general, bien documentados. Pero a lo que voy. El número aparece dedicado efectivamente a dos pioneros de las ciencias poblacionales, desde la estadística uno, desde la «oconomía» el otro. Pues bien, en el conjunto de los artículos apenas se recogen tres o cuatro menciones de cortesía a los autores homenajeados. Ya es difícil escribir sobre población española sin utilizar los trabajos de Ros Jimeno o de Perpiñá Grau. No acaba aquí la esquizofrenia epistemológica, que diría Carlos Moya. Tratando casi todos los artículos del número en cuestión de temas lógicamente parecidos, resulta de lo más curioso que los respectivos autores prácticamente no se citen entre sí. Y eso que son casi todos de las mismas o similares promociones. Da la impresión de que se han puesto a escribir sus respectivos trabajos para citarse a sí mismos. En lo cual no hacen sino confirmar que los que escriben de población siguen la regla de los restantes cofrades de la república de las letras, es decir, los que viven de citarse o no citarse.

Con Juan Díez Nicolás he mantenido una inacabada polémica sobre si después de la guerra civil del 36 descendió o no la fecundidad de manera significativa o si a partir de los años 70 vuelve a descender o no otra vez y por qué razones. Yo he sostenido la realidad de ambos descensos. Desgraciadamente nadie puede demostrar nada porque los censos de 1940 y 1950 son de escasa fiabilidad. De todas formas, después de una guerra hay que suponer que debería haber subido la natalidad para compensar, psicológica y económicamente, las pérdidas humanas del conflicto. El hecho es que en los años 40

no se produjo esa lógica subida y más si descontamos el posible error de la acumulación de registros no hechos durante los años bélicos. El alza se hizo esperar hasta la década siguiente, porque no fue hasta entonces cuando desaparecieron los maquis, el racionamiento, los fusilamientos y otras expresiones cotidianas de una situación de guerra. En los años 40 nos encontramos además con una situación única en la historia contemporánea: el enunciado de una política ferozmente (y hasta económicamente) natalista. Recuérdense los premios a las familias numerosas, la penalización de los anticonceptivos, el nacionalcatolicismo a todo trapo. Que en esas condiciones las tasas de fecundidad fueran más bajas que en los años 30 me parece a mí que hay que interpretarlo como un cambio importante.

No quiero agotar el espacio que me deja la gentileza de un prólogo para arrimar el ascua de la polémica a la sardina de mis argumentos. Tampoco voy a tirar del todo del otro rabo de la polémica por el que aseguraba hacia 1970 que la fecundidad estaba iniciando un descenso a tumba abierta. Reconozco que era arriesgada la predicción en un momento en que acababa de subir la natalidad (bruta, sobre todo), más que nada porque una porción desusada de mujeres recién casadas estaban encargando, pariendo o amamantando a sus respectivos primogénitos. Subió, sí, la natalidad en el período desarrollista de 1955 a 1965 (igual que en Italia y otros países europeos), pero es más cierto que el descenso de la fecundidad matrimonial seguía una larga trayectoria descendente, prácticamente desde que contamos con estadísticas de población. Si el fenómeno lo hubiéramos podido medir longitudinalmente la cosa estaría del todo clara. Desgraciadamente para esto los censos no son ni válidos ni fiables.

Insisto en la obvia contraposición entre natalidad (por mil habitantes) y su fecundidad (por mil mujeres —o mejor, por mil mujeres casadas— en edad fértil) porque el verdadero fenómeno del control de natalidad tiene que ver con el segundo concepto más que con el primero.

La distinción no es tan obvia como parece, pues una parte desusadamente alta de la literatura sobre población que se ha descrito entre nosotros, se monta sobre el comentario de las tasas brutas de natalidad. De poco sirven.

La natalidad puede descender porque hay menos mujeres en edad casadera, porque hay más mujeres que no se casan o que se casan más tarde. Esos procesos de intervención de la

nupcialidad no son propiamente control de los nacimientos. Por cierto que a estos efectos cuenta poco que las solteras tengan más o menos hijos, porque en la situación española este fenómeno resulta estadísticamente negligible. El control de natalidad se hace presente cuando una misma base de mujeres casadas empieza a tener menos descendencia y lo hace (a partir del primer hijo) de una manera deliberada, racional, eficaz y legítima. Definido así el concepto de una manera tan estricta, se puede decir que hasta los años 70 la tendencia general ha sido la del descenso de los nacimientos, pero que el control de los nacimientos sólo se deja ver a partir de esa fecha. El cambio resulta enormemente significativo en un país oficialmente católico. Nadie ha desmentido todavía que «somos la reserva moral de Occidente». Pero, en fin, la historia del control de natalidad se sigue mejor si se leen las páginas de este libro, que es de lo que se trata.

Algo tendría que decir de los autores que no fuera halago ni media filiación, si, como espero, el lector imagina que escribo este prologo con simpatía y sin compromiso. Me unen a ellos demasiados nudos biográficos, y hasta biológicos, como para hacerlo con soltura. Se juntan los dos por su original y concienzuda formación americana. Ambos destacan en el páramo académico por ser sobre todo dos grandes empresarios e importadores de ideas. No suele valorarse del todo entre nosotros el positivo efecto que cabe asignar a tal esforzado papel de organización de la ciencia. De Juan Díez Nicolás fui en su día obstinado competidor, por ser par. El desarrollismo del país y la movilidad personal nos hacían preocuparnos más del curriculum que de la vida. Al simpar Jesús M. de Miguel, con quien colaboré en celebradas ocasiones, traté de decirle que no compitiera tanto. Me temo que en ambos empeños resulté vencido.

Cuanto otros hagan la historia nuestra de los primeros vagidos de la sociología española más o menos académica y empírica, se verá que hay que contar muy primeramente con los dispersos y claros escritos de Juan Díez Nicolás y Jesús M. de Miguel. Yo espero además que, aunque prolíficos los dos, lo mejor de sus obras está todavía por escribir. Resulta envidiable su capacidad de trabajo organizado, la de los dos, cada uno a su manera. Ambos estudiaron sociología en sendas prestigiosas universidades americanas y además obtuvieron el grado correspondiente. Somos muchos los que hicimos el viaje, pero la mayoría no pasamos de «ampliar

estudios», como públicamente manifiestan nuestros currículos.

Para redondear estas páginas sin esquema no puedo dejar de añadir una mínima nota metodológica. Si durante tanto tiempo —y todavía hoy para mucha gente— el control de los nacimientos ha sido considerado como «vicio público», no otorguemos una validez descarada (face value) a los datos de encuesta. Tanto Juan Díez Nicolás como Jesús M. de Miguel parecen demasiado entusiastas de tal método en tan espinoso asunto. A mí me bastó la encuestilla del Foessa 70 para darme cuenta de que por ahí no íbamos a sacar nada. Las conductas no del todo legítimas (como la actitud ante la huelga o los partidos políticos en la edad media franquista) difícilmente pueden ser percibidas en una entrevista anónima. En todo caso habría que arbitrar el artificio de sumar los «no sabe/no contesta» a la proporción de mujeres que dicen «no controlar» la natalidad. En realidad, las que contestan que «no» por lo menos se lo han planteado, lo cual es ya un avance de modernidad. El no saber qué contestar suele corresponder a la actitud más tradicional y más todavía el negarse a realizar la entrevista. Todas esas son conductas bastante racionales. Se entiende, «racional» para el bienestar psicológico de las mujeres en cuestión. La racionalidad exige siempre la explicación del «para quién» lo es. En fin, una cosa es clara: los registros nos dicen que el control de natalidad se ha producido y se está produciendo en España muy por encima de lo que revelan los datos de encuesta.

No es por justificar mi ignorancia, pero me parece que los asuntos de población son demasiado importantes como para dejárselos a los demógrafos. Estos han ido conociendo instrumentos de medición cada vez más refinados, que se aplican a datos escasamente fiables y sobre los que opera una multiplicidad de factores extrademográficos. Seguir refinando los índices de medida con los datos que tenemos es como pesar patatas con balanza de precisión. Reconozco mi sesgo interesado de ser yo más entendido en patatas que en balanzas de precisión. Aislar las conductas poblacionales en el reducido camarín de los datos censales conduce tanto a mejorar la elegancia estadística (lo cual no está mal) como a empobrecer la agudeza de los razonamientos. Demos una oportunidad a los historiadores, sociólogos, psicólogos, economistas y antropólogos (si queda alguno fuera que se apunte) para que nos den el prisma completo de una realidad tan compleja como ésta de

la población. Que es también una realidad cualitativa, a veces incluso un suceso histórico e irrepetible, en ocasiones una región del ignoto continente ideológico.

Apréstense ya vuestas mercedes al yantar principal, que estas paginillas sólo han sido el abrir boca.

AMANDO DE MIGUEL

PREFACIO

El presente libro recoge tres lustros de estudios sociológicos sobre fecundidad, estructura familiar, y control de natalidad en España, desde 1964 hasta la actualidad. Estos años coinciden además con una intensa comunicación intelectual entre los dos autores, primero como maestro y discípulo en el *alma mater* de la castiza carrera de San Bernardo, y posteriormente como colegas y amigos a pesar de los seiscientos y pico kilómetros de distancia.

Aparte del estudio de datos secundarios (fundamentalmente estadísticas de nacimientos y defunciones del *Movimiento natural de la población*) analizamos aquí seis diferentes encuestas; seguramente las más importantes sobre el tema en España hasta la fecha. Las cuatro primeras fueron realizadas por el Instituto de la Opinión Pública (hoy convertido en Centro de Investigaciones Sociológicas) en Madrid-capital, a personas de 18 y más años de edad. La primera encuesta, titulada *Informe sobre los medios de comunicación de masas*, se aplicó en julio de 1964 a 923 mujeres. La segunda es la *Encuesta de política internacional*, realizada en noviembre de 1964 a una muestra de 430 mujeres. La tercera, la *Encuesta de actitudes religiosas*, fue aplicada en enero de 1965 también a 430 mujeres. Las tres trataban de averiguar el número ideal de embarazos, utilizando la siguiente pregunta: «*En general ¿cuál cree usted que es el número ideal de hijos para una familia más o menos como la suya?*». El número medio fue similar en las tres encuestas: 2,9 (julio 1964), 2,8 (noviembre 1964), y 3,0 (enero 1965). La cuarta encuesta es en el fondo la misma que la tercera, con la particularidad de que se

refiere a una muestra más amplia, de varones y mujeres (50 % en cada grupo), con 860 personas en total. Se analiza ya la postura sobre el control de natalidad, midiendo por primera vez en España la proporción de población partidaria del control de natalidad: el 18 % en este caso. Este bajo porcentaje no es de extrañar, pues sólo el 2 % se declaraban no-católicos.

En los siguientes años proliferaron diversos estudios sociológicos sobre el tema. Las dos encuestas más importantes (no realizadas por los autores de este libro, y por lo tanto no incluidas aquí) fueron la de Salustiano del Campo a 125 médicos de Barcelona (y publicada en la *Revista Española de la Opinión Pública* en 1965) con las opiniones de esos médicos sobre la contracepción que creían que realizaban sus pacientes; y la de Amando de Miguel *et alii*, para la Fundación FOESSA, a una muestra nacional de 570 mujeres amas-de-casa, en 1969. Esta última incluía la primera pregunta en España sobre actitudes ante la píldora, publicando los datos en el enciclopédico *Informe sociológico sobre la situación social de España 1970*.

La quinta encuesta que se presenta aquí es la realizada por Juan Díez Nicolás, con el apoyo de la Fundación Ford dentro del programa *Population Research and Legal Policy*. El estudio, titulado *Natalidad y planificación familiar*, incluía una muestra nacional de 1.902 mujeres-casadas, de 15 a 45 años de edad (es decir, operativamente en «edad fértil»). De todas formas, al ser casadas tan sólo un 1 % eran de 15 a 18 años de edad. Esta es la primera encuesta dedicada exclusivamente al tema de la fecundidad en España. Analiza la estructura familiar, control de natalidad, conocimiento y actitudes sobre seis métodos de contracepción, y el trabajo de la mujer. Sin embargo, todavía no llega a preguntar directamente por las prácticas de contracepción, sino solamente sobre información y actitudes al respecto. En 1972, y frente al 18 % favorable al control de natalidad siete años antes, esta encuesta encontró ya alrededor de la mitad de la población (entre el 42 % y el 52 % según la redacción de la pregunta) a favor del control de natalidad; y un apreciable 72 % que conocían (habían «oído hablar») de la píldora. Curiosamente el número de hijos e hijas «ideal» se elevó a 3,2.

La sexta encuesta es la realizada por el Instituto Nacional de Estadística, con el apoyo de las Naciones Unidas, en 1977 (las entrevistas se aplicaron entre noviembre y diciembre) y cuyas tablas fueron publicadas parcialmente en mayo de 1978. Esta *Encuesta de fecundidad* incluye una muestra nacional

de 5.814 mujeres, no-solteras (es decir, «casadas alguna vez»), de 15 a 49 años de edad. Es el primer estudio español que intenta medir la práctica real de contracepción en el país, así como otras pautas de fecundidad. Desgraciadamente, no incluye la interrupción voluntaria del embarazo (IVE o aborto voluntario), aunque sí algunos datos sobre la esterilización (el 2,5 % de la población aparece como esterilizada; 98 % de los casos mujeres). El número ideal de hijos e hijas vuelve a las cotas de 1964 (es decir, 2,8), a pesar de que el estudio descubre que un 28 % de los embarazos *no* son deseados. El 88 % de la muestra conoce ya la píldora (comparado con el 72 % cinco años antes) aunque sólo un 12 % de las mujeres la utilizan en el momento de la entrevista. En total —y ese es el dato más relevante— el 49 % de las mujeres (no solteras) controlan la natalidad a finales de 1977; todavía menos de la mitad de los matrimonios españoles.

El presente libro no sigue la secuencia cronológica de estas seis encuestas (desde 1964 hasta 1978) sino que se ordena temáticamente. En la primera parte se presenta un marco de referencia demográfico, analizando la evolución de las tasas de natalidad y mortalidad durante la última centuria, y define el proceso de transición demográfica. En la segunda parte se pasa revista a las actitudes sociales básicas de la población: el impacto de la religiosidad católica en varones y mujeres sobre las actitudes frente al control de natalidad; las opiniones de las mujeres sobre el número ideal de hijas e hijos en la familia; y las actitudes de las casadas sobre la estructura y relaciones familiares, control de natalidad, e información sobre métodos de contracepción. En la tercera parte se analiza más directamente las diversas pautas de control realizándose un estudio detallado del conocimiento de los métodos por diversos tipos de variables socioeconómicas; formas de control de natalidad —incluyendo la IVE— según las variables básicas de las mujeres-no-solteras y especialmente su historial de fecundidad, clase social, y nivel educativo; y en concreto la utilización de cada uno de los métodos de contracepción, con un detalle de la esterilización, y de las relaciones de estos métodos con la clase social, y las creencias religiosas. La parte cuarta analiza la fecundidad y el trabajo de la mujer en España. Se concluye con una docena de hipótesis imaginativas que pretenden avanzar en el limitado conocimiento del control de natalidad en España. Al final del libro se incluyen, en un apéndice, los gráficos y tablas con las tasas provinciales de natalidad y mor-

talidad, desde 1901 hasta 1976. Dada la variedad de estudios e informes citados, conceptos, y temas recogidos, creemos que el *índice de autores y materias* puede ser en este caso de especial utilidad.

More anglosajón aprovechamos para dar las gracias a las instituciones y personas que nos han ayudado en esta larga andadura sociológica: al Instituto de la Opinión Pública que desde sus inicios en 1963 (con Luis González Seara como director) hasta 1976-1978 (con Juan Díez Nicolás) ha sido semillero de estudios sociológicos, sin escamotear los del control de natalidad; a la Fundación Ford que apoyó económicamente la realización de la primera encuesta especializada sobre el tema en España, y a Peter Fraenkel por su logrado papel de mecenas; al Instituto Nacional de Estadística que, a veces sin saberlo (como el gentilhomme de Molière), ha posibilitado estudios básicos sobre la estructura social española; y entre muchas otras instituciones, a las dos universitarias que ahora nos albergan: la Universidad Complutense de Madrid y la Universidad Autónoma de Barcelona, por la investigación que nos dejaron realizar entre clase y clase. Un agradecimiento especial le debemos a Luis González Seara, que fue coautor del «Capítulo 2» (junto con Juan Díez Nicolás) en su primera versión publicada en la revista *Anales de Sociología* en 1966. Algunos otros capítulos aparecieron en versiones primitivas en revistas como: *Gentleman, Reproducción, Revista Española de Investigaciones Sociológicas, Revista Española de la Opinión Pública, Revista de Estudios Sociales, Revista Internacional de Sociología, y Tauta: Medicina y Sociedad*. Un cuarteto de médicos repasaron algunos de los artículos más técnicos, y les debemos sus agudas sugerencias y útiles críticas: Joaquim Calaf, Carlos Pérez Ares, José Picazo, y María-Angeles Ramírez. La ayuda técnica imprescindible provino de María Dolors Gili, Marina Peña, y Lourdes Rubio Vergés. Finalmente, queremos agradecer a nuestras respectivas familias su ánimo y confianza, en tema tan cercano a su propio devenir. Muchas de estas páginas fueron escritas pensando en la sociedad futura de nuestras hijas e hijos.

Majadahonda/Putxet, primavera 1981

Primera Parte

MARCO DEMOGRAFICO

1. LA TRANSICION DEMOGRAFICA ESPAÑOLA

Con el nombre de «transición demográfica» se denomina generalmente al proceso mediante el cual una población pasa, desde una situación de altas tasas de mortalidad y de natalidad, a otra situación caracterizada por bajas tasas de mortalidad y natalidad. Este proceso se observó primeramente en las poblaciones europeas o europeizadas como uno de los resultados del proceso general de industrialización.

Efectivamente, en las sociedades preindustriales la mortalidad era muy alta, como consecuencia de los frenos que Malthus denominó positivos (*positive checks*) al crecimiento de la población, es decir, guerras, enfermedades y hambre (1). Como ya hemos señalado en otro lugar, «Malthus reconocía que existían desde siempre diversos factores que constituían “factores limitativos” del crecimiento de la población. Por una parte, lo que él denominaba factores positivos: hambre, enfermedad y guerra, o, de manera general, vicio y miseria. Junto a ellos, otros factores preventivos: el retraso en la edad al casarse y una rígida continencia antes del matrimonio o, en general, el “freno moral”. A estos últimos añadió, posteriormente, el de la continencia dentro del matrimonio. No está claro que por esto último se refiriese a lo que hoy en día se

(1) THOMAS R. MALTHUS, *An Essay on Population*, 2.^a ed. (Londres: J. M. Den & Sons, 1914), pp. 12 y ss.

conoce con el nombre genérico de “prácticas contraconceptivas”, sino más bien a la continencia permitida e incluso positivamente sancionada por la Iglesia, lo cual no es de extrañar, teniendo en cuenta que Malthus había tomado los hábitos en 1788» (2). Estos frenos positivos, a los que Sauvy ha rebautizado con la denominación de «las tres Parcas supermortales» (3), respondían a una organización social concreta, la preindustrial, con grandes dificultades para la producción y distribución de los recursos, con una tecnología poco desarrollada y con unos transportes y comunicaciones poco elaborados.

Como consecuencia de la alta mortalidad (la tasa bruta de mortalidad oscilaba entre el 30 y el 35 ó 40 por 1.000), la natalidad se mantenía asimismo en unos niveles muy altos, con el fin de lograr la supervivencia de la especie (la natalidad oscilaba entre el 35 y 45 por 1.000). Aún así, la natalidad en las sociedades preindustriales no era la más alta que biológicamente se podía alcanzar, ya que diversas variables intermedias han actuado siempre limitando, en cierto modo, la natalidad potencial de la población (4). En esta situación preindustrial, por tanto, las altas tasas de natalidad, en cuanto que constituían una respuesta adaptativa a una situación creada por la alta mortalidad, eran relativamente estables. La mortalidad, por su parte, era mucho más variable, como consecuencia de los efectos que las buenas o malas cosechas introducían, generalmente, en las posibilidades de supervivencia de la población. El crecimiento de la población era muy pequeño, y generalmente negativo (es decir, el número de defunciones superaba al de nacimientos).

La industrialización, con sus efectos sobre la producción y distribución de recursos, las mejoras en los transportes y las mejoras en el campo de la medicina y otras disciplinas científicas contribuyeron poco a poco a la disminución de la mortalidad. Durante cierto período de tiempo la mortalidad disminuyó, pero la natalidad continuó siendo elevada, pues respondía por inercia a la situación preexistente. Esta es la etapa, en el proceso que estamos describiendo, que se caracteriza por altas tasas de crecimiento vegetativo o natural de la población, y en los pueblos europeos coinciden básicamente

(2) JUAN DIEZ NICOLÁS, «Malthus hoy», *Tercer Programa*, 3 (1966): 18.

(3) ALFRED SAUVY. *El problema de la población en el mundo: De Malthus a Mao Tse-Tung*. (Madrid: Aguilar, 1961), pp. 38-55.

(4) K. DAVIS, y J. BLAKE, «Social structure and fertility: An analytic framework», *Economic Development and Cultural Change*, 4 (1956): 211-235.

con la gran explosión demográfica y la expansión de la población europea por todo el mundo aproximadamente desde finales del siglo XVIII a principios del siglo XIX.

Posteriormente, sin embargo, a medida que las poblaciones interiorizan la nueva situación de la mortalidad (y muy especialmente de la mortalidad infantil), así como por efectos de las nuevas condiciones que se crean a la familia en los núcleos urbanos, la natalidad comienza a disminuir, y suele seguir disminuyendo hasta un nivel ligeramente superior a la mortalidad. En esta etapa, el crecimiento de la población es nuevamente pequeño, pero ahora como resultado de una baja mortalidad lograda por el control de las enfermedades y el hambre, y una baja natalidad lograda por el control voluntario de los nacimientos. La natalidad es ahora el factor más variable, al menos potencialmente, puesto que depende de las actitudes y comportamientos de los seres humanos, que pueden voluntariamente reducirla o aumentarla.

Petersen, al referirse a la transición demográfica, señala que se pueden establecer, «mediante los dos principios generales, el descenso de la mortalidad y el de la fertilidad, tres tipos de población, los cuales designamos: *preindustrial*, *occidental temprano*, y *occidental moderno*» (5). Así, el tipo preindustrial se caracteriza por una natalidad alta, una mortalidad fluctuante y alta, un incremento de población estático o bajo y una economía privativa o agrícola. El tipo occidental antiguo se caracterizaría por una natalidad alta, una mortalidad descendente, un alto incremento de la población y una economía mixta. Finalmente, el tipo occidental moderno se caracterizaría por una natalidad baja y controlada (aunque potencialmente fluctuante), una mortalidad baja, un incremento de población estático o alto y una economía urbano-industrial (6).

Stolnitz, al sintetizar los conocimientos existentes sobre el proceso de la transición demográfica, señala que «todas las naciones de la era moderna que han cambiado el sistema económico tradicional, con base en la agricultura, por un sistema primordialmente industrial, han cambiado, también, de una

(5) W. PETERSEN. *La población* (Madrid: Tecnos, 1968), p. 27. Aunque la traducción castellana emplea el término «fertilidad» (como traducción de *fertility*) debería ser «fecundidad». En efecto, «fertilidad» (en inglés *fecundity*) se refiere a la capacidad potencial de procrear, y en este sentido se opone a esterilidad; por el contrario, el término «fecundidad» (en inglés *fertility*) se refiere a la natalidad realmente producida.

(6) *Ibidem*, p. 28.

situación de elevados niveles de mortalidad y fecundidad a otra de bajos índices» (7). Las consecuencias señaladas por Stolnitz pueden resumirse así: 1) los períodos requeridos para la maduración de las tendencias vitales que se han delineado no han sido cortos; 2) el paso de las tendencias hacia proporciones vitales más modernas y reducidas señaló un inmenso rompimiento con lo pasado, que no tiene precedente en la historia de la humanidad; 3) las tendencias, sin excepción, parecen haberse hecho irrevocables dondequiera que han ocurrido; 4) aunque los bajos índices de natalidad y mortalidad se podrían haber alcanzado por varios medios, de hecho se han alcanzado mediante un proceso de disminución de la mortalidad y sólo posteriormente de la natalidad; 5) sólo una minoría de la población del mundo ha logrado ya una transición demográfica importante o está claramente en vía de hacerlo (8).

Existe una cierta tendencia a aceptar que la transición demográfica, en la medida en que va ligada al proceso de industrialización y, en general, al desarrollo económico, se produce en períodos de tiempo diferentes, según cual sea el grado de desarrollo de la sociedad o grupo social implicado. Así, las sociedades más desarrolladas habrían pasado por la transición demográfica antes que las menos desarrolladas, las regiones más desarrolladas dentro de un determinado país habrían pasado por la transición antes que las menos desarrolladas, los centros urbanos antes que las zonas rurales y, finalmente, las clases sociales altas antes que las bajas.

Efectivamente, parece haber suficiente evidencia que respalda estas afirmaciones, de forma que, en el momento actual, por ejemplo, las zonas más desarrolladas del mundo (países europeos y europeizados, junto con Japón) muestran tasas bajas de mortalidad (alrededor del 10 por 1.000) y de natalidad (15 a 20 por 1.000), con un crecimiento pequeño de la población (alrededor del 1 por 1.000 anual o más bajo), mientras que los países en vías de desarrollo (América Latina y Sudeste Asiático, principalmente) parecen encontrarse en la etapa intermedia de la transición, con una mortalidad decreciente o baja (entre 10 y 15 por 1.000), una natalidad alta o en disminución (entre 40 y 25 por 1.000) y un crecimiento

(7) G. J. STOLNITZ, «La transición demográfica: De altos a bajos índices de natalidad y mortalidad», en R. FREEDMAN, comp., *La revolución demográfica mundial* (México: Uteha, 1964), p. 38.

(8) *Ibidem*, pp. 38-46.

alto de la población (entre el 2 y el 3,5 % anual), y los países subdesarrollados (gran parte de Africa y Asia) todavía apenas han iniciado su transición, con una mortalidad alta o en disminución (entre 20 y 30 por 1.000), una natalidad alta (entre 25 y 40 por 1.000) y un crecimiento bajo de la población (entre el 1 y el 2 % anual). La gran explosión demográfica actual en el mundo se debe principalmente al rápido crecimiento de la población en los países en vías de desarrollo, que han disminuido su mortalidad en un período de tiempo muy corto (debido a su contacto con países más desarrollados), y que, sin embargo, mantienen normas sociales favorables a una alta natalidad.

Desde el punto de vista de las diferencias regionales y urbano-rurales, consideramos que los datos que se presentan en este trabajo pueden servir de evidencia de que la transición se ha operado antes en las zonas más desarrolladas y modernas de cada país, concretamente en el nuestro. En cuanto a las diferencias por clases sociales, parece ahora relativamente claro que la transición se ha operado en fases sucesivas en las clases alta, media y baja, lo cual podría explicar las aparentes contradicciones entre los datos de diferentes estudios por lo que respecta a la relación entre clase social y natalidad (9).

Sin embargo, no todos los autores están tan convencidos de que la teoría de la transición demográfica sea tan aplicable universalmente, es decir, que se encuentre libre de condicionamientos culturales e históricos. Así, Petersen señala que, «cuando fue propuesta por primera vez esta reconstrucción de la Historia, se creyó que sería profética en dos sentidos: 1. De acuerdo con este pronóstico continuaría la disminución

(9) En un principio es posible que la relación fuese positiva, es decir que la natalidad fuese máxima en las clases altas y mínima en las bajas. Posteriormente la relación posiblemente fuese curvilínea, con natalidad máxima en la clase media. Después la relación sería negativa, con natalidad máxima en la clase baja y mínima en la alta. Luego sería nuevamente curvilínea con natalidad mínima en las clases medias; y finalmente se volvería a una relación positiva al cerrarse el ciclo. Véase a este respecto A. H. HAWLEY, *Ecología humana* (Madrid: Tecnos, 1962), pp. 125-131, así como S. AZNAR. «El problema de la natalidad en las clases sociales de Madrid y Barcelona», *Revista Internacional de Sociología* 20 (1947); y la interpretación de los resultados de Aznar en JUAN DIEZ NICOLÁS, «Status socioeconómico, religión y tamaño ideal de la familia urbana», *Revista Española de la Opinión Pública* 2 (1965); y «Evolución y previsiones de la natalidad en España», en Centro de Estudios Sociales, comp., *La familia española* (Madrid: Anales de Moral Social y Económica, 1967).

de la fecundidad, y la población de las sociedades occidentales sería pronto "estacionaria" o aún en "incipiente declive" [...] 2. Se presumió también que la transición demográfica sería imitada en lo esencial en los países del mundo actualmente en vías de industrialización, pero se desconoce si la secuencia histórica se repetirá en realidad o no algunas décadas después en Asia, Africa y en la América Latina» (10).

Por lo que respecta a la primera profecía, no estamos totalmente de acuerdo con la interpretación de Petersen de que se pensase que la transición consistiría en una disminución ininterrumpida de la natalidad. Es cierto que la mayoría de los demógrafos europeos a finales de la década de los treinta y comienzos de los cuarenta, realizaron predicciones relativas a una posible disminución de la población absoluta de los países occidentales a causa de la persistente disminución de la natalidad, pero la teoría de la transición demográfica como proceso que culmina en una natalidad baja y estable por el control voluntario, se estableció precisamente después de observar que la persistente disminución se había detenido en 1945 (con el *baby boom*), estabilizándose entonces las tasas de natalidad (11).

En cuanto a la segunda profecía es todavía pronto para saber si la transición se producirá con las mismas características en los países en vías de desarrollo, aunque la evidencia de que se dispone hasta el momento parece apuntar en el sentido de que dichos países están experimentando la transición de manera muy similar, aunque con ligeras matizaciones culturales e históricas, a los países ya desarrollados (12).

Por el momento, sin embargo, la incógnita sigue siendo lo que suceda en el futuro con la natalidad en los países en vías de desarrollo y subdesarrollados. Así se ha dicho que «un pro-

(10) W. PETERSEN, *La población*, op. cit., p. 28.

(11) H. F. DORN, «Pitfalls in population forecasts and projections», pp. 69-90, en J. J. SPENGLER, y O. D. DUNCAN, comps., *Demographic Analysis* (Glencoe, Illinois: Free Press, 1956), pp. 69-90.

(12) A este respecto véase K. DAVIS, «The unpredicted pattern of population change», *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 305 (1956): 53-59; I. B. TAEUBER, «Japan's demographic transition re-examined» *Population Studies*, vol. 14, n.º 1 (1960): 28-39; W. PETERSEN, «The demographic transition in the Netherlands», *American Sociological Review*, vol. 20, n.º 5 (1955): 523-527; y CLYDE V. KISER, comp., *Investigación actual sobre fecundidad y planificación familiar en América Latina*, traducción del vol. 46, n.º 3 (1968), parte 2, del *The Milbank Memorial Fund Quarterly*.

blema capital, especialmente en las naciones de escasos recursos y densamente pobladas, es el de cuánto tiempo podían conservarse estos descensos de mortalidad que se han logrado, o que se esperan alcanzar, en estas condiciones desfavorables de vida, en general. Porque la natalidad —el otro aspecto del período de transición y el componente que representa una resistencia mucho mayor al cambio— está todavía por dar la primera señal clara de un descenso en el mundo subdesarrollado. En resumen, en todas las regiones de pocos recursos, las tendencias actuales de mortalidad son, en gran parte, independientes de la medida de desarrollo, en tanto que la natalidad permanece insensible a sus primeras incitaciones (13).

Freedman, en esta misma línea, ha señalado que los demógrafos tienen una gran oportunidad para estudiar la transición demográfica que está ahora comenzando en algunos países de alta fecundidad. En los próximos cinco a quince años es probable que la fecundidad disminuya rápidamente en muchos más países, en los que se puede estudiar e incluso acelerar el proceso de cambio en condiciones experimentales planificadas (14), pero se muestra relativamente seguro respecto a la disminución de la natalidad en estos países (15), y especifica las condiciones en que espera que la fecundidad disminuya antes y más rápidamente, que son: «1) donde ya se ha producido un desarrollo social significativo; 2) donde la mortalidad ha sido relativamente baja durante algún tiempo; 3) donde existe evidencia de que mucha gente, deseando familias de tamaño moderado, están comenzando a intentar limitar el tamaño de la familia; 4) donde existen redes de comunicación social eficaces que trasciendan las comunidades locales, a través de las cuales se pueden diseminar ideas y servicios de planificación familiar, así como otras influencias modernizantes; 5) donde existen, en gran escala, esfuerzos eficaces “organizados” para diseminar ideas e información sobre planificación familiar; 6) donde se dispone realmente de nuevos anticonceptivos, como las técnicas intrauterinas y las píldoras anticonceptivas» (16). Veamos ahora, por consiguiente, en qué medida ha pasado España por el proceso de la transición demográfica.

(13) G. J. STOLNITZ, «La transición demográfica», op. cit., pp. 46-47.

(14) R. FREEDMAN, «The transition from high to low fertility: Challenge to demographers», *Population Index*, vol. 31, n.º 4 (1965): 417.

(15) Concretamente afirma que la «evidencia de que la fecundidad está disminuyendo por lo menos en algunos países de alta fecundidad, es ahora variada y parcial, pero convincente»; *Ibidem*, p. 417.

(16) *Ibidem*, p. 418.

LA TRANSICION DEMOGRAFICA EN ESPAÑA

Uno de los historiadores de la población española, Nadal, ha señalado que el modelo español de evolución demográfica difiere del modelo que, genéricamente, denomina europeo. Este último se caracterizaría por los siguientes rasgos: «1) reducción de la mortalidad catastrófica (sobre todo epidémica), a partir del siglo XVIII; 2) reducción de la mortalidad ordinaria a partir de la primera mitad del siglo XIX; 3) reducción de la fecundidad, a partir de la segunda mitad del siglo XIX; 4) envejecimiento notorio de la población desde principios del siglo XX; 5) desaceleración del crecimiento, desde el segundo cuarto de la centuria» (17).

El modelo español, según Nadal, sería similar, pero retrasado todo el proceso con respecto a los países europeos. Así, buscando las equivalencias con los anteriores rasgos se podría señalar que: «1) la reducción de la mortalidad catastrófica, especialmente epidémica, ya esbozada en el siglo XVIII [...] no culmina, sin embargo, hasta 1900 [...]; 2) la reducción de la mortalidad ordinaria, sobre todo infantil, no se acelera más que a partir de la guerra europea (1914-1918) [...]; 3) la baja de la fecundidad, iniciada muy a principios de siglo, se precipita en el trienio de la guerra civil (1936-1939) [...]; 4) el envejecimiento es perceptible desde el censo de 1950 [...]; 5) no faltan, por último, las previsiones de un estancamiento demográfico, en fecha más o menos próxima, pero, en todo caso, dentro de unos límites numéricos cortos» (18).

Se puede uno preguntar, sin embargo, ¿se ha producido realmente, en su totalidad, el proceso de transición demográfica en España? ¿Cuáles han sido las causas de que se haya (o no) producido? ¿En qué medida se ha aplicado esta transición demográfica en las diferentes regiones españolas, en los medios rural y urbano, en las diferentes clases sociales? Las páginas que siguen en el presente capítulo constituyen una respuesta a estas preguntas. Vaya por delante, sin embargo, la hipótesis de que, por razones que luego expondremos, el proceso español de transición demográfica no se completó totalmente en lo que respecta a la natalidad, quedando relativamente abortado a partir de la guerra civil de 1936-39.

(17) J. NADAL, «Historia de la población española», en N. REINHARD, y A. ARMENGAUD, *Historia de la población mundial* (Barcelona: Ariel, 1961), p. 565.

(18) *Ibidem*, p. 567.

En este capítulo nos hemos centrado especialmente en la evolución de las tasas de mortalidad y natalidad desde 1900, y ello por diversas razones. En primer lugar, porque el período anterior a 1900 ha sido bien estudiado, al menos en lo que respecta a natalidad y nupcialidad, por Livi Bacci (19). En segundo lugar, porque se dispone de datos provinciales más fácilmente desde 1900. Y en tercer lugar, porque como se desprende del *Gráfico 1.1.* hasta principios del siglo XX España se encontraba en una situación «preindustrial», es decir, no había comenzado todavía su «transición demográfica» tal y como la hemos descrito anteriormente. Efectivamente, entre 1855 y 1900 la natalidad oscila entre 35 y 40 por 1.000, mientras que la mortalidad (que muestra variaciones superiores, a causa de la falta de control de los tres «frenos positivos»), varía entre 28 y 33 por 1.000 aproximadamente. Como diría Arbelo, hasta 1900, España se encontraba en una situación de *cultura*, mientras que a partir de esta fecha, aproximadamente, iría entrando paulatinamente en la fase de *civilización* (20).

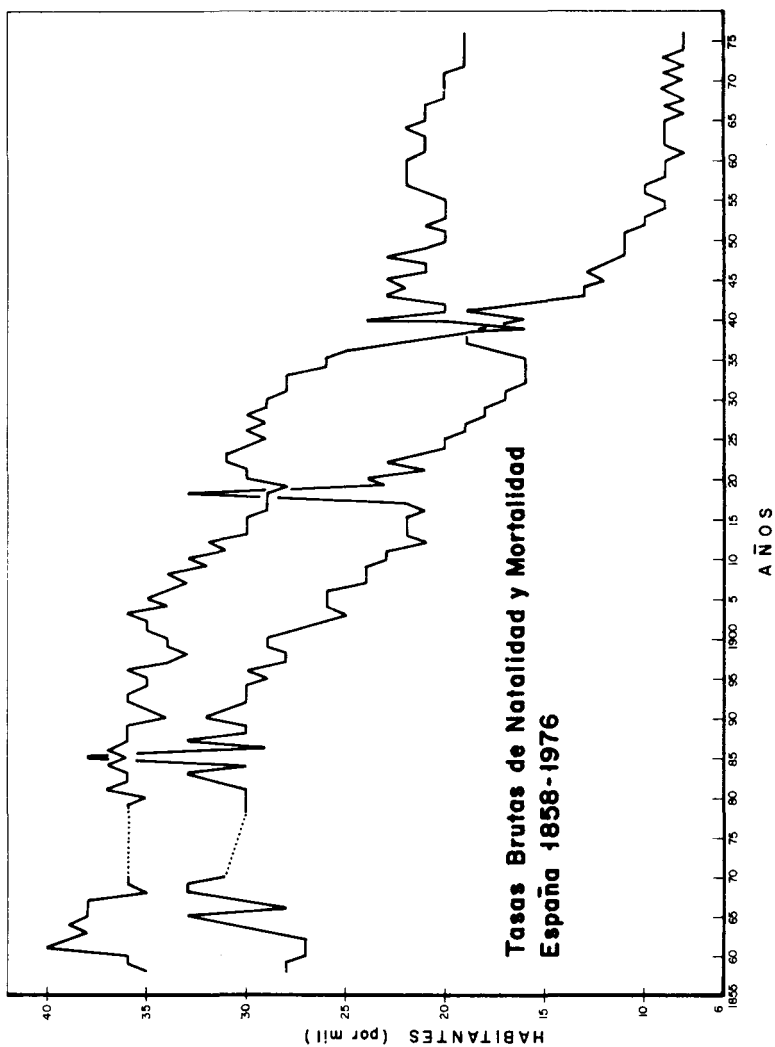
El estudio de Livi Bacci señala que «los datos muestran que la fecundidad de la población española comenzaron su declive secular a finales del siglo XIX, probablemente treinta años antes en Cataluña» (21), hipótesis que, no sólo se ve respaldada por los datos que presenta, sino que son reforzados y complementados por los datos que presentamos aquí para el siglo XX.

En realidad, el período 1900-1981 se puede subdividir en va-

(19) M. LIVI BACCI, «Fertility and nuptiality changes in Spain from the late 18th to the early 20th century: Part I», *Population Studies*, vol. 22, n.º 1 (1968): 83-102; y «Part II», *Population Studies*, vol. 22, n.º 2 (1968): 211-234.

(20) Con sus propias palabras: «El primer período o totalmente de cultura, demográficamente está caracterizado por: 1) coeficientes de natalidad superiores a 30 por 1.000; 2) coeficientes de nupcialidad elevados, por encima de 15 por 1.000; 3) mortalidad infantil alta, coeficientes muy fuertes o fuertes, superiores a 100 ó 70 fallecidos menores de un año por 1.000 nacidos vivos, según la vieja clasificación de Debré; 4) mortalidad infantil urbana superior a la mortalidad infantil rural, cuyo *cruce* o inversión de valores señala el fin de este período; 5) mortalidad general elevada, coeficientes cercanos al coeficiente de natalidad; y 6) saldo vital o crecimiento vegetativo, de tan sólo cinco enteros menos», ANTONIO ARBELO, «Las dos fases de la natalidad en Europa», *Revista Internacional de Sociología*, 95-96 (1966), p. 341. La fase de civilización, a su vez, se caracteriza por «tasas de natalidad inferiores a 30 y superiores a 20; coeficientes de nupcialidad moderados, por debajo de 15 y por encima de 10 por 1.000; y mortalidad infantil fuerte o moderada, superiores a 40 e inferiores a 70 fallecidos menores de un año por 1.000 nacidos vivos, según la clasificación de Debré», *ibidem*, p. 357.

(21) M. LIVI BACCI, «Fertility ... Part I», op. cit., p. 88.



rios subperíodos, con el fin de hacer algunas precisiones sobre cada uno de ellos. Dichos subperíodos podrían ser: 1) De 1900 a 1918, es decir, hasta el año en que la gripe provocó un crecimiento descomunal de la tasa de mortalidad; 2) De 1919 a 1935, es decir, hasta el comienzo de la guerra civil; 3) De

1936 a 1941, es decir, el período de la guerra más la posguerra inmediata, y 4) De 1942 hasta el presente. El período anterior a 1900 se puede considerar como pretransición, es decir, caracterizado por una alta mortalidad, una alta natalidad, y un bajo crecimiento de la población. Villar Salinas ha destacado la estabilidad de la natalidad en este período, cuando afirma que «durante el período de 1850 a 1900 no disminuye casi la natalidad, y en este fenómeno sigue la población española una marcha muy coincidente» (22). Por los datos de que disponemos desde 1855 a 1900 parece que se podría concluir que la mortalidad, aunque alta, estaba sujeta a grandes variaciones. Es muy probable que la esperanza de vida media antes de 1900 fuese entre treinta y treinta y cinco años (23).

El período 1900 a 1918 se caracteriza por una paulatina disminución de la mortalidad (que poco a poco ya estaba disminuyendo desde 1890), lo cual indica que los progresos en el campo de la medicina, la mejor (relativamente hablando) distribución de los recursos, y otros factores relacionados (higiene, sanidad pública, etc.), lograron controlarla paulatinamente. Aún así, la mortalidad, que en 1901 era de 28 por 1.000, sólo había descendido en 1917 hasta 22 por 1.000. La gripe de 1918 hizo mermar la tasa bruta de mortalidad nuevamente hasta 33 por 1.000, aunque bien es verdad que, pasada la epidemia, se volvió a una tasa de 23 por 1.000. El incremento de la mortalidad por causa de la gripe puede estimarse, por tanto, en un 50 % sobre la tasa existente en 1917. Pasada la gripe, la tendencia secular de la mortalidad continuó, sin que se puedan percibir alteraciones importantes hasta la guerra civil de 1936-39.

En lo que respecta a la natalidad, desciende durante este período de forma casi análoga a la mortalidad, manteniéndose casi inalterable la razón entre las dos tasas. Evidentemente, el aumento de la mortalidad en 1918 provocó la disminución de la natalidad en 1919, como fácilmente puede apreciarse en el *Gráfico 1.1*. En todo caso, parece que el control de la natalidad había comenzado a extenderse por España en estas fechas, aunque dicho control, evidentemente, se basaba en méto-

(22) J. VILLAR SALINAS, «El balance de la vida y de la muerte», *Revista Internacional de Sociología*, 6 (1944): 87.

(23) En realidad, la esperanza de vida media al nacer, en España, era de 35 años en 1900; según GARCÍA BELLIDO, era de 40 años en la España romana. Véase A. GARCÍA BELLIDO, «La vida media en la España romana», *Revista Internacional de Sociología* 49-50 (1955), pp. 117-123.

dos tradicionales (menos eficaces, en sus resultados, que los utilizados actualmente). Sería de gran interés, por otra parte, estudiar los principales cambios estructurales e ideológicos que contribuyeron al cambio de actitudes ante el problema de la natalidad.

En el período 1919 a 1935 el ritmo de disminución de la mortalidad fue mucho más rápido que el de la natalidad, lo cual provocó un crecimiento vegetativo más rápido de la población. Así, mientras la mortalidad disminuyó de 23 por 1.000 en 1919 a 16 por 1.000 en 1935, la natalidad sólo había disminuido desde 28 por 1.000 a 26 por 1.000 en esas mismas dos fechas. Ello significa que, como suele suceder, el control de la mortalidad progresó más que el de la natalidad, debido, como es obvio, a que la primera forma de control es aceptada y deseada por todos sin distinción, mientras que la segunda es objeto de polémica. El período, por otra parte, coincide en buena parte con unos años de prosperidad e industrialización generalizados en casi todo el país, prosperidad que se debilitaría extraordinariamente a causa del famoso «*crack del 29*».

El período de la guerra civil muestra claramente un gran descenso de la natalidad y un aumento de la mortalidad. El aumento de la mortalidad es bastante comprensible, a causa de la situación bélica existente. El descenso de la natalidad, sin embargo, hay que atribuirlo a un conjunto interrelacionado de causas, como, por ejemplo, el pesimismo creado por la depresión económica (que también afectó a España), la mayor concentración de población en las ciudades, la secularización de parte de la población, etc. Es probable, sin embargo, que parte del descenso de la natalidad no fuese real, sino que sea atribuible a defectos en la confección de las estadísticas, y más concretamente a deficiencias en el sistema de registro de los hechos vitales. Probablemente, y en especial en 1938 y 1939, gran parte de los nacimientos no fueron inscritos en su momento, sino que lo fueron con posterioridad, lo cual «explicaría» gran parte del gran incremento de la natalidad en 1940, tanto con respecto a la de 1939 como a la de 1941. Efectivamente, la tasa pasó de 16 por 1.000 (la más baja de todo el siglo XX) en 1939, hasta 24 por 1.000 en 1940 y 20 por 1.000 en 1941. Algo similar, en realidad, puede que ocurriese con la mortalidad durante ese mismo período. Así, en 1940 la mortalidad vuelve al nivel que, probablemente, hubiese alcanzado de no haber habido ninguna guerra. Sin embargo, en 1941 la mortalidad aumenta en un 19 %, tanto por lo que respecta a la tasa

de 1940 como con respecto a la de 1935. En resumen, es posible que la natalidad disminuye en la década de los años 30, pero puede que no tanto como muestran las estadísticas; asimismo, el aumento de la natalidad inmediatamente después de la guerra parece natural, pero la tasa observada para 1940, cuando se la compara con la de 1939 y 1941, parece también algo excesiva. En lo que respecta a la mortalidad, igualmente, la correspondiente a 1941 incluye defunciones ocurridas entre 1938 y 1940.

El último periodo, desde 1942, se caracteriza por una mortalidad que continúa disminuyendo, desde 15 por 1.000 en 1942 a 9 por 1.000 en 1967, y por una natalidad que, «básicamente», y especialmente cuando se la compara con la tendencia seguida desde 1900, permanece relativamente estable durante todo el periodo. Efectivamente, todas las tasas se encuentran entre los 20 y 23 por 1.000 en los veinticinco años que transcurren entre 1942 y 1967. El resultado de una mortalidad decreciente y una natalidad relativamente estable ha sido que, durante este periodo, se han obtenido las tasas más altas de crecimiento vegetativo, dando lugar a una explosión demográfica similar a la producida en los estados europeos durante la última mitad del siglo XIX, y que, como en éstos, ha encontrado cierta válvula de escape en la emigración» (24).

Precisamente, después de la guerra surge un cierto interés por los problemas de la población en España, y concretamente, cierta preocupación por la disminución de la natalidad en la década de los treinta. La brusca disminución, especialmente en el trienio de la guerra, junto con las ideologías predominantes entonces en buena parte de Europa, llevaron a interpretar este fenómeno como un grave mal que había que contrarrestar. Así, por ejemplo, Ros Jimeno, a quien se deben algunos de los estudios más serios de población en nuestro país, afirmaba en 1943 que: «la disminución de la natalidad en España ha llegado ya, como hemos visto, a un punto crítico. La creencia en la suprema realidad de España y el propósito de fortale-

(24) Se ha dicho, por ejemplo, que el «gran incremento de las poblaciones de los estados europeos en la última mitad del siglo XIX es debida a esta falta de paralelismo entre la disminución de las tasas de mortalidad y de natalidad. El crecimiento biológico que ello determinó sirvió no sólo para el gran incremento de la población residencial de cada país, sino para proporcionar abundante población emigrante», J. VILLAR SALINAS, «El balance de la vida y la muerte...» op. cit., p. 88.

cerla y engrandecerla constituyen la base principal del nuevo Estado. Cabe, pues, confiar en que las futuras generaciones, instalada en su alma la alegría y el orgullo de la Patria den numerosos hijos que la fortalezcan, eleven y engrandezcan. Mientras tanto, hay que detener el descenso de la natalidad e iniciar, a ser posible, un camino ascendente» (25). En esta misma línea se pueden incluir la mayoría de los artículos aparecidos en esas fechas (26).

Resulta asombroso, sin embargo, que el propio Ros Jimeno, en 1943, cuando los datos hasta esa fecha le hacían creer en una recuperación de la tasa de la natalidad, hace unas proyecciones de población según las cuales España alcanzaría 31.576.042 habitantes en 1960 y 33.186.738 en 1965 (27). Es decir, sus cifras proyectadas para 1960 y 1963 son sólo superiores a las realmente alcanzadas en algo menos de un millón de habitantes. En 1946, por el contrario, llevado nuevamente por la creencia de que la natalidad disminuiría hasta una tasa de 14,97 por 1.000 en 1965, proyecta una población total de 30.792.097 habitantes en esa fecha, infraestimando así en dos millones la realmente alcanzada (28). En 1959, finalmente, y a la vista de los datos existentes para un período más largo, reconoce que «la rápida disminución de la mortalidad, por un lado, y la detención de la baja de la natalidad, por otro, aumenta-

(25) JOSÉ ROS JIMENO, «La natalidad y el futuro desarrollo de la población de España», *Revista Internacional de Sociología*, 1 (1943), p. 60.

(26) Véase, por ejemplo, ANTONIO ARBELO, «Contribución al estudio del problema de la denatalidad», *Revista Internacional de Sociología*, 5 (1944): 107-153; J. ROS JIMENO, «El decrecimiento de la natalidad y sus causas», *Revista Internacional de Sociología*, 7 (1944); «La natalidad en España después de la guerra y la población futura», *Revista Internacional de Sociología*, 15-16 (1946); «Natalidad legítima, según la edad de la madre», *Revista Internacional de Sociología*, 21 (1948): 77-105; «Un breve análisis de las estadísticas españolas de natalidad, fecundidad y reproductividad», *Revista Internacional de Sociología*, 24 (1948): 81-97, y 25 (1949): 77-96; P. BUSTINZA UGARTE, y A. SOPENA IBÁÑEZ, «Análisis de la natalidad española y de su decrecimiento», *Revista Internacional de Sociología*, 60 (1957): 635-679; P. BUSTINZA UGARTE, «Evolución de la natalidad en España en los últimos treinta años», *Revista Internacional de Sociología*, 63 (1958): 455-482; y JOSÉ ROS JIMENO, «Algunos aspectos de la natalidad en España», *Revista Internacional de Sociología*, 67 (1959): 419-429. Para una bibliografía posterior sobre el tema puede verse. JESÚS M. DE MIGUEL, y MELISSA G. MOYER, *Sociology in Spain* (Londres: Sage, 1979), pp. 97-99 y 184-191.

(27) J. ROS JIMENO, «La natalidad y el futuro desarrollo de la población de España», op. cit., p. 59.

(28) J. ROS JIMENO, «La natalidad en España después de la guerra y la población futura», op. cit., pp. 183-187.

ron el crecimiento natural, alejando el peligro de una población estacionaria» (29).

Nuestra intención al resaltar las anteriores afirmaciones no es, por supuesto, la de contradecir a quien consideramos como uno de los mejores investigadores en demografía española, sino más bien, la de poner de relieve hasta qué punto es peligroso deducir generalizaciones a partir de unos pocos datos temporales. La comprensión de las tendencias demográficas hay que basarlas en el examen de series temporales más largas, pues los datos individuales de unos pocos años pueden resultar engañosos, debido a fluctuaciones que podrán tener su origen en múltiples factores circunstanciales.

Hacemos esta advertencia porque, en 1967, y al examinar la evolución de la natalidad entre 1900 y 1960, señalábamos que «los factores que podríamos denominar objetivos (edad al casarse, espaciamiento, menor esterilidad) parecen apuntar hacia un aumento de la natalidad en el futuro. Los factores subjetivos, y de manera especial las actitudes hacia el tamaño de la familia y el control de la natalidad, parecen apuntar hacia una disminución de la natalidad [...]. Puesto que los factores objetivos probablemente tendrán una repercusión inmediata, creemos que a muy corto plazo la natalidad aumentará, pero después comenzará a disminuir en la medida en que adquieran mayor importancia estos otros factores subjetivos» (30). Dos años después, y tomando en consideración los datos existentes hasta 1967, reafirmábamos estas consideraciones, señalando que las «previsiones respecto a la influencia que los factores objetivos tendrán sobre la natalidad en los primeros años de la década de 1960 se han visto suficientemente confirmadas por la realidad, al menos en el primer quinquenio. Parece probable que los factores subjetivos comenzarán a pesar más en el segundo quinquenio, aunque me temo que sus efectos no se hagan notar realmente hasta comienzos de la década de 1970.» (31).

Esta es la razón que nos lleva a estar en desacuerdo con algunas afirmaciones que pretenden ver una continuada disminución de la natalidad desde la guerra civil, acelerada especial-

(29) J. ROS JIMENO, «Algunos aspectos de la natalidad en España», op. cit., p. 420.

(30) J. DIEZ NICOLÁS, «Evoluciones y previsiones de la natalidad en España», op. cit., p. 52.

(31) J. DIEZ NICOLÁS, «Estructura por sexo y edades de la población española 1900-1960», *Boletín del Centro de Estudios Sociales*, 3 (1969), p. 30.

mente desde 1964. Así, por ejemplo, se ha afirmado que «el hecho más sobresaliente que se observa es la evolución secular de las tasas brutas de natalidad y su descenso sistemático desde 1900 hasta la actualidad [...]. El cambio más notable en la pauta de descenso secular de la natalidad lo dio curiosamente el cambio de mentalidad motivado por la guerra civil [...]. En los últimos años, a partir de 1964, la tasa bruta de natalidad desciende un poco, pero de un modo bastante sintomático: desde 21,5 en 1964 a 19,8 en 1968» (32). En nuestra opinión, la natalidad disminuye bastante, efectivamente, entre 1900 y 1967, pero «no sistemáticamente», puesto que la tendencia se detiene después de la guerra, estabilizándose desde entonces entre 20 y 23 por 1.000. En segundo lugar, se produjo un cambio de mentalidad ante la natalidad como consecuencia de la guerra civil, pero no precisamente en el sentido de seguir favoreciendo un descenso de la natalidad, sino todo lo contrario, puesto que es entonces cuando se detiene la tendencia secular. El mismo informe FOESSA, precisamente, reconoce una de las causas de la nueva mentalidad, aunque en nuestra opinión, no interprete adecuadamente esa causa; así, se afirma que «lo más curioso es que este brusco descenso de la natalidad en los años cuarenta [sic] (33), coincide con el predominio de una ideología oficial fuertemente natalista, en la que el volumen de población se considera como el activo más importante en la economía nacional» (34). En nuestra opinión, es precisamente esa «ideología oficial fuertemente natalista» la que explica la estabilización de la tasa de natalidad desde la guerra, rompiendo la tendencia secular que se había acelerado en la década de los treinta. En tercer lugar, que una diferencia de 21,5 a 19,8 por 1.000 no creemos sea tan significativa como para deducir categóricamente una línea de tendencia; puede tratarse de una oscilación más, como las que se vienen produciendo a lo largo de estos últimos treinta años. En todo caso, si la comparación se hace entre 1963 y 1967, se observa que la diferencia es sólo entre 21 y 20 por 1.000.

No se debe olvidar, por otra parte, que la fuerte emigración al extranjero desde 1960, en la que predominan los adultos jóvenes (que son los que más se reproducen), contribuye

(32) Fundación FOESSA, comp., *Informe sociológico sobre la situación social de España 1970* (Madrid: Euramérica, 1970), pp. 78-80.

(33) El subrayado es nuestro.

(34) Fundación FOESSA, comp., *Informe sociológico...* op. cit., p. 78.

a que la natalidad parezca menor de lo que en realidad es, puesto que los nacidos en el extranjero no se incluyen en el total de nacidos vivos en España. A pesar de esto, sin embargo, coincidimos con el informe FOESSA en que, «por lo que sabemos sobre las actitudes de las mujeres jóvenes ante el tema de la natalidad es posible predecir un ulterior descenso en las tasas de fecundidad para los próximos años» (35).

En resumen, España ha pasado realmente por el proceso de «transición demográfica», no sólo a causa del descenso de la mortalidad, sino también por su disminución de la natalidad (36). El descenso de la natalidad es todavía alto para los niveles europeos, y la mentalidad que se impuso a partir de la guerra civil es la que explica la estabilización de la tasa de natalidad (mientras que la tasa de mortalidad continuó descendiendo) desde 1940 hasta el momento presente. Creemos, finalmente, que los factores subjetivos (actitudes ante el control de la natalidad) influirán sobre un nuevo descenso de la natalidad a partir de 1970 (37).

ANÁLISIS PROVINCIAL

Una vez examinadas las características generales de la transición demográfica en España en su conjunto, conviene referirse a las principales diferencias provinciales, *rural-urbanas*, y por *clases sociales*, basándose en los datos que se han podido recopilar, y que en buena parte son relativamen-

(35) *Ibidem*, p. 80. Véase además, JESÚS M. DE MIGUEL, *El ritmo de la vida social: Análisis sociológico de la dinámica de la población en España* (Madrid: Tecnos, 1973). Para la historia de la polémica sobre la natalidad decreciente española puede verse AMANDO DE MIGUEL, *Manual de estructura social de España* (Madrid: Tecnos, 1974), y *La pirámide social española* (Barcelona: Ariel, 1977).

(36) N. B. RYDER, por ejemplo, considera que los países que tienen una tasa bruta de natalidad inferior a 30 por 1.000 y una tasa de reproducción inferior a 2,0 han pasado ya por una fase de transición. Véase «Fertility in developed countries during the twentieth century», *Segundo Congreso Mundial de la Población* (Belgrado, 1965), comunicación n.º 162.

(37) A pesar de que el número de ciclos anticonceptivos orales distribuidos por cada cien mujeres de 15 a 44 años era en España de 2,1 frente a 25,7 en Oceanía, 24,5 en los Estados Unidos, 15,0 en Holanda, 8,2 en Argentina, etc. The Population Council y el International Institute for the Study of Human Reproduction, «Commercial production and distribution of contraceptives», *Reports on Population and Family Planning*, 4 (junio 1970), p. II.

te escasos. De acuerdo con la teoría general de la transición, se pueden formular tres hipótesis: 1) la transición demográfica se ha realizado antes en las provincias de mayor desarrollo económico; 2) la transición demográfica se ha realizado antes en los centros urbanos que en los rurales; 3) la transición demográfica se ha realizado antes entre las clases alta y media, y sólo posteriormente en las clases bajas.

Por lo que respecta a las diferencias provinciales, si se toman en cuenta los períodos ya señalados (38), se observa que, en el periodo 1901-1918, ciertas provincias se encontraban ya en una situación de clara transición completada,

(1) Alta mortalidad Alta natalidad	(2) Mortalidad decreciente Alta natalidad	(3) Mortalidad decreciente Natalidad decreciente	(4) Mortalidad decreciente Natalidad baja	(5) Baja mortalidad Baja natalidad
Palencia	León	La Coruña	Madrid	Lugo
Burgos	Santander	Pontevedra	Orense	Oviedo
Zamora	Vizcaya	Alava	Barcelona	Guipúzcoa
Valladolid	Logroño	Guadalajara	Valencia	Navarra
Avila	Toledo	Huelva	Murcia	Gerona
Soria	Badajoz	Huesca		Lérida
Salamanca		Zaragoza		Tarragona
Segovia		Teruel		Castellón
Cáceres				Alicante
Cuenca				Baleares
Cdad. Real				Las Palmas
Albacete				Sta. Cruz de
Córdoba				Tenerife
Jaén				
Sevilla				
Cádiz				
Málaga				
Granada				
Almería				

(38) Estos periodos, (a excepción del último) coinciden en cierto modo con los que ya reconoció RUIZ ALMANSA: 1901-1919, descenso regular y continuo; 1919-1921, alza bruta, reflejo de la riqueza material y euforia espiritual derivados de nuestra mentalidad en la primera gran guerra; 1931-1935, periodo estable; y 1936-1942, violenta crisis debida a la guerra civil. J. RUIZ ALMANSA, «Un breve análisis de...» op. cit., pp. 82 y ss.

otras en transición, y otras en fase pretransicional. Así, por ejemplo, 19 provincias se encontraban en una situación de altas tasas de natalidad y mortalidad, 6 mostraban una natalidad alta y una mortalidad decreciente, 8 habían comenzado a disminuir su mortalidad pero también su natalidad, otras 5 presentaban una natalidad baja y una mortalidad en disminución, y 12 se encontraban en fase claramente post-transicional.

En resumen, las provincias menos desarrolladas demográficamente (*grupo I*) coinciden con las provincias que, en general, tenían un grado de industrialización y de desarrollo económico más bajo (parte de León, Castilla la Vieja y la Nueva, Extremadura y Andalucía), mientras que las provincias más desarrolladas demográficamente coinciden también, en general, con las más desarrolladas y con mayor grado de industrialización (Cataluña, Levante, Baleares, parte del País Vasco y Asturias). Evidentemente, la correlación no sólo no es perfecta, sino que se observan algunos resultados relativamente sorprendentes. Por ejemplo, la alta natalidad de Vizcaya, y en cierto modo, de Santander y Logroño, no parece estar de acuerdo con su nivel de desarrollo. En el caso de Vizcaya, ello podría obedecer a la persistencia de una fuerte ideología pronatalista consecuencia de una interiorización de las normas católicas anticonceptivas, pero también podría deberse a que la industrialización de esta provincia constituye un fuerte foco de atracción de emigrantes (que, por ser preferentemente adultos jóvenes, en edad reproductora, influyeron positivamente en el aumento de la natalidad).

Sorprende asimismo que la mortalidad en Madrid, Barcelona y Valencia no sea tan baja como correspondería a su nivel de natalidad. La explicación podría encontrarse en la mayor proporción de la población que se podría clasificar como urbana, y en el reconocimiento de que la salubridad en las ciudades, especialmente en los suburbios industriales y de clases trabajadoras, era escasa y provocaba, por tanto, unas condiciones ambientales favorables a una más alta mortalidad.

Finalmente, parece igualmente sorprendente que las dos provincias canarias se encontrasen en un grado tan alto de desarrollo demográfico. La explicación parece poder atribuirse a deficiencias en el sistema de registros de los hechos vitales, especialmente de los nacimientos (aunque también de los fallecidos), lo cual bastaría para reducir el numerador en el

cálculo de las tasas de mortalidad y natalidad. (De hecho, los datos que se muestran a continuación parecen demostrar precisamente esa afirmación.)

En la primera parte del siglo XX, por tanto, parece que las zonas más desarrolladas demográficamente (Cataluña, Levante y parte de la costa cantábrica) son asimismo las zonas de mayor industrialización y desarrollo económico. Estas provincias, por otra parte, se encuentran más próximas a Europa, de forma que, por lo que parece, la transición fue progresivamente introduciéndose en nuestro país desde las zonas costeras del norte y nordeste hacia el interior y el sur. Ros Jimeno señala también este fenómeno, afirmando que «la dirección fundamental del decrecimiento de la natalidad ha sido de nordeste a sudoeste, siendo aquél más intenso en las provincias del litoral que en las del interior» (39).

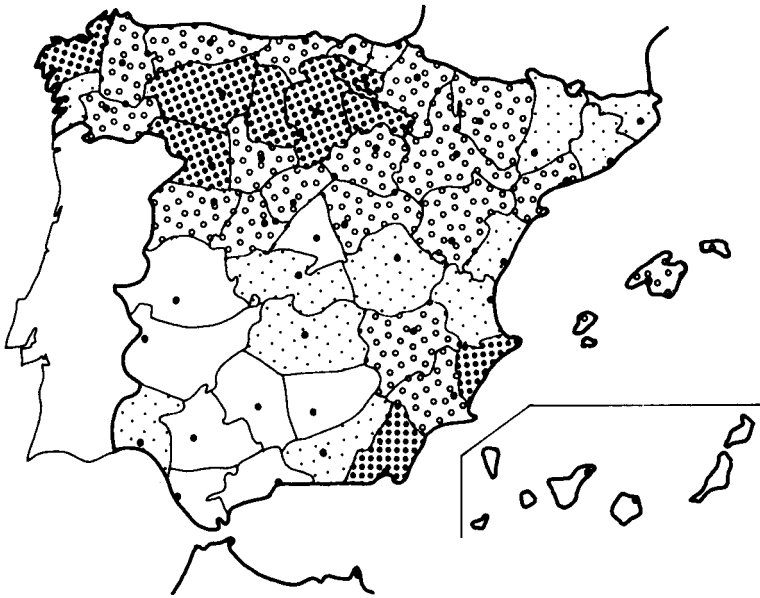
La epidemia de gripe de 1918 cierra este primer periodo, y aunque afecta a la mortalidad en toda España, sus efectos fueron más notables en unas provincias que en otras. En la *Tabla 1.1* y en el *Mapa 1.1* se puede advertir el incremento relativo de la mortalidad en cada provincia, lo cual constituye un indicador bastante elocuente de la dirección de la epidemia. Efectivamente, los datos parecen indicar que la epidemia se introdujo en España por el litoral cantábrico y mediterráneo, aunque sus efectos se vieron contrarrestados o reforzados por el mayor o menor grado de desarrollo de las provincias, de forma que las más afectadas (aparte de La Coruña, Almería y Alicante), fueron provincias menos desarrolladas del interior (con temperaturas más bajas), como León, Zamora, Palencia, Burgos, Logroño y Alava. Por eso, igualmente, la zona aparentemente menos afectada fue el sudoeste de la Península (salvo Huelva), y las islas Canarias. Madrid constituye una excepción probablemente atribuible a los mejores y más abundantes servicios sanitarios.

De 1919 a 1936 las tendencias se mantienen muy similares a las del período anterior, aunque los cambios que se observaron parecen aclarar más la situación de acuerdo con las explicaciones que he formulado anteriormente. Así, Vizcaya puede clasificarse mejor, especialmente desde 1930, en el grupo de provincias con baja mortalidad y natalidad, lo cual parece estar más de acuerdo con su grado de desarrollo. La Coruña

(39) J. ROS JIMENO, «El decrecimiento de la natalidad y sus causas», op. cit., p. 90.

MAPA 1.1

AUMENTO DE LA TASA BRUTA DE MORTALIDAD EN 1918 CON RESPECTO
A LA DE 1917 (En porcentaje)



MAS DE 70%



DE 50% A 70%



DE 35% A 50%



MENOS DE 35%

TABLA I.1

PORCENTAJE DE CAMBIO DE LA MORTALIDAD
RESPECTO A 1917

	1918	1919
España	50	4
Alava	70	—
Albacete	63	14
Alicante	72	28
Almería	91	9
Ávila	68	8
Badajoz	30	—15
Baleares	53	—
Barcelona	41	4
Burgos	87	4
Cáceres	19	—13
Cádiz	21	7
Castellón	47	5
Ciudad Real	47	8
Córdoba	29	—
Coruña, La	70	—
Cuenca	39	4
Gerona	36	5
Granada	44	— 4
Guadalajara	54	4
Guipúzcoa	44	6
Huelva	43	—13
Huesca	61	5
Jaén	27	— 3
León	90	9
Lérida	40	—
Logroño	85	14
Lugo	50	10
Madrid	26	17
Málaga	30	17
Murcia	65	15
Navarra	63	5
Orense	69	— 4
Oviedo	60	—
Palencia	73	—
Palmas, Las	—	11

Pontevedra	45	—
Salamanca	64	— 4
Sta. Cruz de Tenerife	7	8
Santander	60	5
Segovia	68	13
Sevilla	21	—
Soria	57	4
Tarragona	50	5
Teruel	52	—
Toledo	40	9
Valencia	40	65
Valladolid	64	4
Vizcaya	66	22
Zamora	119	14
Zaragoza	54	— 4

pasa, a partir de 1920, al *grupo 2* (alta natalidad y mortalidad decreciente), probablemente debido a la disminución de la emigración (que en cierto modo sería la responsable de su menor natalidad en el período anterior). Navarra pasaría asimismo al *grupo 3* (natalidad y mortalidad decrecientes) a partir de 1920. Murcia pasaría al *grupo 2* desde 1930, y Huelva al *grupo 5*.

TABLA 1.2

PORCENTAJE DE CAMBIO DE LA MORTALIDAD
RESPECTO A 1935

	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942
España	6	19	19	12	—	19	— 6
Alava	14	43	21	14	—	—	—
Albacete	—	17	22	17	— 6	—	22
Alicante	—	25	38	25	—	6	—19
Almería	12	47	41	59	35	18	—18
Avila	5	—11	—16	— 5	—11	—	—16
Badajoz	12	31	12	6	19	100	6
Baleares	8	— 8	15	8	8	—	—
Barcelona	—	8	69	23	—15	8	8
Burgos	—	—	—	— 5	—11	— 5	—21
Cáceres	6	11	—	—11	— 6	39	—11

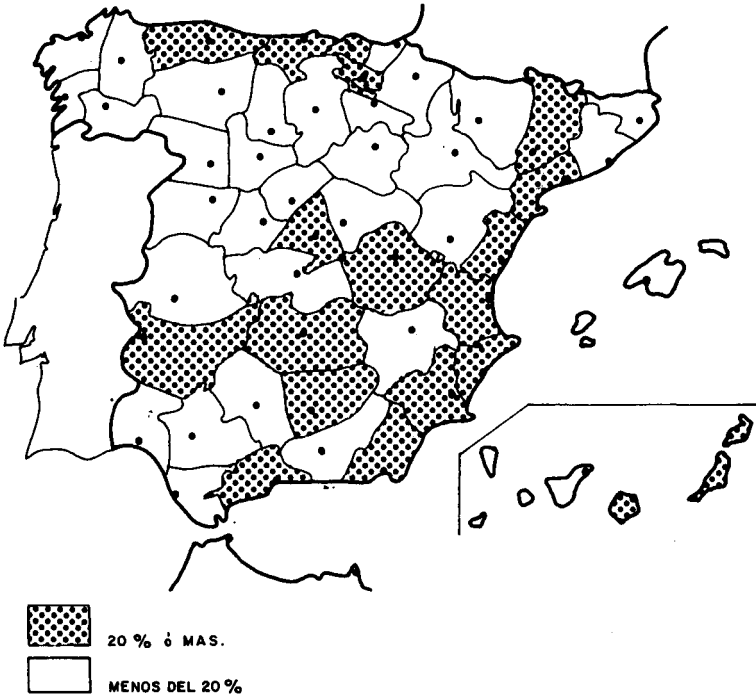
Cádiz	5	5	5	5	5	40	-10
Castellón	—	25	88	19	12	6	-6
Ciudad Real	—	31	44	50	38	50	-6
Córdoba	7	7	-7	27	20	53	7
Coruña, La	7	13	13	13	7	20	-13
Cuenca	6	24	35	18	—	6	-18
Gerona	—	14	64	50	7	—	-7
Granada	7	13	-7	20	20	20	-7
Guadalajara	-6	18	—	12	18	6	-12
Guipúzcoa	8	—	—	8	—	17	17
Huelva	—	13	7	—	7	113	33
Huesca	7	-13	20	7	7	7	—
Jaén	12	53	47	41	35	35	-6
León	—	6	—	—	-6	—	-22
Lérida	8	31	38	46	—	8	—
Logroño	25	—	—	—	-6	—	-12
Lugo	—	6	12	19	6	6	-12
Madrid	40	40	27	40	—	13	-7
Málaga	7	67	-7	7	7	53	—
Murcia	6	38	44	56	12	12	-12
Navarra	7	7	14	14	7	7	-7
Orense	-6	—	6	—	—	6	-12
Oviedo	14	71	36	14	14	14	-14
Palencia	-10	-5	-14	-19	-19	-5	-19
Palmas, Las	7	21	—	-7	—	7	—
Pontevedra	6	6	6	12	—	25	-12
Salamanca	—	—	—	-6	-6	—	-17
S. Cruz de Tenerife	—	8	8	—	—	—	—
Santander	8	77	23	8	—	15	—
Segovia	—	—	-12	-6	-6	—	-12
Sevilla	6	12	6	—	12	50	6
Soria	-6	-6	-6	-11	-11	-6	-22
Tarragona	7	27	100	33	—	7	—
Teruel	-30	—	29	6	-6	—	-6
Toledo	-7	-73	-33	47	40	40	7
Valencia	—	20	60	40	7	—	-13
Valladolid	11	—	—	-6	-6	6	-11
Vizcaya	18	100	—	—	9	36	18
Zamora	10	-5	-10	-15	-10	-10	-20
Zaragoza	25	19	56	6	-6	—	-12

El período de la guerra civil tiene interés sobre todo con respecto al análisis de la mortalidad, puesto que los incrementos relativos de ésta por comparación a la mortalidad que cada provincia tenía en 1935 muestra con exactitud casi

inequívocamente la situación de los frentes en cada uno de los años de la guerra. La *Tabla 1.2* y los *Mapas 1.2* a *1.6* presentan gráficamente la influencia de la guerra mejor de lo que se podría hacer con palabras.

MAPA 1.2

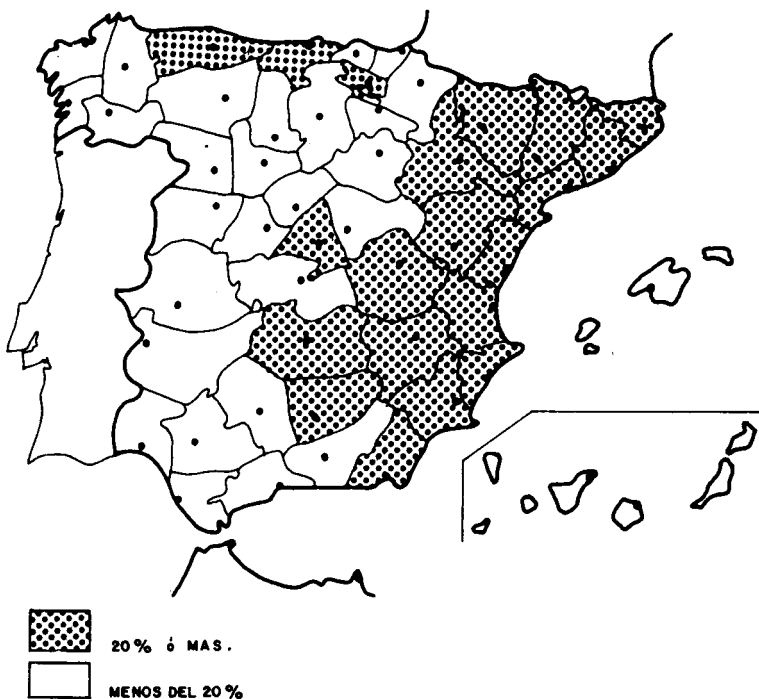
PROVINCIAS CUYA TASA BRUTA DE MORTALIDAD EN 1937 FUE SUPERIOR
EN UN 20 POR 100, O MAS, A LA DE 1935



En 1936 sólo hubo tres provincias cuya mortalidad fuese un 20 % superior respecto a la de 1935: Madrid (40 %), Zaragoza (25 %) y Logroño (25 %). En 1937, se puede observar la importancia de la guerra en los frentes del Norte, de Cataluña, de Levante y del Sur. En 1938 son fundamentalmente los frentes del Norte, Cataluña y Levante. En 1939, son los frentes de Cataluña y Levante, y se puede ya advertir el comienzo de la influencia del hambre en ciertas provincias

MAPA 1.3

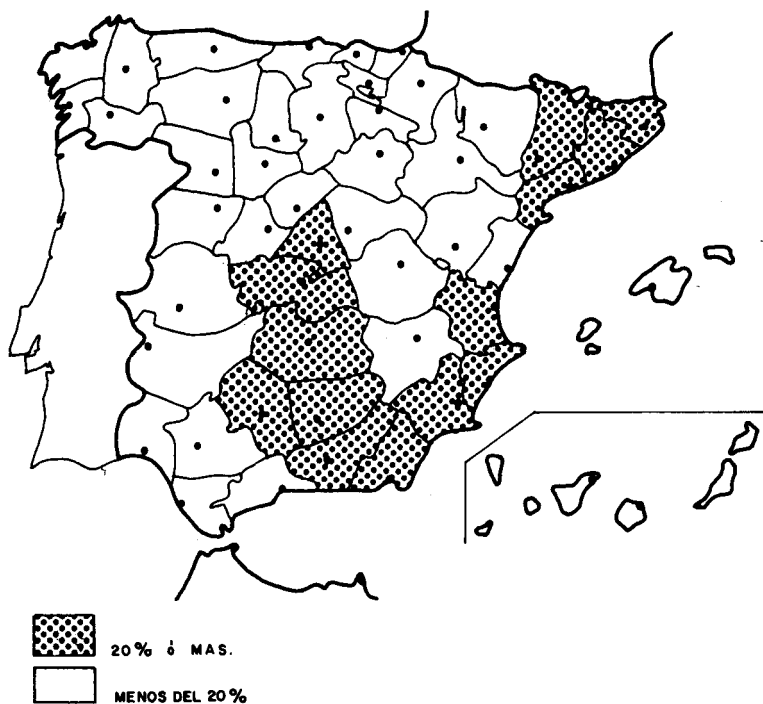
PROVINCIAS CUYA TASA BRUTA DE MORTALIDAD EN 1938 FUE SUPERIOR
EN UN 20 POR 100, O MAS, A LA DE 1935



del Sur, que habían padecido menos los efectos directos de la guerra. Acabada la guerra, sin embargo, se observan las consecuencias de la escasez de alimentos en ciertas provincias del sur, en 1940, y en todo el sudoeste (aparte de La Coruña, Pontevedra y Vizcaya) en 1941, provincias que, en su gran mayoría, apenas habían sufrido los efectos directos de la guerra.

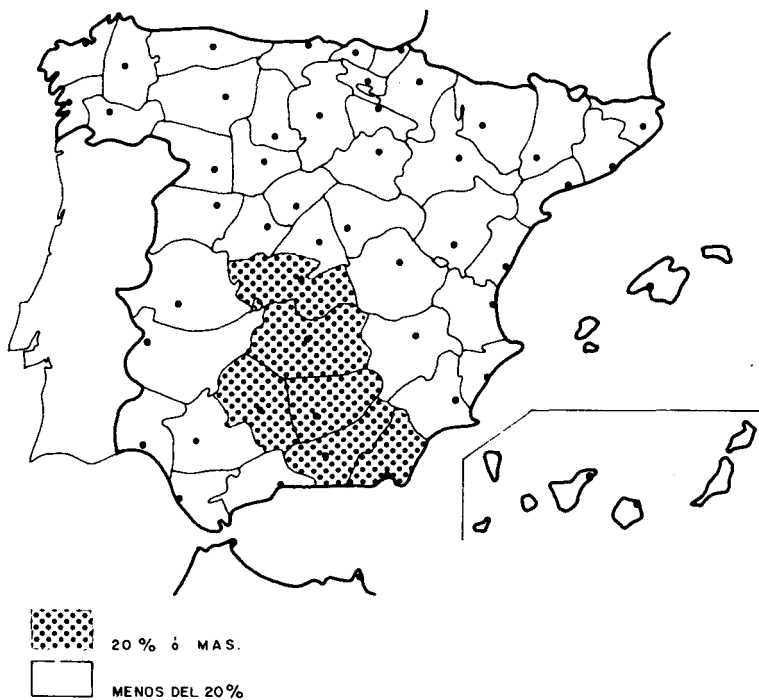
MAPA 1.4

PROVINCIAS CUYA TASA BRUTA DE MORTALIDAD EN 1939 FUE SUPERIOR
EN UN 20 POR 100, O MAS, A LA DE 1935



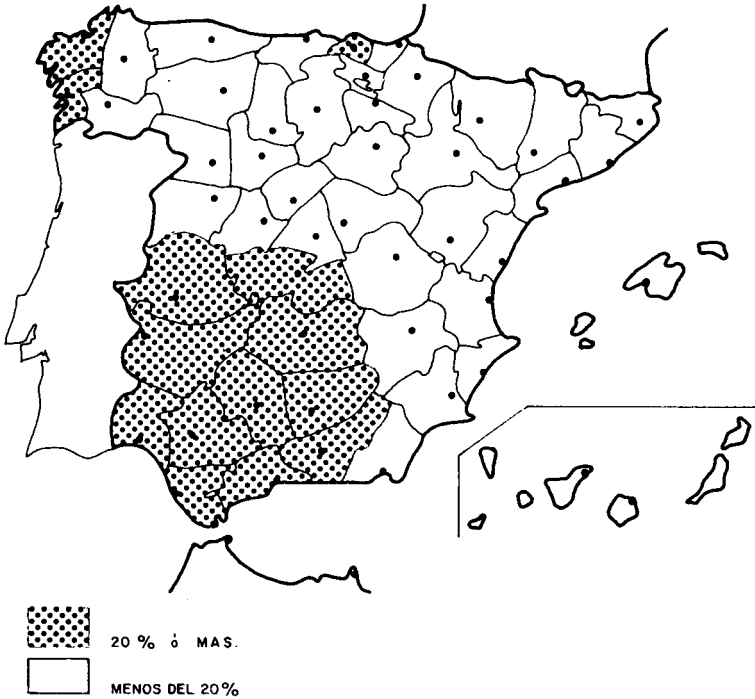
MAPA 1.5

PROVINCIAS CUYA TASA BRUTA DE MORTALIDAD EN 1940 FUE SUPERIOR
EN UN 20 POR 100, O MAS, A LA DE 1935



MAPA 1.6

PROVINCIAS CUYA TASA BRUTA DE MORTALIDAD EN 1941 FUE SUPERIOR
EN UN 20 POR 100, O MAS, A LA DE 1935

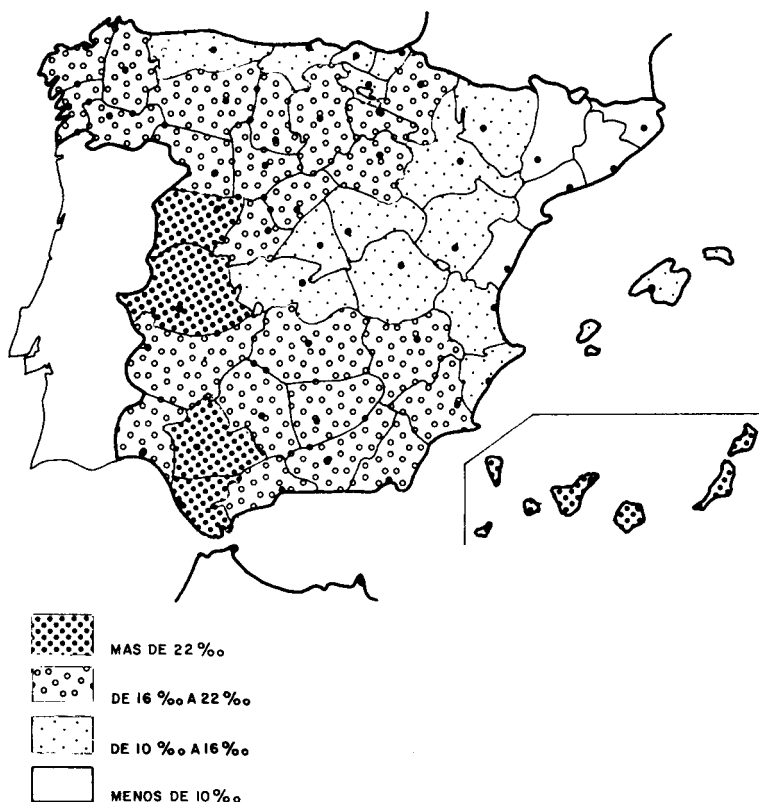


Pero la guerra también habrá influido sobre la natalidad (separando matrimonios, haciendo que éstos pospusieran voluntariamente la reproducción mientras durase la contienda, aumentando la mortalidad, y por consiguiente, la mortalidad por los partos, la mortalidad infantil y los abortos involuntarios). La situación de la natalidad en 1939, que se repre-

senta gráficamente en el *Mapa 1.7*, muestra con gran claridad esa dirección nordeste-oeste en el descenso de la natalidad. Efectivamente, la menor natalidad en 1939 se observa precisamente en Cataluña, costa cantábrica, Aragón y parte de Castilla la Nueva. Cabe destacar, asimismo, la situación pre-transicional en que se encontraban todavía en esa fecha las islas Canarias, Cáceres, Salamanca, Sevilla y Cádiz.

MAPA 1.7

TASA BRUTA DE NATALIDAD EN 1939



Por último, la evolución de la mortalidad y la natalidad desde 1940 es algo más compleja, puesto que se ve afectada por las migraciones no sólo hacia el exterior, sino también, y en especial desde 1950, por las voluminosas migraciones interiores, que alteran profundamente la composición por sexo y edades de la población, influyendo así sobre medidas tan crudas como lo son las tasas brutas de mortalidad y natalidad.

En este último período hay todavía tres provincias que mantienen elevadas tasas de mortalidad y natalidad (en comparación con los promedios nacionales), Palencia, Salamanca y Zamora, aunque en las tres se observa, en especial desde 1955, una rápida disminución de la natalidad, que se puede atribuir a la emigración masiva de jóvenes adultos (que, por ser población potencialmente reproductora, hace disminuir la tasa de natalidad y, por ser población joven, hace que aumente la edad media de la población, y por consiguiente su tasa de mortalidad).

Dos provincias, Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife, se encuentran aún en una auténtica situación de subdesarrollo demográfico, con tasas enormemente elevadas de natalidad y tasas muy bajas de mortalidad. En realidad, estas bajas tasas de mortalidad se deben atribuir a la población extremadamente joven de las islas y a que, evidentemente, se benefician de los adelantos de la higiene y la medicina moderna como en la Península.

Un grupo muy numeroso de provincias, que abarca toda Andalucía (salvo Huelva), la región de Murcia, Castilla la Nueva (salvo Cuenca y Guadalajara), Extremadura, Castilla la Vieja (salvo Santander, Logroño y Soria) y dos provincias más, León y Pontevedra, se encuentran todavía en fase de natalidad relativamente alta (superior al promedio nacional), pero con una mortalidad semejante al promedio nacional, es decir, baja. Sin embargo, se pueden diferenciar tres subgrupos entre todas ellas. Un subgrupo numeroso, Cádiz, Sevilla, Córdoba, Jaén, Granada, Almería, Murcia, Albacete, Pontevedra y Valladolid, se ajusta más a la pauta anteriormente descrita, pero algunas de ellas, como León, Avila, Segovia, Burgos, Cuenca, Ciudad Real, Cáceres, Badajoz y Toledo, muestran una tendencia, durante los últimos quince años aproximadamente, a que disminuya bruscamente su natalidad. La explicación hay que buscarla, probablemente, en la emigración, que reduce considerablemente la población poten-

cialmente reproductora. Por el contrario, en Málaga se puede reconocer la tendencia opuesta, es decir, un incremento de la natalidad desde 1960, que probablemente hay que atribuirlo al rápido desarrollo económico producido entre ciertos sectores a causa del turismo y a la inmigración, originada asimismo por el turismo.

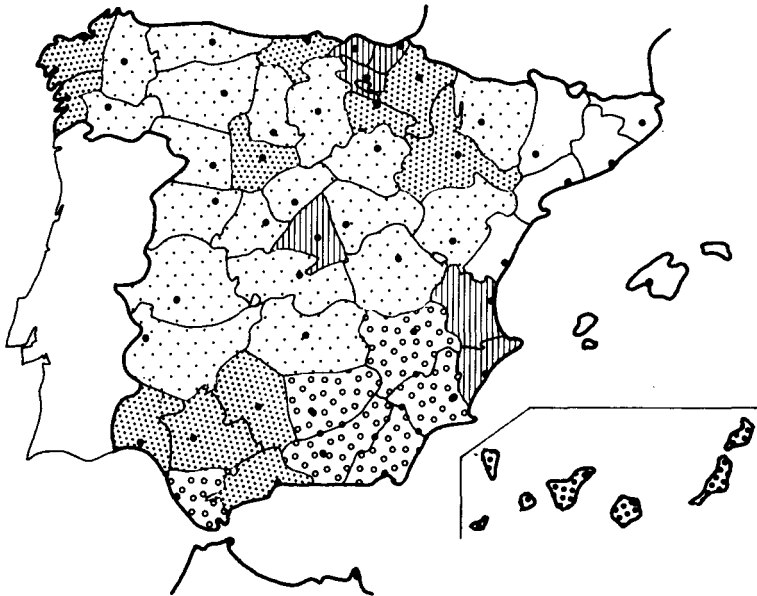
Otro grupo de provincias, relativamente periféricas, muestran una evolución de sus tasas de mortalidad y natalidad muy similar a los respectivos promedios nacionales. Este es el caso de Navarra, Santander y Huelva. Pero en La Coruña, Orense y Soria, aunque la pauta general es similar, se observa desde 1950 una clara tendencia a que la natalidad disminuya rápidamente, especialmente en las dos últimas provincias, probablemente a causa de la emigración. Por el contrario, Guipúzcoa, que hasta 1955 sigue aproximadamente el promedio nacional, aumenta considerablemente su natalidad, lo cual debe atribuirse, por supuesto, al incremento de adultos jóvenes inmigrantes, que aumentan la población potencialmente reproductora y, por tanto, la natalidad.

Finalmente, entre las provincias más claramente desarrolladas demográficamente, cabe diferenciar una serie de subgrupos. Así, un cierto número de provincias, bastante desarrolladas desde una perspectiva socio-económica, presentan claros rasgos de haber visto interrumpida su transición demográfica a causa de un brusco cambio en su tasa de natalidad, que, de ser descendiente, ha pasado a ser creciente. Estas provincias han sido, y son, focos importantes de inmigración, la cual significa, como hemos indicado en otras ocasiones, un incremento relativo importante de su población potencialmente reproductora, así como el consecuente incremento de su natalidad. Este sería el caso de Alicante, Barcelona, Valencia, Madrid, Alava y Vizcaya, y también de Tarragona y Baleares, aunque en estas dos provincias su mayor desarrollo demográfico, que ha originado un fuerte envejecimiento de sus poblaciones, junto con el menor contingente de inmigrantes recibidos, ha producido no sólo un ligero aumento de la natalidad, sino también de la mortalidad. El otro subgrupo de provincias está constituido por aquellas que han logrado ya un descenso de su natalidad por debajo del promedio nacional, junto con un descenso de su mortalidad hasta el nivel medio nacional, como Zaragoza, Oviedo y Logroño, o incluso por debajo del promedio nacional, como Lugo y Lérida, Gerona, Castellón, Teruel, Guadalajara y Huesca, que clara-

mente se pueden considerar poblaciones modernas y que además no han recibido contingentes de inmigrantes como para que afecten a su tasa de natalidad.

MAPA 1.8

CLASIFICACION DE LAS PROVINCIAS SEGUN SU GRADO DE DESARROLLO DEMOGRAFICO



El intento de describir simultáneamente el proceso de transición demográfica en las cincuenta provincias resulta, evidentemente, difícil. Sin embargo, hemos intentado presentar una descripción y un esbozo de análisis lo más claro y pormenorizado posible. Hemos procurado combinar la generalización con la consideración individualizada de los casos en que parecía necesario hacerlo. Aun así, teniendo en cuenta la enorme cantidad de factores demográficos y socio-económicos que influyen en las tasas de natalidad y mortalidad, y los diferentes grados en que se presentan en cada caso particular, debemos reconocer que resulta difícil presentar un cuadro esquemático y perfectamente coherente.

Sin embargo, la situación de las provincias españolas con respecto a la fase de transición demográfica en que se encuentran podría resumirse así (*Mapa 1.8*):

No desarrolladas: Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife. Su natalidad sigue siendo muy alta (aunque más baja en Santa Cruz de Tenerife) y su mortalidad es extremadamente baja (como consecuencia de los beneficios de una medicina y una civilización, en general, industrial, y de una población muy joven), lo que produce un crecimiento vegetativo elevado de la población.

En desarrollo: Albacete, Murcia, Jaén, Granada, Almería y Cádiz. Se caracterizan por una alta natalidad y una baja mortalidad, una estructura joven de su población y un alto crecimiento vegetativo.

Desarrolladas pero con alta emigración: Lugo, Orense, Oviedo, Burgos, Palencia, León, Zamora, Salamanca, Avila, Segovia, Soria, Guadalajara, Cuenca, Toledo, Ciudad Real, Cáceres, Badajoz, Huesca y Teruel. Su natalidad es baja, y, sobre todo, ha disminuido considerablemente desde 1960 en casi todas ellas, mientras que su mortalidad se mantiene asimismo en un nivel bajo. Casi todas ellas han sufrido fuertes emigraciones en el último decenio, lo que ha ocasionado cierto envejecimiento de la población, tanto por la base como por la cúspide. Su crecimiento vegetativo es medio e incluso bajo.

Desarrolladas: Huelva, Sevilla, Córdoba, Málaga, Logro-

ño, Navarra, Zaragoza, Santander, Coruña y Pontevedra. Su natalidad es, en general, similar al promedio nacional, y se mantiene más o menos estabilizada (salvo en Málaga, donde, como ya hemos indicado, se observa un incremento a partir de 1960). Su mortalidad suele ser también similar al promedio nacional, igual que la estructura de su población (algo envejecida, pero más por la cúspide que por la base). Su crecimiento vegetativo es medio, superior desde luego a las provincias del grupo anterior.

Desarrolladas pero con alta inmigración: Valencia, Alicante, Madrid, Alava, Vizcaya y Guipúzcoa. Se trata, en general, de provincias se han visto afectadas por la recepción de fuertes contingentes de inmigrantes. Por ello, aunque su mortalidad es baja y estable, su natalidad ha ido aumentando en los últimos quince años. La estructura de su población, que había comenzado a envejecer, se ha visto rejuvenecida por el grupo de jóvenes adultos y, como consecuencia de su potencialidad reproductora, por la base. Su crecimiento vegetativo, por consiguiente, es alto.

Muy desarrolladas: Castellón, Tarragona, Lérida, Barcelona, Gerona y Baleares. Constituyen el grupo más moderno demográficamente. Son las provincias que más pronto iniciaron el proceso de descenso de sus tasas de mortalidad y natalidad, y por tanto son también las provincias caracterizadas por una estructura envejecida de su población, por la base y por la cúspide. Aun así, y como las provincias del grupo anterior, algunas de ellas (Barcelona, Baleares y Tarragona) han experimentado un incremento relativo notable en sus tasas de natalidad, a causa de la fuerte inmigración. En todo caso, su crecimiento vegetativo es aún muy bajo (aunque algo superior en Barcelona y Baleares).

En nuestra opinión, por consiguiente, continuará el proceso de homogeneización de las tasas de mortalidad (las variaciones provinciales actuales con ya pequeñas), estableciéndose alrededor del 10 por 1.000. En cuanto a la natalidad, persistirán algunas diferencias provinciales importantes a causa de los movimientos migratorios y a causa, igualmente, de las diferencias en la estructura por sexo y edades de

la población de cada provincia (40). Por otra parte, creo que las actitudes de los jóvenes (mujeres y varones) ante el control de la natalidad constituirán en la próxima década el factor más importante que se debe tener en cuenta al proyectar las tendencias futuras.

OTRAS DIFERENCIAS SOCIALES

La segunda hipótesis, según la cual la transición demográfica se ha operado antes en las ciudades que en el medio rural, es difícil de verificar. Por lo pronto, hay que basarse en datos secundarios, a causa del carácter histórico de los datos que se necesitan. Pues bien, la primera dificultad consiste en que los hechos vitales (nacimientos, defunciones y matrimonios) se inscriben en el registro del lugar donde se produce el hecho, y no en el del lugar donde reside habitualmente la persona a quien ha acaecido el hecho. Debido a esta práctica, muchos nacimientos o defunciones inscritos en los Registros de determinados municipios corresponden en realidad a otros municipios. Concretamente, los municipios urbanos, en donde se suelen localizar las clínicas y hospitales, suelen registrar como suyos muchos de los nacimientos y defunciones que en realidad corresponden a los municipios rurales (41). En segundo lugar, los municipios son las unidades territoriales para las cuales ofrece datos sobre hechos vitales el Instituto Nacional de Estadística (42), y ya hemos señalado las dificultades que presenta la utilización del municipio como unidad de análisis (43).

Comparando los datos de 22 municipios de 100.000 habitantes o más en 1960 con los correspondientes a sus respec-

(40) Las referencias a la estructura de la población en el resumen anterior se basan en los datos procedentes de JUAN DIEZ NICOLÁS, «Estructura por sexo y edades de la población española, 1900-1960», op. cit.

(41) Véase a este respecto JUAN DIEZ NICOLÁS, «Problemas de las áreas metropolitanas», ponencia presentada al Seminario sobre Áreas Metropolitanas del Departamento de Sociología de la Universidad Autónoma de Madrid (abril de 1970).

(42) Y no para todos los municipios, sino para las capitales provinciales, y otros municipios-no-capitales de 20.000 y más habitantes.

(43) JUAN DIEZ NICOLÁS, «Influencia de las definiciones administrativas en el análisis de conceptos sociológicos: El municipio como unidad de análisis en el estudio del grado de urbanización», *Revista Internacional de Sociología*, 97-98 (1968): 75-87.

tivas provincias, desde 1901 a 1967, se pueden, sin embargo, obtener ciertas conclusiones (44). En primer lugar, se observa claramente una doble situación: antes y después de 1940, es decir, antes y después de la guerra civil. Si se examina el período anterior a la guerra se pone de manifiesto que 12 de los 22 municipios (Zaragoza, Palma de Mallorca, Bilbao, San Sebastián, Pamplona, Málaga, Badajoz, Córdoba, Sevilla, Cádiz, Valladolid y Las Palmas) muestran, en general, una natalidad inferior y una mortalidad superior a las que tenían sus respectivas provincias en ese mismo período, y que otras cuatro (Valencia, Barcelona, Granada y Murcia) presentaban una natalidad inferior y una mortalidad similar a las de sus correspondientes provincias. Aún podrán añadirse otras dos provincias (Madrid y Santa Cruz de Tenerife) en las que tanto la natalidad como la mortalidad eran inferiores a las de sus provincias respectivas. De los restantes cuatro municipios dos tenían una natalidad y una mortalidad superior a sus provincias (La Coruña y Oviedo), y otras dos presentaban una natalidad similar y una mortalidad superior a sus provincias (Alicante y Santander).

En resumen, en 20 de los 22 municipios, en el período 1901-1940, la mortalidad es superior a las respectivas tasas provinciales, lo cual parece contradecir la hipótesis original. En realidad, esto puede deberse a varias causas: a) recogida de datos más completa en las ciudades que en el medio rural; b) peores condiciones de vida en la ciudad que en el campo; c) mayor envejecimiento de la población urbana que la rural. Carecemos de información para demostrar si el primer supuesto es o no cierto, pero no parece aventurado suponer que, de haber diferencia en el grado de cobertura de las estadísticas entre la ciudad y el campo, ésta sería favorable a las ciudades, por disponer de mayores recursos administrativos. Respecto al segundo supuesto, puede admitirse que, en los comienzos de la industrialización, la falta de higiene y malas condiciones de vivienda en las ciudades provocaron una mayor mortalidad en las ciudades; pero, en el período que se está considerando se puede admitir, al menos provisionalmente, que la sanidad y el acceso a los servicios sanitarios eran

(44) No se ofrecen las series estadísticas de natalidad y mortalidad, ni la representación gráfica de las mismas para estos municipios, que aumentaría aún más la extensión de este capítulo. Véase, sin embargo, JUAN DIEZ NICOLÁS, *Especialización funcional y dominación en la España urbana* (Madrid: Guadarrama-Publicaciones de la Fundación Juan March, 1972), 246 pp.

mejores en los centros urbanos. En cuanto al tercer supuesto, los datos de que se disponen parecen señalar que las ciudades han tenido, desde 1900, una proporción de habitantes de 15 a 64 años superior a las de sus respectivas provincias (a causa de la inmigración), y es bien sabido que las tasas específicas de mortalidad comienzan a aumentar persistentemente desde los 7 a los 10 años de edad. Así, la mayor proporción de población adulta podrá explicar parcialmente la mayor mortalidad observada en las ciudades. Por otra parte, el ya comentado sistema de registros, de influir algo en esta época, lo haría también en el sentido de incrementar las tasas brutas de mortalidad urbanas. La evidencia, sin embargo, no es concluyente, y deberá ser investigada más sistemáticamente.

En cuanto a la natalidad, la situación es más clara. Salvo en dos provincias (La Coruña y Oviedo), la natalidad es similar (Alicante y Santander) o más baja (los restantes 18 municipios) en las ciudades que en el campo. Las circunstancias examinadas anteriormente con respecto a la mortalidad tenderán, en general, a hacer que la natalidad fuese superior en las ciudades. El hecho de que no sea así refuerza aún más la hipótesis de que la natalidad disminuyó antes en las ciudades. Efectivamente, se puede suponer, todavía con mayor motivo que en el caso de la mortalidad, que la cobertura de registro de los nacimientos sería mayor en las ciudades. En segundo lugar, la mayor sanidad e higiene de las ciudades evitaría los abortos involuntarios y las defunciones al nacer en mayor medida que en el campo. En tercer lugar, la mayor proporción de adultos (población potencialmente reproductora) en las ciudades deberá favorecer una tasa de natalidad más alta que en el campo. Finalmente, el sistema de registros, aunque en pequeña medida (pues la proporción de mujeres que parían en centros sanitarios era a principios de siglo muy escasa), tendería asimismo a incrementar la tasa de natalidad. Es evidente, por tanto, que en el período anterior a la guerra civil la natalidad disminuyó más rápidamente y antes en los municipios urbanos que en los rurales.

Sin embargo, después de la guerra nos encontramos con un hecho sorprendente: las ciudades, en general, muestran una tendencia a incrementar extraordinariamente su natalidad, hasta el punto de que ésta es en algunos casos muy superior a la de sus respectivas provincias. Como hemos observado en otro lugar, «sólo a efectos comparativos señalaré que la natalidad en España en 1965 era de alrededor de 20 por 1.000;

pues bien, de los 22 municipios de más de 100.000 habitantes a que me estoy refiriendo, todos ellos mostraban una natalidad superior a 20 por 1.000 (salvo La Coruña, que en 1965 tenía 17 por 1.000), pero es que, además, 10 de ellos tenían una natalidad superior a 30 por 1.000, e incluso dos superiores a 40 por 1.000 (Pamplona y San Sebastián)» (45). La explicación de este súbito y enorme aumento de la natalidad hay que basarla en dos factores. En primer lugar, la masiva influencia de emigrantes (adultos jóvenes) a las ciudades, que ha sido mucho mayor desde la guerra y sobre todo desde 1950. En segundo lugar, la inscripción en las ciudades de gran número de nacimientos que corresponden a otros municipios rurales. Efectivamente, «en 1965, la proporción de nacimientos correspondientes a madres residentes fuera del municipio fluctuaban entre 8 % (Córdoba y Las Palmas) y 49 % (San Sebastián)» (46).

Así, pues, y aunque la evidencia resulta confusa debido a la definición de las unidades territoriales de análisis, al sistema de registros de los hechos vitales, a la estructura por sexo y edades de la población, y a los movimientos migratorios, creemos que hay más razones para aceptar la hipótesis original (que la transición demográfica se ha producido antes en las zonas urbanas que en las rurales) que para rechazarla. En todo caso, éste es un campo en el que se requeriría mas investigación empírica de la que ahora hay disponible.

La tercera hipótesis es aún más difícil de verificar. Los datos sobre nacimientos y defunciones que publica el Instituto Nacional de Estadística no se presentan clasificados por ninguno de los indicadores de estatus socioeconómico (ocupación, nivel de renta, nivel de estudios, etc.), por lo que es imposible intentar verificar la hipótesis mediante datos secundarios. Por otra parte, la utilización de datos primarios presentan siempre el fenómeno en un momento concreto del tiempo, por lo que harían falta gran número de dichos estudios cross-seccionales para verificar la hipótesis adecuadamente.

Uno de los pocos estudios disponibles para la natalidad, el de Aznar (47), compara los resultados de un análisis de

(45) JUAN DIEZ NICOLÁS, «Problemas demográficos de las áreas metropolitanas», op. cit.

(46) *Idem.*

(47) S. AZNAR, «El promedio de la natalidad diferencias...» op. cit.

las hojas de inscripción de nacimientos en Madrid y Barcelona en dos fechas, 1920 y 1940. Al plantearse si la relación entre clase social y natalidad es directa o inversa, Aznar afirma: «El vuelco que en veinte años, desde 1920 a 1940, se ha dado en Madrid queda, pues, evidenciado con cifras estadísticas. La relación inversa entre natalidad y clase social de 1920 se ha convertido en relación directa en 1940» (48), y examinando las causas de este cambio, concluye que «la causa verdadera, acaso la causa casi total en algunos casos, como Barcelona, de los hechos demográficos que exhibí, es, a mi juicio, el neomalthusianismo. En los años turbios y vergonzosos de la República, propagandas suicidas, insensatas, clandestinas y públicas, han extendido la lepra a las clases bajas, que son las numerosas. Es otro de los regalos fatídicos que debemos a la revolución republicana (*sic*)» (49). Dejando aparte la cuestión de los juicios de valor que introduce Aznar al relatar cuestiones de hecho, lo importante es que, si se aceptan los datos como válidos, en 1920 la relación entre natalidad y clase social era inversa (lo que podría significar que, en relación con la natalidad, la clase alta ya había experimentado la transición, la clase media la estaba pasando y la clase baja aún no la había comenzado apenas). En 1940, sin embargo, la relación era directa (indicando así que también la clase media, e incluso la clase baja, habían completado su transición).

Los datos sobre tamaño ideal de la familia que analizamos, procedentes de tres encuestas en Madrid, en 1964 y 1965, presentaban la existencia clara de una relación directa entre nivel socioeconómico (medido por estudios e ingresos) y tamaño ideal de la familia (50). Un estudio posterior, realizado también por encuesta, pero a nivel nacional, parecía indicar la existencia de una tendencia curvilínea en la relación nivel socioeconómico y natalidad (hijos habidos, esperados, ideal y deseados) (51). Así, pues, no parece existir evidencia respecto a las diferencias de mortalidad por clase social a lo largo de este siglo. Sin embargo, no parece muy aventurado presumir que las clases altas se hayan podido beneficiar más

(48) *Ibidem*, p. 390.

(49) *Ibidem*, p. 397.

(50) JUAN DIEZ NICOLÁS, «Status socioeconómico, religión y tamaño ideal de la familia urbana». *op. cit.*

(51) JUAN DIEZ NICOLÁS, «Evolución y previsiones de la natalidad en España», *op. cit.*

de las mejoras de higiene y sanidad, y que, a causa de sus mayores recursos, hayan disfrutado de un nivel de vida más alto, y, por consiguiente, de una mortalidad más baja. De igual forma, se podría suponer que las clases bajas habrán sido las últimas en reducir su mortalidad, y que, incluso ahora, su mortalidad sea todavía superior a las clases medias y altas.

Por lo que respecta a la natalidad, la evidencia es escasa, fragmentaria y no es susceptible de comparación. En todo caso, si se tiene en cuenta la aparente correlación ecológica (a nivel provincial) entre natalidad y grado de desarrollo económico, parece que habría que concluir en la existencia de una relación inversa. Pero la correlación ecológica puede no ser la mejor evidencia en este caso, puesto que no son comparables el nivel de desarrollo de un sistema social (o subsistema) y la clase o el estrato social. Por eso preferimos conceder mayor importancia a los datos presentados por Aznar. En realidad, se podría suponer que antes de 1900 la relación entre clase social y natalidad pudo ser directa, y que, como consecuencia de la industrialización y, en general, de la llamada modernización, la relación se hizo inversa hacia 1920, pero que posteriormente, al interiorizar también las clases bajas la nueva norma social sobre el número de hijas e hijos, la relación se habría hecho nuevamente directa en 1940. En realidad, esta última hipótesis estaríamos dispuestos a aceptarla, incluso añadiendo que, posiblemente, las clases medias y altas, desde la guerra, han incrementado su natalidad como resultado de su mayor identificación con la normativa católica en este punto, y que, por consiguiente, son precisamente estas clases las responsables del aumento de la natalidad desde 1940 y su posterior normalización hasta el presente.

Sólo desde 1950, probablemente, las clases medias, con el fin de participar en esa «sociedad de consumo», han comenzado a disminuir su natalidad, especialmente en los centros urbanos, provocando así la relación curvilínea que parece observarse en los datos antes mencionados. En cualquier caso, éste es, nuevamente, un tema que merece que se le dedique un mayor esfuerzo de investigación. En los capítulos siguientes del libro se contestan algunos de los problemas e incógnitas aquí formuladas (52).

(52) Los datos básicos pueden considerarse en el *Apéndice de gráficos y tablas provinciales*, al final del presente libro (pp. 317-360).

Segunda Parte

ACTITUDES SOCIALES

2. ACTITUDES Y PRACTICAS RELIGIOSAS

Es de sobra conocida la tendencia de todo individuo a convertir en proposición de valor universal lo que es simple opinión o creencia suya. Y es igualmente archisabido que esa actitud es contraria al más elemental método científico. Sin embargo, por motivos en los que ahora no vamos a entrar, tal modo de comportamiento es frecuente en amplios sectores conservadores de la sociedad española. Llega un día y un señor, muy serio, dice que «ser español es consustancial con ser católico»; al día siguiente, otro, no menos serio, afirma que «los españoles —así, en su totalidad— no están de acuerdo con el control de la natalidad»; y aún se da un tercero dispuesto a sostener que los españoles no queremos oír hablar de libertad religiosa. Este hecho es tanto más preocupante, cuanto que, salvo raras excepciones, dichas afirmaciones no se apoyan en un conocimiento previo de la realidad, sino que forman parte de un entramado ideológico que se quiere mantener a toda costa. Resulta productivo atribuir a los «españoles» las ideas que nos gustan o nos convienen, como individuos o como grupos; pero ese modo de obrar acaba produciendo consecuencias poco favorables para la sociedad en su conjunto y para muchos individuos concretos. En lo relativo al catolicismo español, esa actitud está extendida entre algunos grupos, y es necesario realizar una serie de investigaciones que clarifiquen la situación. Es aventurado decir que los españoles pensamos de tal o cual manera acerca de ciertas materias religiosas, porque

hay pocos datos para apoyar las afirmaciones que se hagan. Y, en cualquier caso, es evidente que no nos vamos a encontrar con una opinión unánime, sino que habrá distintas corrientes de opinión.

En este capítulo realizamos una primera aproximación para determinar el grado de conservadurismo o progresismo religioso de *algunos* españoles (concretamente, de los residentes en Madrid), tomando como base los datos de una encuesta realizada por el Instituto de la Opinión Pública, en Madrid, en *enero de 1965*. El Concilio Vaticano II significó un hecho fundamental para una nueva orientación de la Iglesia Católica, más acorde con el nivel del tiempo. Esta importancia general del Concilio presentó, en el caso de España, unas peculiaridades especialísimas, consecuencia de nuestra propia circunstancia histórica. Dejando a un lado a los «ultras», para quienes todo cambio implica una catástrofe que acaba con el paraíso tradicional, numerosos sectores conservadores de la sociedad española, que se encontraban aparentemente a gusto en una tradición más o menos rutinaria del catolicismo, de momento, de forma inesperada, se encuentran con unos padres conciliares que empiezan a decir en Roma unas cosas que ellos venían considerando, cuando menos, propias de un rebelde heterodoxo. El desconcierto inicial era evidente y a nadie debe sorprenderle que un individuo se extrañe si se encuentra con que le han cambiado el paisaje durante su siesta. Pero, poco a poco, las cosas fueron clarificándose. Y resultaba que, efectivamente, el Concilio iba poniendo en claro que un protestante, o un liberal, pongamos por caso, no son necesariamente una encarnación del Maligno, y que nadie tiene derecho a entrar a saco en la conciencia de otro para imponerle una determinada creencia.

Ante ese hecho, se produjo, por un lado, la reacción instintiva de los «ultras», de querer aferrarse al pasado, viendo casi con alegría la desaparición del Papa Juan XXIII, de cuya ortodoxia no estaban muy seguros. Esta vez no se hicieron en España rogativas por la conversión del Papa, «que se ha vuelto socialista», no se creó ninguna sociedad semejante a la del *Angel Exterminador* que, bajo la presidencia del obispo de Osma, se fundó en 1821 para acabar con los liberales, porque las circunstancias eran otras muy distintas. Pero sí se produjeron anatemas contra la libertad religiosa referida a España, aduciendo, como argumento en contra, la unanimidad de creencias de todos los españoles.

Por otra parte, algunos conservadores más moderados, aun comprendiendo la oportunidad de las decisiones conciliares, consideraron que los españoles tenemos unos planteamientos diferentes de otros pueblos católicos y, en consecuencia, que hace falta ser muy prudentes en las nuevas orientaciones. Por último, los sectores liberales y progresistas encontraron en el Concilio la posibilidad de revitalizar el catolicismo español y de introducir un aire renovador de tolerancia y libertad, estimando que la generalidad de los españoles no son los que los «ultras» pretenden.

Pues bien, salvo contadísimas excepciones, el conjunto de juicios y opiniones vertidas por unos y otros se ha hecho sin tener en cuenta lo que realmente piensan y quieren los españoles. Y ello no parece aconsejable. Podemos admitir que a la hora de establecer una verdad, en abstracto, se siga un procedimiento minoritario y que, luego se proclame su validez universal. Ahora bien, si el Concilio, por ejemplo, establece el principio de libertad religiosa, que es un principio general, y luego aquí se pretende relativizarlo en interés de los españoles, está claro que hace falta contar con lo que los españoles creen y opinan. Porque puede ocurrir que no exista ninguna razón para la relativización, aun suponiendo —cosa difícil de suponer— que la libertad religiosa sea algo condicionado por las estructuras político-sociales. Por consiguiente, es necesario averiguar cuál es la realidad del catolicismo español, en todos los aspectos, y llevar a cabo unas cuidadosas investigaciones de sociología religiosa que permitan hacer afirmaciones más fundadas de las que estamos acostumbrados a oír a diario.

Este capítulo pretende solo señalar algunos puntos concretos (entre ellos el del control de natalidad) y esperamos que sea una incitación para ulteriores estudios. Sus conclusiones pretenden recoger lo que algunas españolas y españoles piensan de su religión. Y si se analizan con cuidado esos pensamientos, descubriremos que no se puede seguir situando a esos españoles donde un tradicionalismo reaccionario quiere.

INDICE DE CONSERVADURISMO/PROGRESISMO RELIGIOSO

Basándonos en los resultados de una encuesta sobre cuestiones religiosas realizada en Madrid (1), hemos confeccionado

(1) Véase la «Sección Encuestas e Investigaciones» de la *Revista Española de la Opinión Pública*, 0 (1965).

un índice de conservadurismo-progresismo religioso, mediante la combinación de las respuestas a cuatro preguntas indicadoras de una actitud conservadora o progresista, desde el punto de vista religioso.

Las cuatro preguntas hacían referencia a otras tantas cuestiones que fueron debatidas, en mayor o menor grado, durante la celebración del Concilio Vaticano II: la cuestión del *acercamiento de las religiones cristianas*, la del *culto a la Virgen María*, la de la *actitud frente a los no católicos*, y la del *control de natalidad*. En la pregunta relativa a la postura acerca de los no católicos, nos hemos limitado a referirla a España. Vamos a ver cómo hemos confeccionado el índice, pero antes, en la *Tabla 2.1*, podemos observar las respuestas dadas a cada una de las preguntas por los sujetos entrevistados, distinguiendo entre varones y mujeres.

TABLA 2.1
RESPUESTAS A CUATRO PREGUNTAS SOBRE CUESTIONES RELIGIOSAS EN 1965 (EN PORCENTAJES)

Preguntas	Varones %	Mujeres %
<i>En relación con el tema del acercamiento entre las religiones cristianas, ¿qué cree usted que se debería hacer?</i>		
Hacer una separación radical entre las distintas religiones cristianas	3 %	4 %
Tratar de acercarse, pero manteniendo cada una de las partes esenciales de su religión	34	33
Lograr la unión de todos los cristianos, aun a costa de ceder en principios importantes	48	40
No saben o no contestan	15	23
<i>En la religión católica unas creencias son más importantes que otras. En relación con el culto a la virgen María, cree usted que:</i>		
No se debe ceder en absoluto	28 %	36 %
Se puede ceder en algo para llegar a un acuerdo	47	39
No saben o no contestan	25	25

¿Cuál cree usted que debe ser la postura que adoptemos en España respecto a los no católicos?

Seguir sólo la religión católica	10 %	15 %
Permitir la práctica de los cultos no católicos de una forma privada	13	16
Permitir la práctica pública de los cultos no católicos, pero prohibiendo campañas para atraerse a la gente.	13	6
Hacer que católicos y no católicos sean iguales en todo	54	43
No saben o no contestan	10	20

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

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
<i>Total</i>	(430)	(430)

Teniendo en cuenta los resultados de la *Tabla 2.1*, para cada una de las preguntas se dicotomizaron las respuestas en dos grupos: *conservadoras* y *progresistas*. De esta forma, pensamos que, respecto al acercamiento de las religiones cristianas, las dos primeras respuestas representaban posturas conservadoras, mientras que la tercera era claramente progresista. En la pregunta sobre el culto a la Virgen María, hemos considerado a la primera respuesta conservadora y a la segunda progresista. En cuando a las otras dos preguntas, hemos considerado conservadora a las dos primeras respuestas, y progresistas, a las dos últimas, siguiendo, claro está, el orden señalado para cada pregunta en la *Tabla 2.1*.

Naturalmente, hubiera sido más exacto considerar distintos grados de conservadurismo o de progresismo, es decir, distinguir entre conservador y ligeramente conservador, o entre ligeramente progresista y progresista a ultranza, pues está claro que no indica el mismo grado de progresismo la respuesta «Hacer que católico y acatólico sean iguales en todo», que la de «Permitir la práctica pública de los cultos no católicos, pero prohibiendo campañas para atraerse a la gente». Pero el reducido número de casos con que contábamos nos decidió a

dicotomizar cada uno de estos cuadros indicadores, para que el análisis pudiera hacerse con cierto detalle.

Por otra parte, era necesario resolver previamente una cuestión. Si queríamos hablar de conservadurismo y progresismo católico, debíamos eliminar primeramente a los no católicos y a los que practicaban la religión católica con poca o ninguna regularidad, pues al incluirnos podría dar lugar a que considerásemos como progresistas a personas que en realidad estaban fuera de una escala de conservadurismo-progresismo religioso católico. Así pues, antes de comenzar el análisis, eliminamos a los no-católicos y a los que afirmaban practicar la religión católica con poca o ninguna regularidad, logrando una mayor homogeneidad en el grupo sobre el que habríamos de realizar nuestros análisis. En la *Tabla 2.2.* se pueden ver los resultados de esta separación inicial.

TABLA 2.2

PROPORCIÓN DE ENTREVISTADOS QUE AFIRMARON SER CATÓLICOS PRACTICANTES, NO PRACTICANTES O NO CATÓLICOS (EN 1965)

	Total	Varones	Mujeres
	%	%	%
Católicos:			
Practicantes.....	83	75	90
No practicantes.....	15	21	9
No católicos	2	4	1
<i>Total</i>	(860)	(430)	(430)

La proporción de no-católicos, como puede observarse, es realmente pequeña (el 2 %), pero, en cambio, el número de católicos no practicantes es bastante elevado, especialmente entre los varones. De todas formas, es posible que dicha cifra sea inferior a la realidad, pues personas que sólo practican la religión muy de tarde en tarde, pueden haber contestado que son practicantes. En realidad, según otros estudios realizados, parece ser que es imposible, en Madrid, por falta de iglesias,

que un 83 % de la población pueda asistir, por ejemplo, a la misa dominical. Pero nosotros vamos a partir de lo que han dicho realmente los individuos entrevistados, sin entrar ahora en la consideración de otros factores.

Al eliminar a los no-practicantes y no-católicos, los 860 casos iniciales quedan reducidos a 714, de los cuales 325 son varones y 389 mujeres. Después procedimos a distribuir a los entrevistados en tres grupos: *conservadores*, *intermedios* y *progresistas*, según las contestaciones dadas a cada una de las cuatro preguntas de la *Tabla 2.1*.

Debido a la dicotomización realizada entre respuestas «conservadoras» o «progresistas», los individuos se distribuirían en tres grupos en cada pregunta, pues su respuesta podía ser «conservadora», «progresista» o no existente (si no había sabido o querido responder). Pues bien, después de un determinado estudio creímos conveniente considerar como «conservador» a todo aquel que hubiese dado cuatro o tres respuestas conservadoras; como «progresista» al que hubiese dado cuatro o tres respuestas progresistas; como «no contesta» a todo el que no supo o no quiso contestar en cuatro o tres preguntas; y como «intermedio» o «indeciso» a los demás, los cuales sólo podían haber dado un máximo de dos respuestas, pertenecientes a cualquiera de las categorías antes señaladas. La distribución resultante, que hemos reproducido también para los católicos no practicantes, puede verse en la *Tabla 2.3*.

TABLA 2.3.

DISTRIBUCION SEGUN LA ESCALA DE CONSERVADURISMO-PROGRESISMO RELIGIOSO, DE LOS CATOLICOS Y PRACTICANTES Y NO PRACTICANTES EN 1965
(EN PORCENTAJES)

	Practicantes %			No practicantes %		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Conservadores	23 %	23	23	7 %	10	—
Intermedios	35	31	38	36	35	38
Progresistas	30	37	25	48	49	46
No contestan	12	9	14	9	6	16
<i>Total</i>	(714)	(325)	(389)	(126)	(89)	(37)

Al examinar la *Tabla 2.3* podemos ver que, entre el total de católicos practicantes, el grupo más numeroso es el de los situados en un lugar intermedio entre el conservadurismo y el progresismo; si bien predominan los progresistas sobre los conservadores. Ahora bien; si hacemos la división por sexos, podemos comprobar que entre los varones predominan los progresistas sobre los otros grupos, mientras que las mujeres son más conservadoras, como era de esperar, pues en España la mujer ha estado más ligada a lo que pudiéramos denominar espíritu tradicional o conservador del catolicismo. Por otra parte, debe señalarse que los varones dejan de contestar en menor proporción que las mujeres, lo cual puede ser un reflejo del escaso interés y de la baja formación cultural de la mujer española (en 1965) sobre temas importantes que le afectan. Es evidente que la mujer española ha cambiado mucho en las últimas décadas. La condesa de Campo Alange, al historiar los cien últimos años de la mujer española, ha creído conveniente declarar, al principio de su estudio, que ya «en 1963 la mujer goza en España de una libertad semejante a la que tiene en el resto de Europa. Ha perdido su tradicional recato, y desvelado el misterio de su cuerpo —que guardó celosamente durante siglos—, lo exhibe, con malicia o sin ella, a la mirada lasciva o indiferente de los hombres [...]. La española es la compañera del hombre en institutos, universidades, clínicas, hospitales, laboratorios, fábricas, oficinas, cafeterías, comercios» (2). Aun reconociendo parte de verdad en esa afirmación, lo cierto es que el cuadro es excesivamente optimista. Tal vez en Madrid, en los núcleos urbanos, el panorama fuese parecido en 1965, pero en ningún caso la afirmación es válida para grandes sectores de España, donde la mujer sigue teniendo un nivel cultural bajo. Incluso entre universitarios, en un estudio de Salustiano del Campo, referido a la familia española, la mayoría se pronunciaba por una educación de la mujer de tipo conservador, orientada hacia el hogar (3). Y si eso ocurría entre universitarios jóvenes, puede uno imaginarse las respuestas de otros sectores. Nuestra experiencia nos indica que, en la mayoría de los temas acerca de los que se les pregunta, las mujeres españolas manifiestan un gran desconocimiento y el aspecto religioso no es una excepción.

(2) Condesa de CAMPO ALANGE; *La mujer en España: Cien años de su historia* (Madrid: Aguilar, 1964), p. 9.

(3) SALUSTIANO DEL CAMPO, *La familia española en transición* (Madrid: Ediciones del Congreso de la Familia Española, 1960), pp. 90 y ss.

Vamos a comparar ahora a los católicos practicantes con los no practicantes. En primer lugar observamos que los no practicantes dejan de opinar en menor proporción (9 %) que los practicantes (12 %). Sin embargo, esto puede ser debido al peso relativo de los varones, pues las mujeres no practicantes dejan de expresar su opinión en mayor proporción (16 %) que las practicantes (14 %). En buena lógica podría pensarse que los no practicantes de uno y otro sexo dejarían de opinar en mayores proporciones que los practicantes, teniendo en cuenta, como veremos, su clase social más baja, pero en el caso de los varones no ha ocurrido así.

El segundo aspecto en el que contrastan practicantes y no practicantes es en el de su distribución relativa según su conservadurismo-progresismo. Por supuesto, los no practicantes son mucho más progresistas que los practicantes, especialmente entre las mujeres. Este último hecho merece comentarse. A nuestro juicio, la anterior situación permite formular la hipótesis de que, cuando una mujer se declara *no practicante*, realmente está lejos del catolicismo tradicional, y, por consiguiente, se aleja más radicalmente de toda postura conservadora. Es decir, no es corriente que en 1965 una mujer española se considere no practicante, pero las que así lo hacen parecen adaptarse más radicalmente que los varones de las posturas tradicionales.

Antes de pasar al análisis propiamente dicho, vamos a ver cuál es la relación entre el índice de conservadurismo-progresismo y cada uno de los componentes de dicho índice. Por supuesto, dado el procedimiento que hemos seguido para la construcción del índice, la relación ha de ser muy fuerte, y así lo podemos comprobar en la *Tabla 2.4*. Sin embargo, conviene señalar algunas peculiaridades. En primer lugar, si nos fijamos en la columna del total, en cada una de las cuatro preguntas, observamos que las dos cuestiones donde más se manifiesta el sentido progresista son las referentes a la unión de las religiones cristianas y la postura a adoptar, en España, frente a los católicos. Como es sabido, en relación con la unión de las religiones cristianas, hasta hace pocos años predominaban entre los católicos la idea de una separación radical entre las distintas religiones. El Concilio Vaticano II señaló la necesidad de conseguir un acercamiento lo más estrecho posible entre todos los cristianos y por consiguiente, tanto la postura del acercamiento, manteniendo lo esencial, como la que pide una «unión aun a costa de ceder en principios importantes»,

TABLA 2.4

RELACION ENTRE EL INDICE DE CONSERVADURISMO-PROGRESISMO Y CADA UNO DE LOS COMPONENTES DE DICHO INDICE, VARONES Y MUJERES EN 1965 (EN PORCENTAJES)

	VARONES				MUJERES			
	Total	Conser- vadores	Inter- medios	Progre- sistas	Total	Conser- vadoras	Inter- medias	Progre- sistas
<i>Acercamiento entre las religiones cristianas:</i>								
Separación radical	4	5	3	3	3	6	6	1
Acercamiento	44	81	62	6	44	71	45	16
Unión a toda costa	52	14	35	91	52	23	49	83
Total	(278)	(74)	(88)	(116)	(301)	(89)	(118)	(94)
<i>Culto a la Virgen María:</i>								
No ceder en absoluto	43	89	57	7	51	92	54	10
Se puede ceder en algo	57	11	43	93	49	8	46	90
Total	(250)	(70)	(65)	(115)	(285)	(88)	(100)	(97)

TABLA 2.4 (continuación)

Postura ante los no católicos de España:

Sólo la religión católica	12	22	13	4	20	34	23	4
Práctica privada	18	39	15	5	21	48	15	4
Práctica pública sin proselitismo .	15	16	15	14	8	6	10	7
Igualdad total	55	23	57	77	51	12	52	85
Total	(284)	(74)	(92)	(118)	(307)	(89)	(123)	(95)

Control de natalidad:

En ningún caso	16	26	12	14	19	21	21	13
En la forma autorizada por la Iglesia	38	66	41	16	38	72	32	17
Por cualquier medio si existen ra- zones graves	29	3	33	42	31	6	35	49
Libertad absoluta	17	5	14	28	12	1	12	21
Total	(284)	(74)	(94)	(116)	(305)	(90)	(124)	(91)

podrían ser consideradas como progresistas. Sin embargo, dado que los partidarios del acercamiento lo que en realidad quieren es que cedan los demás, hemos considerado como progresista sólo a los que desearían la «unión». Aun así, un 52 % de los varones y un 52 % de las mujeres, son partidarios de esa solución, pero si añadimos los que favorecen el «acercamiento», obtendríamos un 96 % de los varones y un 96 % de las mujeres a los que, desde un punto de vista «ultra», se podría considerar progresista. Incluso entre los conservadores se puede observar la existencia de un 14 % de varones y un 23 % de mujeres que favorecen la «unión», y sólo un 5 y 6 %, respectivamente, son partidarios de la «separación radical». En cuanto a los progresistas, la gran mayoría son partidarios de la «unión» entre todas las religiones cristianas, «aun a costa de ceder en principios importantes» (91 % entre los varones y 8 % entre las mujeres).

Por lo que se refiere a la postura a adoptar en España con relación a los no-católicos, el progresismo es algo menor. En la época de la encuesta (año 1965), la situación real era la de permitir la práctica *privada* de las religiones no católicas. Dadas esas circunstancias hemos considerado que la postura de permitir la práctica *pública* de cualquier religión, aunque sin proselitismo, y la de reconocer la igualdad total responden a actitudes progresistas. En este sentido, los datos señalan un 70 % de varones y un 59 % de mujeres, que favorecerían una postura más progresista que la existente en esos años en España, frente a los acatólicos. En ambos casos, más de la mitad de los varones (55 %) y de las mujeres (51 %) serían, incluso, partidarios de una total igualdad entre católicos y acatólicos, en nuestro país. Las diferencias entre progresistas y conservadores son, en este caso, más notables. Sin embargo, incluso entre los varones conservadores existe un 16 % partidario de permitir la práctica pública sin proselitismo, un 23 % favorecen la igualdad total. En las mujeres estas proporciones son mucho más bajas, 6 y 12 %, respectivamente. Por otra parte, entre los varones progresistas, sólo un 77 % favorecería la igualdad total (85 % entre mujeres progresistas), aunque un 14 % adicional (7 % entre las mujeres), serían partidarios de la práctica pública sin proselitismo. Esta actitud de los católicos españoles ofrece un enorme interés. Mientras los grupos ultras y reaccionarios claman contra cualquier intento de liberación en el orden religioso, utilizando como argumento la posible ruptura de la unidad religiosa en España, más de la

mitad de los entrevistados, católicos practicantes, se declaran partidarios de la igualdad total entre los católicos y las demás religiones. Ello tiene que preocupar a los «ultras», que se aprestan a defender su postura tradicional con nuevos argumentos. En 1965 era ya difícil que un nuevo P. Montaña pudiese afirmar que el *liberalismo es pecado*, pero, en cambio, se decía con frecuencia que los partidarios del diálogo, y de la libertad religiosa, eran «comunistas» disfrazados, o «compañeros de viaje». Pero era difícil que su postura pudiese prosperar, si los católicos españoles eran tan progresistas como revelaba la encuesta. Cuando se produjo, a comienzos de siglo, el gran choque entre liberales y clericales, con motivo del estreno de la *Electra* de Galdós, a pesar de que se debatían una serie de puntos, como el del control de la educación, el de la limitación de las órdenes religiosas y el de la tolerancia de otras religiones, lo único que se consiguió, como señala Brenan, fue un permiso para que las iglesias protestantes pudieran erigir una cruz —u otro símbolo religioso— sobre sus edificios. Y, no obstante, esta mínima concesión dio lugar a violentas protestas de los obispos españoles y a manifestaciones por las calles de señoras elegantes en contra de la medida (4). A mediados de la década de los sesenta es presumible que las cosas no se resuelvan del mismo modo, porque la mayoría de los católicos —al menos, en Madrid— no parecen dispuestos a apoyar la postura «ultra» (5).

En cuanto al *control de la natalidad*, la doctrina que se venía atribuyendo a la Iglesia, era la de no autorizar dicho control en ningún caso. Hace ya algunos años, sin embargo, la Iglesia autorizó (con mayor o menor número de restricciones) la licitud de utilizar el sistema de la continencia periódica, o sistema del «ritmo» u «ogino», con el fin de controlar el nú-

(4) Véase G. BRENAN, *El laberinto español* (París: Ruedo Ibérico, 1962), página 32.

(5) Madariaga se refiere también a la intolerancia que caracterizó los primeros años de este siglo. «El Ministerio clerical de 1900 publicó un decreto declarando nulos los matrimonios civiles celebrados sin oír la opinión del párroco sobre la religión de los contrayentes. De modo que no sólo se colocaba a los futuros esposos en la situación de tener que declarar que no pertenecían a la fe católica para poder ejercitar su derecho legal de casarse por lo civil, sino que, según este inicuo decreto, su propia opinión no podía aceptarse como definitiva, y era menester llamar al párroco para que dijese si en efecto eran o no católicos. Este monstruoso engendro fue abrogado por Romanones en 1906, como ministro de Gracia y Justicia, mas no sin una protesta violenta del episcopado». Ver S. DE MADARIAGA, *España* (Buenos Aires, 1964), pp. 158-159.

mero o espaciamiento de los nacimientos. Hasta el momento de la encuesta (en 1965), a pesar de los debates conciliares, no se ha producido cambio alguno en la postura «oficial» de la Iglesia respecto a este problema. Por ello, podemos considerar que las otras dos respuestas constituyen actitudes progresistas con relación a la doctrina vigente. Según esta caracterización, un 46 % de los varones y un 43 % de las mujeres sostienen posturas progresistas en relación con el control de natalidad. Sin embargo, y a pesar de que la fórmula «por cualquier medio, siempre que existan razones graves», puede tener una interpretación muy amplia, podemos comprobar que el progresismo es en esta cuestión más débil que en las otras integrantes del índice, pues sólo un 17 % de los varones y un 12 % de las mujeres se manifiestan a favor de la «libertad absoluta» para tener o no tener hijas e hijos. Las diferencias entre conservadores y progresistas con respecto a esta cuestión son mayores que en las dos cuestiones examinadas anteriormente, pues aunque un 5 % de los varones conservadores y un 1 % de las mujeres conservadoras son partidarios de la libertad absoluta, también es cierto que un 14 % de los varones progresistas, y un 13 % de las mujeres progresistas, afirman que no se debe permitir el control en ningún caso.

Finalmente, y en relación con el culto a la Virgen María, es bien conocida la extensión del culto mariano en España. Sabido es también que éste es uno de los motivos de discrepancia entre los católicos y otras religiones cristianas. Por ello decidimos formular la pregunta de manera radical, para que se destacaran los que no estaban dispuestos a transigir en absoluto, con ningún tipo de cesión. En el cuadro podemos ver que un 43 % de los varones y un 51 % de las mujeres, no están dispuestos a ceder en nada que se refiera al culto a la Virgen María. Las diferencias entre conservadores y progresistas, de uno y otro sexo, son realmente grandes en esta cuestión, cosa, que por otra parte, era previsible.

Resumiendo lo anterior, podemos decir que las actitudes progresistas son más numerosas cuando se trata de cuestiones de orden más general, externas al individuo que contesta (unión de las religiones cristianas, postura frente a los acatólicos en España), y menos numerosas cuando se trata de cuestiones más concretas, cercanas e internas al individuo (control de la natalidad, y culto a la Virgen María). Por otra parte, las mayores diferencias entre progresistas y conservadores se dan respecto a la posibilidad de ceder en el culto a la

Virgen María, mientras que las menores diferencias son las que se dan respecto al acercamiento entre las religiones cristianas. Y, en cualquier caso, las actitudes progresistas predominan sobre las conservadoras, lo cual viene a cambiar bastante el estereotipo del español (varón y mujer) católico, que algunos pretender mantener a toda costa.

CLASE SOCIAL Y EDAD

El estudio de la historia de España durante los siglos XIX y XX permite establecer unas cuantas hipótesis acerca del comportamiento religioso de los españoles. La Iglesia española, que había sido la gran aliada del pueblo en otras épocas, promoviendo las ideas de igualdad social que tanto iban a influir en la idiosincrasia de los españoles, al llegar el siglo XIX, por una serie de circunstancias se alió con la clase dirigente. Todavía en las guerras carlistas, el clero lucha al lado del pueblo contra la centralización creciente del poder político y, anteriormente, la guerra de la Independencia la hace el pueblo dirigido por el clero. Pero a lo largo del XIX se va a producir el divorcio entre Iglesia y pueblo, a lo que contribuye en gran medida, la desamortización de Mendizábal, que privó a la Iglesia de sus tierras, la alejó del pueblo y la inclinó hacia las clases ricas. Este proceso que se inició en el siglo XIX, se agudizó en el XX. Es cierto que aparecen movimientos renovadores, de purificación del catolicismo popular y especialmente debe repararse en el cristianismo social, así como en el grupo de *El Debate*. Pero, como muy bien ha señalado Vicens Vives, «en su conjunto, la Iglesia española adoptó un marcado carácter conservador, no sólo desde el punto de vista político, sino también desde el social» (6). No es de extrañar, por tanto, que las clases inferiores se alejen de la Iglesia Católica y se radicalicen, a veces de forma extremosa y violenta. Esas circunstancias hacen pensar que a la hora de hablar de un conservadurismo o progresismo religioso, debemos tener presente el nivel socioeconómico, porque, probablemente, nos encontraremos con un progresismo mayor en las clases inferiores que en las superiores. Nuestro índice viene a confirmar esa hipó-

(6) *Historia de España y América*, dirigida por J. VICENS VIVES, tomo V. Redacción de J. Vicens Vives, J. Nadal y R. Ortega (Barcelona: Vicens Vives, 1961), p. 406.

TABLA 2.5

RELACION ENTRE LA CLASE SOCIAL Y LA EDAD CON EL GRADO DE CONSERVADURISMO-
PROGRESISMO RELIGIOSO. VARONES Y MUJERES, PRACTICANTES Y NO PRACTICANTES, EN 1965
(EN PORCENTAJES)

	OCUPACION (a)			ESTUDIOS (b)		INGRESOS (c)			EDAD (d)		
	Total	No ma- nuales	Manua- les	Altos	Bajos	Altos	Medios	Bajos	18 a 29	30 a 49	50 ó más
<i>Practicantes:</i>											
Varones:											
Conservadores ...	25	26	19	32	19	31	25	23	17	21	35
Intermedios.....	35	32	35	34	35	36	28	36	33	33	38
Progresistas.....	40	42	46	34	46	33	47	41	50	46	27
Total.....	(295)	(151)	(84)	(130)	(165)	(52)	(106)	(114)	(58)	(138)	(99)
Mujeres:											
Conservadoras ...	27	—	—	28	48	19	40	51	49	39	48
Intermedias.....	44	—	—	27	30	33	33	27	28	34	22
Progresistas.....	29	—	—	45	22	48	27	22	23	27	30
Total.....	(334)	—	—	(78)	(256)	(36)	(123)	(143)	(69)	(169)	(94)

TABLA 2.5 (continuación)

No practicantes:

Varones:

Conservadores ...	11	15	5	16	9	—	20	9	17	9	8
Intermedios.....	37	32	40	47	34	75	30	33	33	39	36
Progresistas.....	52	53	55	37	57	25	50	58	50	52	56
Total.....	(84)	(34)	(38)	(19)	(65)	(4)	(20)	(57)	(18)	(41)	(25)

Mujeres:

Conservadoras ...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Intermedias.....	45	—	—	50	44	—	78	37	40	50	29
Progresistas.....	55	—	—	50	56	100	22	63	60	50	71
Total.....	(31)	—	—	(4)	(27)	(2)	(9)	(19)	(5)	(18)	(7)

NOTAS: (a) Hemos considerado ocupaciones no manuales las de profesionales, gerentes, directivos, empleados, comerciantes y funcionarios, y como manuales, las de trabajadores no especializados y especializados. Se han excluido los casos de jubilados, sin ocupación, sus labores, y estudiantes. En el caso de las mujeres, no se ha tabulado esta pregunta debido al pequeño número de casos que tenían alguna ocupación, ya que la mayoría se dedicaban a *sus labores*. Hemos querido hacer una marcada división entre ocupaciones manuales y no manuales y, por ello eliminamos esos grupos.

(b) Aun reconociendo la excesiva simplicidad de esta dicotomía, hemos considerado estudios altos desde secundarios (terminados) en adelante, y estudios bajos los restantes.

(c) Se consideran ingresos altos los superiores a 10.000 ptas. mensuales, ingresos medios los de 5.000 a 10.000, e ingresos bajos los inferiores a 5.000 ptas. Naturalmente, en todos los casos nos referimos a ingresos familiares, y no sólo a los del entrevistado. Se excluyen del cuadro los casos que no contestaron a esta pregunta. La denominación de «ingresos altos», por tanto, tiene un sentido peculiar, referido a este estudio.

(d) Se excluyen los casos en que los entrevistados no dijeron su edad.

tesis, a través de todos los indicadores de estatus, como pone de manifiesto la *Tabla 2.5*. En general, los entrevistados de clase social alta suelen ser más conservadores que los de nivel bajo, y los de más edad, más conservadores que los de menos. Concretamente, se puede observar que los dedicados a ocupaciones no manuales son más conservadores que los dedicados a ocupaciones manuales. Y esta relación entre conservadurismo y ocupaciones no manuales se da tanto entre los católicos practicantes como entre los no practicantes.

Por lo que se refiere a los estudios, los de estudios altos aparecen como más conservadores que los de estudios bajos, y la relación es observable tanto entre los practicantes como entre los no practicantes, y tanto entre los varones como entre las mujeres.

Al considerar los ingresos familiares mensuales, se observa también una tendencia a que la proporción de conservadores sea mayor cuanto más altos son los ingresos, y la proporción de progresistas menor cuanto más altos sean los ingresos. Sin embargo, se pueden señalar algunas excepciones. Así, los varones practicantes de ingresos medios parecen ser relativamente más progresistas que los de ingresos bajos y las mujeres practicantes de ingresos bajos son menos progresistas que las de ingresos altos y medios. En cuanto a las excepciones que se observan entre los varones y mujeres de ingresos altos, obedecen posiblemente al pequeño número de casos (4 y 2, respectivamente).

Por último, en relación con la edad, se observa una ligera tendencia general a que el conservadurismo sea mayor cuanto mayor es la edad, y el progresismo mayor cuanto menor es ésta. Sin embargo, hay también algunas excepciones. Así, las mujeres practicantes de 30 a 49 años son relativamente más progresistas que las de 18 a 29. Esta actitud puede deberse a que las mujeres comprendidas entre los 18 y 29 años están todavía muy próximas a su período de formación educativo, educación fuertemente conservadora, pues muchas han pasado por instituciones docentes de religiosas. Además algunas de las mujeres de 30 a 49 años han sido educadas en una circunstancia en que el poder educativo de la Iglesia fue algo menor que el existente en la España de la posguerra. Entre los no practicantes (varones y mujeres), existen también ciertas excepciones que es necesario señalar. Sobre todo entre los varones, la tendencia se invierte completamente, siendo más conservadores los jóvenes y más progresistas los viejos. Teniendo en

cuenta que se trata de varones no practicantes, puede apuntarse que la práctica de la religión durante un mayor número de años tiene un efecto agregatorio sobre la formación de una mentalidad progresista, si bien hay otros elementos que no hemos considerado y que pueden ser decisivos. Pensamos, por ejemplo, en la procedencia de organizaciones extremistas, radicalizadas en contra de la Iglesia Católica. Muchos de los jóvenes varones no practicantes pueden estar atravesando (hacia 1965) un período de rebeldía frente al orden establecido, sin una consolidación clara de su postura. Por el contrario, los varones no practicantes de más edad han sedimentado sus ideas durante años y lógicamente expresan unas actitudes progresistas más elaboradas y firmes. Entre las mujeres no practicantes parece darse algo parecido, pero no se puede aventurar ninguna interpretación con un mínimo de seguridad debido a que el número de casos es muy reducido.

En definitiva, de acuerdo con nuestra investigación, podemos decir que a mediados de la década de los sesenta las personas de clase social alta son más conservadoras que las de nivel bajo y que el progresismo religioso está más afinado, por tanto, en las personas de clase social baja. La cuestión es tanto más interesante cuanto que no se trata sólo de un progresismo religioso, sino también de un paralelo despegue y separación de la Iglesia Católica, cuyo arranque apuntamos más arriba. Gerald Brenan señala que el pueblo español, «el más espontáneamente religioso de Europa, aunque aislado de las influencias del siglo por no saber leer, se separa gradualmente y con repugnancia de la Iglesia cuando se convence de que es una institución egoísta, que no se preocupa en absoluto de los intereses populares» (7). Esta afirmación ha de ser meditada, pues en ella pueden encontrar explicación muchas violencias y excesos de la historia española del siglo XX y, por otra parte, los historiadores más responsables coinciden en subrayar esa alianza entre la Iglesia Católica y las clases dirigentes como la causa del alejamiento del pueblo. Si a ello unimos la actitud de los intelectuales, normalmente apartados por el recelo de la Iglesia Católica contra el progreso, en contradicción con algunos antecedentes gloriosos de otrora, tendremos bosquejado un marco que puede contribuir al mejor entendimiento de los resultados de nuestro índice de conservadurismo-progresismo religioso.

(7) G. BREMAN, *El laberinto español* (París: Ruedo Ibérico, 1962), p. 37.

3. LA POLEMICA DEL TAMAÑO IDEAL DE FAMILIA

Aunque ya es casi un tópico en nuestros días hablar del «problema de la población» o de la «explosión demográfica» no por ello deja de ser cierto que la población del mundo está creciendo a un ritmo nunca conocido en la historia de la Humanidad. La tasa de crecimiento de la población mundial es ahora aproximadamente de 1,7 % anual, lo cual significa que de una población de 2.900 millones en 1960 pasaríamos a 5.691 millones en el año 2.000 y a 13.200 millones en el año 2050, siempre y cuando esta tasa de crecimiento continuase incambiable durante todos estos años (1).

Naturalmente no es probable que esta tasa se mantenga durante mucho tiempo, y ya hemos indicado que nunca antes llegó a ser tan alta. La alta tasa de crecimiento actual se debe sobre todo al enorme crecimiento de los países más subdesarrollados (por ejemplo, Costa Rica tiene un crecimiento de 4,4 % anual), que, por otra parte, constituyen la mayor parte de nuestro planeta. Este hecho tiene una explicación en que la mortalidad ha disminuido considerablemente en todos los países, aun en los subdesarrollados, mientras que la natalidad sólo ha disminuido de manera similar en los

(1) Como detalle curioso se puede calcular que si el mundo hubiese comenzado hace 6.000 años con sólo dos personas —Adán y Eva— y hubiese tenido un crecimiento constante de 1,7 % por año, la población del mundo sería ahora, aproximadamente $1.664 \text{ por } 10^{24}$.

países que pudiéramos denominar industrializados o desarrollados. Tradicionalmente ha sido la mortalidad el factor que más influía sobre el crecimiento de una población (pues la natalidad solía mantenerse relativamente constante a un alto nivel). Sin embargo, una vez que la mortalidad ha disminuido hasta llegar a niveles tan bajos que resulta extremadamente difícil rebajarla aún más, la natalidad pasó a convertirse en el factor más importante como determinante del crecimiento.

Esta importancia tan decisiva de la natalidad en la época actual, cuando muchos países ya han realizado la transición demográfica (2) y muchos otros están a punto de acabarla, ha determinado que los sociólogos presten cada vez mayores esfuerzos a descubrir cuáles son los valores existentes respecto a la natalidad, y sobre todo cuáles son los factores socioeconómicos que determinan esos valores. La importancia de la natalidad se pone de manifiesto cuando pensamos que la total eliminación de la mortalidad influiría menos sobre el crecimiento de la población hoy en día en España, que un aumento de un 10 % en las tasas de natalidad (3).

Lo importante en todo lo anterior es el hecho de que en la actualidad, aquellos países que como España ya han alcanzado un nivel bajo de mortalidad, deben prestar una atención cada vez mayor a las tendencias de natalidad, con el fin de predecir mejor el crecimiento de su población. Hasta hace relativamente pocos años, los especialistas en estas cuestiones acostumbraban a hacer sus proyecciones de la población a base de extrapolar estadísticamente unas hipotéticas tasas de natalidad y mortalidad basadas principalmente en las tendencias de ambas durante los últimos años. Así, la mayor parte de los demógrafos norteamericanos y europeos profetizaban que los países occidentales llegarían en pocos años a tener una natalidad tan baja que apenas serviría para sustituir a los que muriesen, es decir, estas profecías anunciaban que a partir de un cierto momento las poblaciones occidentales no crecerían en absoluto y que poco más tarde comen-

(2) Sobre los diversos tipos de crecimiento recomendamos la lectura de DONALD O. COWGILL, «The theory of population growth cycles», en JOSEPH J. SPENGLER, y OTIS D. DUNCAN, comps., *Population Theory and Policy* (Glencoe, Illinois: Free Press, 1956).

(3) Se trata, naturalmente, de un modelo teórico en cuya explicación no podemos entrar aquí, entre otras cosas, porque al parecer todavía estamos lejos de que la humanidad alcance la inmortalidad.

zarian a disminuir en números absolutos (4). Sin embargo, las poblaciones occidentales no sólo no se convirtieron en estacionarias, sino que, todo lo contrario, experimentaron un alto crecimiento debido al incremento en las tasas de natalidad que dio origen a que se hablase del *baby boom*. En España también se originaron errores como consecuencia de una excesiva confianza en las curvas logísticas. Así, por ejemplo, Ros Jimeno, llevado por la opinión predominante entre los máximos especialistas mundiales, afirmaba que la natalidad y la fecundidad en España estaban disminuyendo tanto que se llegaría a una población estacionaria en 1980 (5). En otra ocasión realizó unas predicciones de población que si han sido erróneas es precisamente por haber supuesto unas tasas de natalidad siempre decrecientes. Concretamente, en 1946 predecía unas tasas de natalidad que disminuían paulatinamente desde 21,47 por mil habitantes en 1945, a 14,97 por mil habitantes en 1965. Ello le llevó a subestimar el crecimiento y por consiguiente el total de la población que se alcanzaría; sólo en quince años (de 1945 a 1960) su estimación fue de 641.385 habitantes menos que los que realmente tenía España en esa fecha (6). Sin embargo, como decíamos, ese tipo de error fue cometido por los máximos especialistas de cada país, pues en realidad reflejaba la confianza existente en aquella época en los grandes ciclos históricos, las líneas de tendencias, curvas logísticas, interpolaciones y extrapolaciones.

Precisamente fue ese *baby boom* de los años cuarenta el que motivó un cambio de mentalidad en los especialistas de población, que entonces se dieron cuenta de la importancia que tenía la voluntad del ser humano en las tendencias de natalidad. Son los individuos quienes deciden, por una serie de factores de todo tipo, cuál será la edad en que contraerán matrimonio, cuál será el número de hijas e hijos que tendrán, cuál el espaciamiento entre ellos, etc. Es decir, se puso de manifiesto que el *baby boom* se habría podido anticipar si se hubiesen conocido una serie de actitudes y expectativas de la población, y ello requería no solo un deta-

(4) Véase, por ejemplo, HAROLD F. DORN, «Pitfalls in population forecasts and projections», en JOSEPH J. SPENGLER, y OTIS D. DUNCAN, comps., *Demographic Analysis* (Glencoe, Illinois: Free Press, 1956).

(5) JOSÉ ROS JIMENO, «La natalidad y el futuro desarrollo de la población de España», *Revista Internacional de Sociología* 1 (1943).

(6) JOSÉ ROS JIMENO, «La natalidad en España después de la guerra, y la población futura», *Revista Internacional de Sociología* 15-16 (1946): 183.

llado análisis de estadísticas, sino también una investigación sobre el posible comportamiento humano respecto a esas cuestiones. Por todo el mundo comenzaron a realizarse encuestas e investigaciones encaminadas a conocer mejor los planes y actitudes de los distintos estratos de la población sobre la natalidad, lo cual a su vez permitió conocer los factores socio-económicos que más parecen influir sobre ésta. Concretamente, uno de los estudios más antiguos que conocemos sobre España en este campo es el realizado por Bustinza Ugarte, y Sopena Ibáñez en 1957 (7), en el que dan cuenta de una encuesta entre médicos y curas párrocos respecto al control de la natalidad, esa «lepra neomalthusiana», como la denominaba un ilustre académico español (8). De esa encuesta, decía Ros Jimeno que «de los resultados obtenidos interesa aquí poner de relieve el más importante, a saber, el 80 % de las contestaciones recogidas en 1946 y en 1957 confirma la existencia de una limitación voluntaria de los nacimientos en las distintas provincias de España» (9).

Posteriormente, y utilizando también métodos indirectos, Salustiano del Campo proporcionó datos sobre una encuesta entre médicos, en los que se ponía de manifiesto que, en opinión de éstos, alrededor de un 50 % de la población utilizaba métodos anticonceptivos (10).

En resumen, está claro que el crecimiento de la población depende fundamentalmente de las variaciones que se produzcan en las tasas de natalidad; segundo, está también demostrado que la población controla (en el sentido más amplio de este término) la natalidad; y tercero, se ha comprobado que las proyecciones de población, debido a lo anterior, no pueden basarse solamente en la observación de tendencias seculares, sino que deben tener en cuenta precisamente las actitudes de los individuos sobre las cuestiones que afecten a este factor demográfico.

(7) P. BUSTINZA UGARTE y A. SOPEÑA IBÁÑEZ, «Análisis de la natalidad española», *Revista Internacional de Sociología* 60 (1957).

(8) SEVERINO AZNAR, «El problema de la natalidad diferencial en las clases sociales de Madrid y Barcelona», *Revista Internacional de Sociología* 20 (1947): 374.

(9) JOSÉ ROS JIMENO, «Algunos aspectos de la natalidad en España», *Revista Internacional de Sociología* 67 (1959): 422.

(10) SALUSTIANO DEL CAMPO, «Los médicos ante el problema de la limitación de la natalidad», *Revista Española de la Opinión Pública* 1 (1965): 31.

Para terminar esta introducción al capítulo queríamos referirnos brevemente también a las tendencias de la natalidad en nuestro país. En la *Tabla 3.1* se observa que aunque la natalidad española disminuyó desde primeros de siglo hasta la década de 1940, también es cierto que luego apenas ha variado y, por supuesto, no se ha acercado a las bajas tasas anunciadas para nuestros días. Pero la mortalidad ha disminuido también, y esos dos factores conjuntamente han determinado el mayor crecimiento que experimentó nuestra población (compárese, sin embargo, el 1,2 % anual, en el período 1956-60, con el 1,7 % anual que tiene el mundo en su conjunto).

La mayoría de los demógrafos españoles, al ocuparse de la disminución de la natalidad, han señalado ciertos factores económicos como principales causas de este fenómeno. Así, Ros Jimeno afirma: «mantenimiento o elevación del tenor de vida de la posición económica o el rango social: he aquí la causa predominante de la restricción voluntaria de

TABLA 3.1

TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD, Y
CRECIMIENTO VEGETATIVO (ESPAÑA, 1901-1960)

Años	Por cada 1.000 habitantes		
	Natalidad	Mortalidad	Crecimiento vegetativo
1901-05.....	35,1	26,0	9,1
1906-10.....	33,2	24,0	9,2
1911-15.....	30,7	21,2	9,5
1916-20.....	28,9	26,0	2,9
1921-25.....	29,9	20,2	9,7
1926-30.....	28,6	17,9	10,7
1931-35.....	27,0	16,3	10,7
1936-39.....	20,9	18,3	2,6
1940.....	24,4	16,5	7,9
1936-40.....	22,6	17,4	5,2
1941-45.....	21,6	14,4	7,2
1946-50.....	21,5	11,6	9,9
1951-55.....	20,3	9,8	10,5
1956-60.....	21,5	9,2	12,3

la natalidad, la causa final que induce a tantos padres a limitar el número de hijos» (11). Pero este mismo autor, así como otros, considera que el racionalismo es la verdadera causa de la disminución de la natalidad: consecuencia de ese racionalismo es también la irreligiosidad o falta de sentimiento religioso, según estos mismos autores.

En general, por tanto, la mayoría de los estudiosos españoles de estas cuestiones señalan la clase social y la religiosidad (o falta de ella) como factores más importantes en la determinación de la natalidad, coincidiendo así con la mayoría de los especialistas de otros países. Por ello hemos realizado una investigación empírica sobre dichos factores, con el fin de complementar, al menos en una pequeña escala, las conclusiones obtenidas en posibles investigaciones sobre las estadísticas de natalidad.

TAMAÑO DE LA FAMILIA URBANA

Los datos en que se basa el presente capítulo proceden de tres encuestas realizadas en Madrid por el Instituto de la Opinión Pública en julio de 1964, noviembre de 1964, y enero de 1965. En estos tres estudios se formuló la misma pregunta: «*En general, ¿cuál cree usted que es el número ideal de hijos para una familia más o menos como la suya?*» Debemos señalar que nuestra intención en un principio no fue la de obtener datos que nos permitieran hacer predicciones sobre las tasas de natalidad en un futuro más o menos próximo. Realmente, y debido sobre todo a la falta de investigaciones en España sobre ese problema concreto, nuestras intenciones fueron más modestas. En primer lugar, queríamos averiguar hasta qué punto la población estaría dispuesta a contestar sobre ese tipo de cuestiones. En segundo lugar, pretendíamos saber si existen o no ciertos valores determinados sobre el tamaño de la familia, y, en caso afirmativo, cuáles son esos valores. En tercer lugar, deseábamos saber si, al igual que en otros sistemas sociales, son diferentes o no los valores que sobre el tamaño de la familia mantienen los diferentes estratos de la población. Y en cuarto lugar, teníamos un gran interés por observar la relación entre los

(11) JOSÉ ROS JIMENO, «El decrecimiento de la natalidad y sus causas», *Revista Internacional de Sociología* 7 (1944): 112.

valores sobre el tamaño de la familia y el factor religioso. Por último, contábamos con suficientes datos de otros países como para poder comparar nuestros resultados con aquéllos.

Las personas entrevistadas en cada una de las encuestas en que se basa este trabajo fueron 1.408 en la de julio de 1964, y 860 en las de noviembre de 1964 y enero de 1965. respectivamente. De todas ellas, nosotros sólo hemos basado nuestro análisis en las respuestas de las mujeres, que fueron 923, 430, y 430 en cada uno de los estudios mencionados (12). En términos generales se puede estimar que cada una de las tres muestras es representativa de las mujeres mayores de dieciocho años que residían en el municipio de Madrid. Existen, sin embargo, algunas diferencias, como se puede observar en la *Tabla 3.2*.

TABLA 3.2
CARACTERISTICAS DE LAS TRES MUESTRAS DE MUJERES
MAYORES DE DIECISIETE AÑOS RESIDENTES EN EL
MUNICIPIO DE MADRID

	Julio 1964	Noviembre 1964	Enero 1964
NÚMERO TOTAL DE CASOS	(923)	(430)	(430)
	%	%	%
<i>Estado civil:</i>			
Solteras	19	16	16
Casadas	66	70	74
Otras	15	14	10
<i>Edad:</i>			
18 a 29 años	19	20	20
30 a 39	29	27	30
40 a 49	21	23	20
50 a 59	14	16	17
60 ó más años	15	13	13
Sin respuesta	2	1	*

(12) El sistema de muestreo fue distinto en la encuesta de julio respecto a los otros dos. Se puede ver el sistema utilizado en cada caso consultando la sección «Encuestas e investigaciones» de la *Revista Española de la Opinión Pública*, números 0 y 1 (1965), o bien en los informes correspondientes a cada una de las encuestas: «Informe sobre los medios de comunicación de masas: Análisis de audiencias»; «Informe sobre los resultados de una encuesta de política internacional»; e «Informe sobre los resultados de una encuesta de actitudes religiosas».

Nivel de estudios terminados:

Menos que primarios	29	42	27
Primarios	50	40	53
Secundarios	16	13	18
Superiores	3	4	2
Sin respuesta	2	1	*

Nivel de ingresos mensuales:

Menos de 5.000 pesetas	46	44	47
De 5.000 a 9.999	20	19	34
10.000 pesetas o más	8	7	9
Sin respuesta	26	30	10

Número de hijas e hijos habidos:

0	29	28	24
1	17	10	15
2	23	23	24
3	15	19	16
4	8	8	11
5	4	6	6
6 ó más	3	6	4
Sin respuesta	1	*	*

Situación laboral:

Están trabajando	28	18	19
No están trabajando	72	82	81

Las diferencias por estado civil son pequeñas, aunque la proporción de casadas es algo mayor en la última encuesta, lo cual podría tener alguna influencia sobre los resultados, como luego veremos. En cuanto a la edad, se observa asimismo que las discrepancias son mínimas. Al considerar el nivel de estudios, sí vemos grandes discrepancias, que trataremos de explicar; la muestra de noviembre de 1964 tiene una gran proporción de mujeres con estudios menores que primarios (42 %), y ello parece indicar que hubo algún sesgo por parte de ciertos entrevistadores en esa encuesta, o bien que lo hubo en los otros dos estudios. En cualquiera de las dos alternativas lo importante es que el porcentaje de mujeres que tienen estudios secundarios o más altos oscila entre

el 17 % y el 20 % y, por consiguiente, ello nos induce a pensar que efectivamente se trata de alguna cuestión relacionada con las entrevistas en sí. Por lo que respecta al nivel de ingresos, ya en otras ocasiones hemos señalado que los que no contestan a los ingresos posiblemente se encuentran en la categoría de 5.000 a 9.999 pesetas y, dentro de ella, más cerca del límite inferior que del superior (13). La comparación de las tres muestras sugiere que efectivamente estábamos en lo cierto, ya que, al disminuir la proporción de los «sin respuesta», en la muestra de enero de 1965 (cosa que, por otra parte, creemos se debe al mejor entrenamiento de los entrevistadores del Instituto de la Opinión Pública a medida que transcurre el tiempo), la única categoría que resulta alterada es precisamente la de 5.000 a 9.999 pesetas, pues las otras dos categorías tienen proporciones similares en las tres muestras. La distribución por número de hijos e hijas habidas varía algo de una a otra muestra, reflejando posiblemente las pequeñas diferencias existentes entre ellas con respecto a edad y estado civil. Y, finalmente, la mayor proporción de mujeres que trabajan, en la muestra de julio de 1964, posiblemente sea atribuible a la mayor proporción de solteras en esa muestra.

En general, por consiguiente, creemos que la *Tabla 3.2* pone de manifiesto un parecido bastante grande entre las tres muestras con respecto a las características mencionadas, y ello, creemos nosotros, dice en primer lugar bastante respecto a la representatividad de esas muestras del Instituto de la Opinión Pública, ya que cada una de las muestras de estos estudios fue elegida independientemente de las otras, e incluso mediante un método diferente en el caso de la correspondiente a julio de 1964.

La primera cuestión que nos planteábamos era la de la propensión de las mujeres a contestar respecto a cuál creían que era el número ideal de hijos para una familia más o menos como la suya. Freedman, Goldberg, y Sharp (14), pusieron

(13) En efecto, en la mayoría de las preguntas de actitudes de cualquiera de las encuestas realizadas por el Instituto de la Opinión Pública esos años, se observa que las respuestas de los que no dicen sus ingresos mensuales se encuentran en una posición intermedia entre las categorías de «menos de 5.000 pesetas» y «de 5.000 a 9.999 pesetas».

(14) RONALD FREEDMAN, DAVID GOLBERG, y HARRY SHARP, «Ideals about family size in the Detroit metropolitan area: 1954, *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 33, n.º 2 (1955).

de manifiesto la importancia que tenía el formular esta pregunta de dos maneras diferentes (15).

Pues bien, en general no hemos encontrado apenas resistencia a contestar a nuestra pregunta sobre el *ideal de hijos* (se entiende siempre *hijos e hijas*), en ninguna de las tres encuestas. Aunque los porcentajes de las que no contestaron son siempre superiores a los porcentajes que no contestaron a las características generales que ya mencionamos en la *Tabla 3.2* (a excepción de los ingresos mensuales, en los que la falta de contestación fue considerablemente mayor), sin embargo, debemos señalar que dichos porcentajes son menores a los obtenidos en la mayoría de las preguntas de actitudes de cualquiera de las tres encuestas. En la *Tabla 3.3* se puede observar, en primer lugar, que en la encuesta de julio de 1964 la proporción es mínima, siendo máxima en la de enero de 1965. La única explicación que nos parece plausible es la de que en esta última encuesta (enero de 1965) la mayor parte de las preguntas se referían a actitudes religiosas, y puede que ello motivara una mayor abstención en las respuestas, debido a la relación que los entrevistadores pudieran percibir entre las preguntas sobre religiosidad y tamaño ideal de familia.

Cuando fijamos nuestra atención en cada una de las variables incluidas en la *Tabla 3.3*, se pueden hacer algunas precisiones. La primera de ellas es que las mujeres casadas contestan a la pregunta sobre tamaño ideal de familia en mayores proporciones que las solteras, viudas, divorciadas o separadas. En las tres encuestas el porcentaje de casadas que no contesta es considerablemente menor que en los otros dos grupos, y eso, creemos, se debe a que las casadas

(15) Estas dos formas eran: «La gente tiene diferentes ideas respecto a los niños y a las familias. Tal y como están las cosas en este momento, ¿cuál cree usted que es el número ideal de hijos para la familia americana promedio?», y «En su opinión, ¿cuál sería el número ideal de hijos para una pareja joven, si su nivel de vida fuese más o menos el suyo?». R. FREEDMAN, D. GOLDBERG y H. SHARP, «Ideals about ... op. cit., p. 187. De estas dos formulaciones parece que la segunda obtenía una respuesta más personal, y ello daba lugar a que los resultados fueran opuestos; así, mientras que con la pregunta sobre la familia estadounidense promedio se observó una correlación negativa entre la clase social del entrevistado y el número ideal de hijas e hijos, con la segunda se observó que dicha relación era positiva. Nosotros hemos elegido una tercera formulación, utilizada por Freedman y Goldberg, en su estudio posterior sobre «Family growth in Detroit» (en 1961-1962), que parece originar una respuesta personal sin que se recalque demasiado el aspecto económico-financiero.

están más próximas a ese tipo de problemas; muchas de las mujeres solteras puede que todavía no hayan pensado en esa cuestión, y los otros estados civiles (viudas, separadas, divorciadas), ya han pasado la época de su vida en que tengan que enfrentarse con ese problema en forma realista. Esta razón puede explicar también que sean las mujeres de 30

TABLA 3.3

PROPORCION DE MUJERES QUE NO CONTESTARON A LA PREGUNTA SOBRE NUMERO IDEAL DE HIJOS, CLASIFICADAS POR DIVERSAS CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS

	Proporción que no contestaron(en %)		
	Julio 1964 %	Noviembre 1964 %	Enero 1965 %
TOTAL	5	9	12
<i>Estado civil:</i>			
Solteras	6	23	19
Casadas	4	5	9
Otras	10	11	21
<i>Edad:</i>			
18 a 29 años	2	9	12
30 a 39	3	4	5
40 a 49	6	8	13
50 a 59	5	9	14
60 ó más años	10	15	20
<i>Nivel de estudios terminados:</i>			
Menos que primarios	6	9	17
Primarios	4	7	10
Secundarios	3	7	10
Superiores	3	20	10
<i>Nivel de ingresos mensuales:</i>			
Menos de 5.000 pesetas	6	7	14
De 5.000 a 9.999	4	8	8
10.000 pesetas o más	6	12	12

Número de hijas e hijos habidos:

0	6	16	17
1	2	4	10
2	3	3	15
3	4	8	9
4	4	6	4
5	12	12	4
6 ó más	7	3	20

Situación laboral:

Están trabajando	5	13	18
No están trabajando	5	8	11

a 39 años las que contestan a esas preguntas en mayores proporciones, aparte de que las mujeres de más edad son, en general, como luego veremos, más tradicionales y conservadoras en sus creencias religiosas, y ello les lleva a no querer ni siquiera pensar en un tamaño ideal de familia, ya que están más acostumbradas a la ideología de que hay que tener «los hijos que Dios quiera». La relación con el nivel de estudios no parece muy clara, aunque en dos de las encuestas parece que es directa, es decir, que cuanto menor es dicho nivel, menor es la proporción que contesta a la pregunta (observamos, sin embargo, una excepción importante en el grupo de estudios superiores correspondiente a la encuesta de noviembre de 1964). Por ingresos, la relación no parece tampoco ser muy clara, aunque el grupo de mujeres cuyos ingresos familiares (mensuales) oscilan entre 5.000 y 9.999 pesetas son las que contestan en mayores proporciones. En cuanto a la falta de respuesta según el número de hijas e hijos habidos se nota la influencia de dos factores. Por una parte, las que no tienen hijas ni hijos «no contestan» en mayores proporciones que las que sí los tienen, posiblemente debido a que la mayor parte de este grupo son mujeres jóvenes y solteras. Por otra parte, la proporción de «sin respuesta» es también mayor entre las mujeres con un elevado número de hijos (varones o mujeres) quienes, aparte de ser de mayor edad, posiblemente pertenecen a grupos más conservadores, del tipo de las que contestan «lo que Dios quiera». Y finalmente, con respecto a la situación laboral, las que trabajan sue-

TABLA 3.4

PROPORCION DE MUJERES QUE CONSIDERAN QUE EL NUMERO IDEAL DE HIJAS E HIJOS ES DE 0 A 1, DE 2 A 4, O DE 5 O MAS, POR DIVERSAS CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS

	JULIO 1964 (en %)				NOVIEMBRE 1964 (en %)				ENERO 1965 (en %)			
	Total	0—1	2—4	5 ó más	Total	0—1	2—4	5 ó más	Total	0—1	2—4	5 ó más
<i>Estado civil:</i>												
Solteras	(169)	6	79	15	(55)	11	69	20	(56)	2	75	23
Casadas	(578)	6	87	(	(289)	9	85	6	(290)	9	82	9
Otras	(130)	4	77	19	(49)	10	78	12	(33)	6	82	12
<i>Edad:</i>												
18 a 29 años	(176)	6	87	7	(81)	4	81	15	(75)	8	77	15
30 a 39	(259)	7	86	7	(108)	9	82	9	(122)	9	89	2
40 a 49	(187)	4	86	10	(93)	12	83	5	(75)	7	77	16
50 a 59	(119)	5	87	8	(62)	14	86	—	(64)	5	81	14
60 ó más años	(123)	6	79	15	(46)	6	77	17	(43)	9	72	19
<i>Nivel de estudios:</i>												
Medios primarios	(256)	9	86	5	(164)	12	83	5	(97)	10	81	9
Primarios	(435)	4	87	9	(130)	9	86	5	(202)	9	83	8
Secundarios	(142)	4	82	14	(54)	2	70	28	(70)	—	77	23
Superiores	(29)	3	69	28	(12)	—	67	33	(9)	—	78	22

TABLA 3.4 (Continuación)

Nivel de ingresos mensuales:

Menos de 5.000 pesetas. (401)	7	88	5	(178)	8	85	7	(173)	14	77	9
De 5.000 a 9.999. (175)	7	86	7	(76)	4	84	12	(136)	2	85	13
10.000 pesetas o más ... (72)	1	78	21	(23)	4	66	30	(35)	—	80	20

Número de hijas e hijos habidos:

0. (251)	6	80	14	(96)	12	70	18	(84)	5	75	20
1. (150)	11	84	5	(43)	23	75	2	(60)	18	80	2
2. (207)	4	92	4	(93)	4	93	3	(86)	5	94	1
3. (133)	5	91	4	(74)	7	90	3	(64)	11	77	12
4. (72)	3	91	6	(34)	6	85	9	(45)	2	89	9
5. (30)	—	70	30	(23)	9	74	17	(23)	—	70	30
6 ó más (27)	4	66	30	(28)	7	75	18	(16)	12	57	31

Situación laboral:

Están trabajando. (250)	6	86	8	(66)	11	72	17	(66)	3	77	20
No están trabajado (627)	5	86	9	(327)	9	84	7	(313)	9	81	10
Total. (877)	6	85	9	(393)	9	82	9	(379)	8	81	11

NOTAS: Quedan excluidas en todas las bases aquellas mujeres que no contestaron, pues además ya nos hemos referido a ellas en la *Tabla 3.3.*

len no contestar en mayores proporciones que las que no trabajan, debido probablemente a que son solteras y de menor edad que estas últimas.

Pero veamos ya cuáles son los valores predominantes respecto al número ideal de hijas e hijos. Según los datos de las tres encuestas aquí analizadas se observó que las mayores frecuencias, en todos los casos, correspondían a las que contestaban que el número ideal eran dos, tres o cuatro. En la *Tabla 3.4* hemos presentado los datos agrupados según el ideal fuese de 0 ó 1 hijo, de 2 a 4 hijos, o de 5 ó más. Fácilmente se puede comprobar que la inmensa mayoría de las mujeres (85 % en julio 1964; 82 % en noviembre 1964; y 81 % en enero 1965) señalan un ideal de 2 a 4 hijos. La proporción que señala este ideal, cuando se controla en diversas características socioeconómicas, casi nunca es inferior al 70 % (sólo en seis ocasiones es inferior el porcentaje, aunque de todas formas sea siempre superior al 55 %, y creemos que eso se debe a que las bases sobre las que fueron calculadas son demasiado pequeñas, menores de 50 casos). Así, pues, parece haber indicios de que existe una norma social respecto al número ideal de hijas e hijos sobre la que existe un consenso bastante amplio, ya que parece ser relativamente independiente del estado civil, la edad, la clase social, la propia experiencia por nacimientos habidos y la situación laboral, de las mujeres entrevistadas. Aunque todos estos factores están relacionados con el ideal concreto de tamaño de familia, no parece que tengan influencia en cuanto a la norma social de dos a cuatro hijos como tamaño ideal. Como luego veremos, los factores mencionados influyen sobre el ideal promedio, pero las diferencias se mantienen siempre entre dos y cuatro como límites inferior y superior, respectivamente.

Diversos autores norteamericanos habían descubierto ya esta norma social de dos a cuatro hijos (varones y mujeres) como tamaño ideal de familia en ese país. Concretamente, afirmaron ya hace tiempo que «todos los estratos de la población norteamericana están llegando a compartir un conjunto común de valores sobre el tamaño de la familia» (16), y que «el consenso respecto a la familia de dos a cuatro hi-

(16) R. FREEDMAN, P. K. WAHELPTON, y A. A. CAMPBELL, *Family Planning, Sterility and Population Growth* (Nueva York: McGraw-Hill, 1959), p. 402.

jos puede ser un indicador importante de una orientación más familística de la vida americana» (17). Es de señalar, por otra parte, que esta norma social de dos a cuatro hijos como tamaño de familia se ha descubierto no sólo con respecto al ideal, sino también respecto al tamaño de familia «esperado» y «deseado» (18). Pero en muchos otros países se han observado resultados similares referentes al tamaño ideal de dos a cuatro hijos. En la *Tabla 3.5* se presentan algunos datos comparativos referentes a los Estados Unidos (19), Francia (20), y Alemania Occidental (21). Los datos que se incluyen sobre España proceden de las tres encuestas analizadas en el presente capítulo (referentes a 1964 y 1965).

Como vemos, los resultados para España están en consonancia con los de estos otros países de cultura occidental, teniendo en cuenta que las muestras de cada uno de estos estudios fueron elegidas con criterios diferentes, y que las fechas a que se refieren son dispares. En España, si acaso, parece que el acuerdo sobre la norma social que indica el tamaño de dos a cuatro hijos como ideal es algo menor que en los otros países, lo cual se debe, sobre todo, a la mayor proporción que señala cinco o más hijos como tamaño ideal. Sin embargo, al considerar el promedio «ideal», España se encuentra en una posición más intermedia, ya que el valor más alto corresponde a Estados Unidos en 1952 (3,15), y el más bajo a Alemania Federal en 1958 (2,60). Todos los estudios realizados ponen de manifiesto, por otra parte, que esta norma social se refiere no sólo al tamaño ideal de familia, sino también al número de hijas e hijos «deseado» y «esperado», hasta el punto de que en un informe reciente sobre estas cuestiones (22), al tratar de comparar un gran número de países, se ofrecen como datos sobre el número de

(17) *Ibidem*, p. 404.

(18) R. FREEDMAN, y P. K. WHELPTON, «Social and psychological factors affecting fertility», *Milbank Memorial Fund Quartely* (1949); y C. WESTOFF, et al., *Family Growth in Metropolitan America* (Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1961).

(19) R. FREEDMAN, D. GOLDBERG y H. SHARP, «Ideals about ... op. cit., p. 190.

(20) JACQUES DEROGY y PAUL LESCAUT, *Population sur mesure* (Paris: Seuil, 1965), p. 18.

(21) R. FREEDMAN, G. BAUMERT y M. BOLTE, «Expected family size and family size values in West Germany», *Population Studies*, vol. 13, n.º 2 (1959): 141.

(22) THE POPULATION COUNCIL, comp., *Studies in Family Planning* (Nueva York: The Population Council, 1965), p. 4.

TABLA 3.5

TAMAÑO IDEAL DE HIJAS E HIJOS EN ESTADOS UNIDOS, FRANCIA, ALEMANIA OCCIDENTAL Y ESPAÑA (EN PORCENTAJES)

TAMAÑO IDEAL	ESTADOS UNIDOS		FRANCIA				ALEMANIA OCCIDENTAL	ESPAÑA		
	1952 %	1954 %	1945 %	1949 %	1955 %	1960 %	1958 %	1964-VII %	1964-XI %	1965-I %
0-1	2	6	...	...	...	...	4	6	9	8
2-4	91	88	89	90	90	91	94	85	82	81
5 ó más	7	6	...	...	...	...	2	9	9	11
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Promedio «ideal»	3,15	2,94	2,92	2,88	2,85	2,77	2,60	2,95	2,80	3,01
Número de casos	(683)	(718)	...	...	...	...	(1.811)	(923)	(430)	(430)

hijos e hijas deseado muchos que en realidad se refieren al ideal. De este informe hemos tomado los datos que presentamos en la *Tabla 3.6*, y en el que añadimos los correspondientes a España, como si éstos también se refiriesen a tamaño de familia deseado.

TABLA 3.6

TAMAÑO DE FAMILIA DESEADO («IDEAL» EN EL CASO DE ESPAÑA) EN DIVERSOS PAISES SELECCIONADOS

Países	Años	Promedio de hijos e hijas deseados
Austria	1960	2,0
Alemania Occidental	1960	2,2
Checoslovaquia	1959	2,3
Hungría	1958-60	2,4
Gran Bretaña	1960	2,8
Francia	1960	2,8
Japón	1961	2,8
Suiza	1960	2,9
Italia	1960	3,1
Noruega	1960	3,1
Holanda	1960	3,3
Estados Unidos	1960	3,3
Ceilán	1963	3,2
Jamaica	1957	3,4-4,2
Turquía	1963	3,8
Sur Africa	1957-58	3,6
Taiwan	1962-63	3,9
Thailandia	1964	3,8
Pakistán	1960	4,0
Chile	1959	4,1
Canadá	1960	4,2
India:		
Mysore	1952	3,7
India Central	1958	3,8
Nueva Delhi	1957-60	4,1
Indonesia	1961-62	4,3
Corea	1962	4,3
Ghana	1963	5,5
Filipinas	1963	5,0
España (número «ideal»)	1965	3,0

Los datos de la *Tabla 3.6* nos permiten observar que la norma social de dos a cuatro hijos predomina en los países occidentales especialmente, aunque también hay países no occidentales (generalmente de mayor nivel de desarrollo socioeconómico) en los que parece predominar esa norma. Parece que un promedio de más de cuatro sólo se da en países generalmente subdesarrollados (23), y ello porque en estos países, acostumbrados a la necesidad de una alta natalidad para contrarrestar la alta mortalidad predominante, la transición demográfica se ha producido tan rápidamente que la población no ha podido variar de mentalidad (en cuanto a sus preferencias de un gran número de hijas e hijos) al mismo ritmo que se ha producido la disminución de la mortalidad. En ciertos países muy subdesarrollados, además, predominan las preferencias de más de cuatro nacimientos porque todavía no se ha iniciado apenas dicha transición demográfica.

FACTORES SOCIOECONOMICOS

Las numerosas investigaciones que se han venido realizando durante los últimos años sobre la natalidad parecen indicar ciertas tendencias repetitivas en la relación entre diversas características socioeconómicas y el número de hijos e hijas que se esperan, se desean, se consideran ideales, o se tienen en la realidad.

Tradicionalmente se pensaba que en las modernas sociedades urbanas e industriales las diversas medidas de fecundidad estaban inversamente relacionadas con la clase social. Es decir, se estimaba que las personas con un nivel socioeconómico bajo tenían una mayor natalidad, y viceversa. Muy especialmente se señalaba que la religión y el nivel de estudios eran de la máxima importancia, de forma que, con respecto a la primera variable, los católicos parecían tener una natalidad más elevada que los protestantes, y los que practicaban su religión con mayor regularidad más que los que la practicaban con poca regularidad. Asimismo se señalaba que la natalidad disminuía cuanto mayor era el nivel de estudios, lo que hizo pensar en que una forma de reducir

(23) En Perú se ha observado también que el promedio de hijas e hijos preferido oscila entre cuatro y cinco; J. MAYONE STYCOS, «Social class and preferred family size in Peru», *American Journal of Sociology*, vol. 70, n.º 6 (1965): 651-658.

TABLA 3.7

PROMEDIO DIFERENCIAL DE HIJOS (VARONES Y MUJERES)
SEGUN MUJERES CASADAS Y VIUDAS (EN 1940)

«Clases sociales.	Fecundidad bruta			
	Mayores de 45 años		Menores de 45 años	
	Madrid	Barcelona	Madrid	Barcelona
Noble.....	3,98	3,94	3,84	3,28
Rica.....	3,91	3,51	4,35	3,33
Media económica.....	3,57	2,67	2,74	2,51
Media intelectual.....	3,80	2,88	2,53	2,47
Obrera.....	3,88	3,25	2,96	2,29

NOTAS: Datos obtenidos por Severino Aznar.

la natalidad en un área determinada era precisamente a través de una elevación del nivel de estudios.

Hace ya algunos años, uno de los precursores de la sociología española realizó un estudio empírico, en el que analizó la natalidad diferencial entre las distintas clases sociales de Madrid y Barcelona (24). Antes de mostrar los datos obtenidos en nuestro estudio, quisiéramos comentar dos cuadros del artículo citado anteriormente. En la *Tabla 3.7* observamos claramente que, entre las mujeres que en 1940 tenían 45 años o más, la fecundidad bruta describía una pauta en U, tanto en Madrid como en Barcelona, con máximos en las clases altas y bajas y el mínimo en la clase media. Entre las menores de 45 años, sin embargo, y a pesar de ciertas irregularidades, se puede observar que la fecundidad es menor cuanto más inferior es la clase social (especialmente en Barcelona), lo cual parece indicar que en aquella época la práctica del control de la natalidad estaba más generalizada entre las mujeres más jóvenes, o lo que es igual, que, al pasar el tiempo, los conocimientos sobre prácticas limitativas de la natalidad ha pasado desde las clases medias a las obreras. Efectivamente, Severino Aznar, al comparar su análisis de 1940 con el que ya hizo para 1920, señalaba cómo en el curso de esos veinte años, las clases altas habían incremen-

(24) SEVERINO AZNAR, «El promedio de la natalidad diferencial en las clases sociales de Madrid y Barcelona», op. cit., especialmente las pp. 378-388.

TABLA 3.8

PROMEDIO DIFERENCIAL DE HIJOS (VARONES Y MUJERES)
SEGUN MUJERES CASADAS Y VIUDAS

«Clases sociales»	Todas las edades		Mayores de 45 años	
	1920	1940	1920	1940
Noble.....	3,34	3,60	3,96	3,98
Rica.....	3,79	3,79	4,50	3,91
Media económica.....	3,95	2,90	4,88	3,57
Media intelectual.....	3,61	2,90	4,53	3,80
Obrera.....	...	3,05	...	3,88

NOTAS: Datos obtenidos por Severino Aznar.

tado o mantenido su fecundidad bruta, mientras que las clases medias la habían reducido.

La *Tabla 3.8* parece confirmar lo anterior, aunque se pueden señalar algunas discrepancias pequeñas. En general, parece como si la fecundidad en 1920 hubiese seguido una pauta en N, mientras que la de 1940 siguiera una en U. Es decir, se podría formular la hipótesis de que, al disminuir la mortalidad y desaparecer o atenuarse la importancia de determinados factores socioeconómicos (por la urbanización e industrialización), las clases medias españolas comenzaron a ejercer un control voluntario sobre la natalidad. Pero al continuar estos procesos de urbanización e industrialización, los obreros adquieren esos nuevos conocimientos y valores y comienzan a ejercer un control de la natalidad. Las clases altas, podría argumentarse, comenzaron a realizar ese control con anterioridad a las clases medias. Se trataría entonces de un descenso escalonado de la natalidad hasta un nivel en que, por haber disminuido ésta en todas las clases sociales, quedaría al descubierto la relación positiva entre posición socioeconómica y natalidad.

Pero existe otro factor importante sobre el que queremos llamar la atención: el factor religioso. Ya es sorprendente que en un país tradicionalmente católico, como es España, se produjera la disminución de la natalidad a lo largo de este siglo en la forma en que hemos podido apreciar en la *Tabla 3.1* (cosa que es aún más sorprendente cuando tenemos en cuenta la gran disminución de la mortalidad, especialmente la mor-

alidad infantil). A propósito de esto, Ros Jimeno afirmaba en 1944 que «la irreligiosidad, en sus formas de olvido absoluto de lo sobrenatural, tibieza del sentimiento religioso o indiferencia entre los mandatos de la religión, contribuye, sin duda, poderosamente a que la voluntad siga ansiosa el camino del placer y rehuya los sacrificios que la procreación impone a los padres conscientes de su responsabilidad [...]. El caso de España es completamente distinto del de aquellos países donde existen religiones diversas. Nuestro problema es de intensidad del sentimiento religioso, de fortaleza ante los múltiples factores que, según hemos visto, obran en pro de la limitación voluntaria de la natalidad. Hemos aludido antes a ciertas formas de irreligiosidad, y debemos añadir ahora, como simple expresión de un hecho real, que en un gran número de españoles la condición de católico es puramente nominal, y que, entre los aparentemente religiosos, no debe haber pocos que limitan el número de hijos sin atribuir al hecho ninguna gravedad» (25).

Pues bien, al comenzar el estudio sobre el tamaño ideal de familia en 1965 podíamos formular como hipótesis que ese tamaño sería mayor cuanto mayor fuese el nivel socioeconómico del individuo y cuanto mayor fuese su religiosidad. Asimismo, podíamos esperar que existirían diferencias atribuibles a la edad (en el sentido de que las mujeres jóvenes contestarían un ideal más bajo). Queremos recalcar una vez más que, según múltiples estudios realizados en otros países, la relación entre clase social y natalidad es negativa, mientras que en España parecería ser lo contrario. En cuanto a la de religión, se había comprobado también en otros países que los católicos más fervientes mostraban una natalidad más alta que los menos fervorosos. En la *Tabla 3.9* presentamos los datos de las tres investigaciones del Instituto de Opinión Pública (IOP) ya mencionadas.

Veamos en primer lugar los resultados obtenidos, antes de comenzar la discusión y comparación con otros estudios. En primer lugar, se observa un gran parecido en el promedio total de hijas e hijos que resulta de cada investigación, lo cual, en cierto modo, garantiza la validez y representatividad de las muestras del IOP. Con respecto a las diferencias según el estado civil, se puede observar una diferencia

(25) JOSÉ ROS JIMENO, «El decrecimiento de la natalidad y sus causas», op. cit., p. 113.

TABLA 3.9

TAMAÑO IDEAL DE LA FAMILIA URBANA SEGUN CIERTAS CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS. MADRID, 1964-65

CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS	Número medio ideal de hijos e hijas		
	Julio 1964	Noviembre 1964	Enero 1965
TOTAL	2,85	2,80	3,01
<i>Estado civil:</i>			
Solteras	3,27	3,25	3,52
Casadas	2,85	2,72	2,89
Otras.....	2,98	2,82*	3,15*
<i>Edad:</i>			
18 a 29 años	2,94	3,12	3,07
30 a 39	2,83	2,68	2,63
40 a 49	3,01	2,78	3,20
50 a 59	2,86	2,55	3,26
60 ó más años	3,21	2,96*	3,26*
<i>Estudios terminados:</i>			
Menos que primarios	2,64	2,60	2,89
Primarios.....	2,96	2,63	2,81
Secundarios	3,33	3,74	3,67
Superiores	3,83*	3,92*	3,64*
<i>Ingresos mensuales:</i>			
Menos de 5.000 pesetas	3,72	2,68	2,71
De 5.000 a 9.999 pesetas.....	2,90	2,99	3,21
10.000 pesetas o más.....	3,75	4,26*	3,80*
<i>Número de hijas e hijos habidos:</i>			
0	3,96	3,05	3,32
1	2,55	2,32*	2,23
2	2,66	2,41	2,72
3	2,96	2,89	3,00
4	3,39	3,15*	3,44*
5	3,43*	2,91*	3,52*
6 ó más	3,70*	3,28*	3,81*

Situación laboral:

Trabajan	3,01	3,09	3,41
No trabajan	2,93	2,75	2,92

NOTAS: (*) El número de casos en que se basa el promedio es inferior a 50.

significativa entre las mujeres solteras y las casadas; creemos que el mayor tamaño ideal señalado por las solteras puede atribuirse al hecho de que su contestación responde a una idea más romántica y menos real de la responsabilidad y dificultad que supone el criar y educar a muchos hijos; las casadas, por el contrario, al estar en contacto directo con esos aspectos de la vida familiar, puede que den una contestación teniendo en cuenta más directamente la realidad de la vida familiar. En las diferencias por edad no existen tendencias muy claras, aunque algunos aspectos parecen poder tener una explicación; así, el ideal alto señalado por las mujeres de 18 a 29 años puede atribuirse al hecho de que en este grupo de edad hay una mayor proporción de solteras; a partir de los 30 años parece como si el tamaño ideal fuese mayor cuanto mayor es el grupo de edad (con alguna excepción en el grupo de 50 a 59 años). Esta relación con la edad confirma lo que en realidad ha sucedido en las últimas décadas, es decir, confirmaría que el descenso en la natalidad se ha producido como consecuencia de un cambio en los valores sobre el número de hijas e hijos. Por otra parte, esa relación con la edad podría también atribuirse a una adaptación de las mujeres a su situación real; se puede suponer que las mujeres de más edad tienen mayor número de hijos e hijas que las jóvenes; al mismo tiempo, podemos suponer que las mujeres tenderán a considerar como ideal el número de hijas e hijos que ya tienen, y eso, combinado con lo anterior, daría por resultado un mayor ideal cuanto mayor fuese el número de hijas e hijos habido, lo cual ocurre efectivamente en la tabla que comentamos; el alto promedio de tamaño ideal de la familia para las mujeres sin hijos ni hijas es una excepción fácilmente explicable si consideramos que la mayor parte de ellas son solteras.

Resumiendo las tres características demográficas, podemos formular la hipótesis de que existe una gran diferencia entre solteras y casadas porque estas últimas posiblemente-

te tienen más experiencia y conocimiento de lo que realmente significa un determinado número de hijas e hijos. En cuanto a las otras diferencias, se pueden atribuir por una parte a cambios reales en los valores de unas a otras generaciones, y por otra parte al deseo de las mujeres de adaptar sus ideales a su propia realidad concreta.

En cuanto al estatus o nivel socioeconómico, los dos indicadores de que disponemos (estudios e ingresos), parecen sugerir de manera consistente la existencia de una relación directa entre esas dos variables y los ideales de natalidad, lo cual parece confirmar la hipótesis de Severino Aznar, respecto a la relación entre clase social y natalidad.

Finalmente, la relación entre situación laboral y tamaño ideal de familia es contraria a las encontradas en otros países. Naturalmente el número de las mujeres que trabajan fuera del hogar es muy pequeño, y está compuesto sobre todo por solteras, que como ya vimos tenían unos ideales numéricamente más altos que las casadas, y esto puede explicar esta contradicción con los datos de otros países.

Por lo que respecta a la relación entre el factor religioso y el ideal de tamaño de familia, hemos presentado en la *Tabla 3.10*, los resultados respecto al tamaño ideal promedio según las contestaciones a diversas preguntas que pueden tomarse como indicadores de las actitudes religiosas. Los datos proceden de la encuesta realizada por el IOP en enero de 1965. En la mayoría de los casos observados podemos señalar que el promedio de tamaño ideal de familia es mayor en aquellos grupos de mujeres que parecen ser más religiosas o adoptan una postura más conservadora desde el punto de vista de la religión católica. Algunas de las excepciones a esta tendencia se podrían atribuir al pequeño número de casos en que se basa el promedio. Por otra parte, hay que tener en cuenta que alrededor de un 20 % de las mujeres no contestó a las cuatro preguntas últimas (excluyendo el índice de conservadurismo-progresismo). En cuanto a este último, se confeccionó precisamente combinando las respuestas a esas cuatro preguntas. En general, por consiguiente, parece demostrarse la hipótesis de Ros Jimeno respecto a la relación positiva entre religión y tamaño de la familia.

Así pues, los datos obtenidos mediante tres encuestas del IOP en Madrid, parecen demostrar que existe una relación positiva entre el tamaño ideal de la familia urbana, la clase social y la religiosidad.

TABLA 3.10

TAMAÑO IDEAL DE LA FAMILIA URBANA SEGUN LAS RESPUESTAS A DETERMINADAS PREGUNTAS SOBRE ACTITUDES RELIGIOSAS (MADRID, ENERO DE 1965)

ACTITUDES RELIGIOSAS	Número medio ideal de hijos e hijas
TOTAL	3,01
<i>¿Podría decirnos cómo se considera desde el punto de vista religioso?</i>	
Muy religioso	3,29
Medianamente o nada religioso	2,87
<i>¿Con qué regularidad practica su religión?</i>	
Con mucha regularidad	3,52
Con cierta regularidad	2,82
Con poca regularidad	3,00*
<i>¿Siente usted especial devoción por la Virgen María?</i>	
Mucha	3,45
Bastante	2,89
Regular	2,36
Poca o ninguna	2,89*
<i>En relación con el tema del acercamiento entre las religiones cristianas, ¿qué cree usted que se debería hacer?</i>	
Separación radical entre las distintas religiones ..	2,44*
Tratar de acercarse, pero manteniendo cada una las partes esenciales de su religión	3,39
Lograr la unión de todos los cristianos aun a costa de ceder en principios importantes	3,03
<i>En relación con el culto a la Virgen María, ¿qué cree usted que se debe hacer en relación con la unidad de los cristianos?</i>	
No se debe ceder en absoluto	3,29
Se puede ceder en algo para llegar a un acuerdo ..	2,87

¿Cuál cree usted que debe ser la postura que adoptemos en España respecto a los acatólicos?

Seguir sólo la religión católica	2,89
Permitir la práctica de los cultos no católicos de una forma privada.....	3,66
Permitir la práctica pública de los cultos no católicos, pero prohibiendo campañas para atraerse a la gente	3,29*
Hacer que católicos y acatólicos sean iguales en todo.....	2,86

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

No se debe permitir en ningún caso.....	3,17
Se debe permitir en la forma autorizada por la Iglesia	3,61
Se debe permitir por cualquier medio sólo cuando existan razones graves	2,78
Debe haber libertad para tener o no hijos.....	2,50*

Índice de conservadurismo-progresismo religioso

Conservadoras	3,50
Indeterminadas	3,00
Progresistas	2,71
Apáticas	2,60*

NOTAS: (*) El número de casos en que se basa el promedio es inferior a 50.

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Conviene señalar que las preguntas sobre el número *ideal* de hijas e hijos no pueden tomarse como indicadores respecto al número de hijas e hijos *deseado, esperado, o habido*. Ya hemos dicho que las cuatro variables suelen estar bastante relacionadas, pero esa relación puede no garantizar la existencia de iguales tendencias en cada una de ellas según los diferentes estratos socioeconómicos. Así, por ejemplo, a pesar de que ya hemos dicho que en Estados Unidos, Francia y Alemania Occidental, existe bastante relación entre estos cuatro indicadores, de hecho se puede observar que la relación entre cada uno de los indicadores y la clase social puede ser diferente. Concretamente, en estudios realizados en otros

países se ha observado una relación inversa entre el nivel socioeconómico y el número de hijas e hijos *habidos*, el número *esperado*, y el número *deseado*. La relación no es tan clara con respecto al número ideal de hijos e hijas, y de hecho ya vimos anteriormente que en Estados Unidos se observaron resultados totalmente diferentes según la manera como se formuló la pregunta. En las *Tablas 3.11* y *3.12*, ofrecemos algunos datos referentes al número ideal y real de hijas e hijos en ese país.

TABLA 3.11
NUMERO IDEAL DE HIJAS E HIJOS EN DOS ENCUESTAS
DIFERENTES, SEGUN CIERTAS CARACTERISTICAS
SOCIOECONOMICAS. (ESTADOS UNIDOS, 1952 Y 1954)

	Número ideal de hijas e hijos	
	1952	1954
TOTAL	3,15	2,94
<i>Ingresos anuales del cabeza de familia:</i>		
Menos de 3.000 dólares anuales	3,21	2,59
De 3.000 a 3.999	3,17	2,61
De 4.000 a 4.999	3,00	2,92
De 5.000 a 6.999	3,01	3,17
De 7.000 ó más	3,19	3,15
<i>Ocupación del cabeza de familia:</i>		
Trabajadores no especializados, trabajadores de servicio y peones	3,11	2,64
Trabajadores especializados y capataces ...	3,14	2,99
Administrativos y vendedores	3,16	3,30
Profesionales, propietarios, gerentes y directivos	3,13	3,24
<i>Estudios (años de):</i>		
Menos de 7 años	3,56	2,82
De 7 a 8	3,20	2,81
De 9 a 11	3,05	2,82
12 años	3,08	3,11
Más de 12 años	3,04	3,10

FUENTE: R. Freedman, D. Goldberg, y H. Sharp, *op. cit.*, p. 191.

Concretamente, en la *Tabla 3.11* se observa claramente que la relación entre clase social y número real de hijas e hijos es negativa, mientras que es positiva en el caso del número ideal.

TABLA 3.12
COMPARACION ENTRE EL NUMERO REAL Y EL NUMERO IDEAL DE HIJAS E HIJOS, SEGUN CIERTAS CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS. (ESTADOS UNIDOS, 1954)

	Número real	Número ideal
TOTAL	2,46	3,19
<i>Ingresos anuales del cabeza de familia:</i>		
Menos de 5.000 dólares	2,49	3,17
5.000 ó más	2,25	3,40
<i>Ocupación del cabeza de familia:</i>		
Trabajador manual	3,76	3,04
Trabajador no manual	1,97	3,40
<i>Estudios (años de):</i>		
Menos de 12 años	2,85	3,17
12 años o más	1,79	3,26

FUENTE: R. Freedman, D. Goldberg, y H. Sharp, *op. cit.*, p. 195.

Pues bien, el problema que no podemos resolver es el de saber si nuestros datos sobre el número ideal reflejan los valores predominantes en la sociedad española sobre la natalidad, en 1965, o por el contrario son producto del tipo de preguntas que hemos utilizado. Si tenemos en cuenta el estudio de Severino Aznar, creemos que se pueden tomar como reflejo de los valores a mediados de la década de los sesenta, es decir, que existe en general, en Madrid al menos, una relación positiva entre clase social y natalidad (real, ideal, esperada, o deseada). Conviene formular aquí la hipótesis de que la clase social se encuentra positivamente

relacionada con cada una de las cuatro medidas de la natalidad. Y basamos nuestra hipótesis precisamente en la influencia del factor religioso. En los tres países que hemos mencionado en este capítulo, existe una evidencia clara de que la religiosidad (entre los católicos) está positivamente relacionada con cualquiera de las cuatro medidas, y también en España hemos visto que esto sucede así con respecto al número ideal de hijas e hijos. En un trabajo nuestro anterior, en el que analizábamos datos referentes a una gran metrópoli norteamericana, demostrábamos que entre los católicos había una relación positiva entre clase y natalidad, mientras que la relación era negativa entre los no católicos. Como explicación de ese fenómeno sugeríamos que «entre los católicos, un estatus alto significa una identificación más fuerte con los valores de la Iglesia Católica, debido a que ello suele significar el haber asistido, con bastante probabilidad a escuelas parroquiales también» (26).

Pues bien, creemos que en España se puede afirmar lo mismo. En nuestra opinión, las clases más altas de nuestra sociedad han estado y están más identificadas con los principios y normas de la Iglesia Católica. No es este el momento de decidir si es que la Iglesia Católica les ha prestado mayor atención, o si es que los miembros de estratos superiores han sido más religiosos espontáneamente. Combinando todas esas relaciones podemos resumir que en 1965 en Madrid existe una relación positiva entre clase social y religiosidad o conservadurismo religioso y tamaño ideal de familia; y existe una relación positiva entre clase social y tamaño ideal de familia.

Por consiguiente, creemos que las relaciones positivas con el número ideal de hijos e hijas que se han observado en este análisis no son reflejo del tipo de pregunta, sino que responden a una tendencia general en España referente a una relación positiva entre la clase social y cualquier medida de natalidad. Y creemos que eso es así precisamente porque existe (al menos para la década de los sesenta) una gran identificación con las normas de la Iglesia Católica por parte de los pertenecientes a la burguesía.

(26) JUAN DIEZ NICOLÁS, «La natalidad en una gran metrópoli», *Revista Internacional de Sociología* 85 (1964): 97.

4. FAMILIA Y CONTRACEPCION

En 1971 se inició en España una amplia investigación sobre natalidad y planificación familiar, con el apoyo económico de la Fundación Ford. Lo único novedoso de esa investigación es que otros trabajos empíricos que han tratado el tema de la familia o de la natalidad lo han hecho como parte de otra investigación más amplia, dentro de la cual quedaban enmarcadas. En el presente capítulo se realiza un análisis de los resultados más sobresalientes y generales respecto a lo que en 1972 opinaban las mujeres casadas españolas, comprendidas entre los 15 y los 45 años de edad, respecto a un conjunto de temas relativos a las expectativas, deseos, e ideales de hijas e hijos, a la planificación interpersonal dentro del matrimonio, las actitudes hacia la familia, y otras cuestiones similares.

La investigación, realizada en 1972, se basó en la aplicación de un cuestionario de más de una hora de duración a una muestra nacional (incluidas las Islas Baleares y las Canarias), de 1.902 mujeres casadas de 15 a 45 años. Son estos los límites de edad que se suelen aceptar como propios del período potencialmente reproductor de la mujer. Teniendo en cuenta los objetivos que guiaban la investigación, no pareció procedente conocer las opiniones de las mujeres de menos o de más edad, a pesar de que, por supuesto, habría sido muy interesante hacerlo así. La exclusión de las mujeres solteras se basaba fundamentalmente en razones parecidas, y en una necesidad de limitar de alguna forma la amplitud del estudio.

El hecho de que la muestra sea nacional implica que la distribución de estas mujeres es, por lo que respecta al tamaño del municipio en que residen, la siguiente: un 11 % de las mujeres entrevistadas residían en municipios de menos de 2.000 habitantes, el 25 % en municipios de 2.000 a 10.000, el 21 % en municipios de 10.000 a 50.000, el 19 % en municipios de 50.000 a 250.000, el 9 % en municipios de más de 250.000 habitantes (excluidos Madrid y Barcelona), y, finalmente, un 14 % residían en Madrid y Barcelona.

El origen rural-urbano de las mujeres entrevistadas y de sus maridos no es excesivamente diferente. En ambos casos, más de un 50 % tienen un origen rural, en el sentido de haber vivido alguna vez en su vida en municipios que podríamos considerar como rurales. Por otra parte, es curioso señalar que más de la mitad de las mujeres entrevistadas y de sus maridos han vivido siempre en el lugar en que ahora residen (o considerado desde el otro punto de vista, aproximadamente la mitad de las entrevistadas han cambiado por lo menos una vez el lugar de su residencia).

Teniendo en cuenta el hecho de que las mujeres entrevistadas eran casadas, se puede señalar que sólo un 1 % de las entrevistadas tenían menos de diecinueve años, mientras que el 8 % tenían entre veinte y veinticuatro años.

Otro aspecto interesante es el del nivel de estudios de las mujeres entrevistadas. El nivel de instrucción que tienen es bajo: el 10 % no tienen estudios en absoluto, y el 67 % tienen sólo una educación primaria; sólo un 1 % tienen estudios universitarios. Por lo que respecta a sus respectivos maridos, las proporciones son algo más altas en los niveles superiores, pero, aun así, un 76 % tienen una educación primaria o inferior.

Respecto a los ingresos, un 18 % disponen (en 1972) de unos ingresos mensuales inferiores a 6.000 pesetas, mientras que sólo un 4 % tienen ingresos superiores a las 30.000 pesetas mensuales. Estos datos, que pueden sorprender a algunos, no sorprenden a aquéllos que estamos acostumbrados a este tipo de investigaciones, como lo demuestran continuamente, entre otros, los estudios que llevaba a cabo el Instituto de la Opinión Pública (y actualmente el Centro de Investigaciones Sociológicas). Un 70 % de las mujeres consultadas tendrían un estado socioeconómico bajo o medio bajo.

Se habla mucho de la incorporación de la mujer al trabajo fuera-del-hogar, y puede decirse que éste es uno de los facto-

res que más están contribuyendo y van a contribuir a cambiar la estructura y la dinámica interna de la familia española, y, junto con ella, de la sociedad española en general. Así, por ejemplo, el 58 % de las mujeres han trabajado alguna vez, pero sólo el 27 % de ellas están trabajando (en 1972) y aproximadamente la misma proporción piensa trabajar en el futuro. Evidentemente, la edad y el estado civil de las mujeres entrevistadas influye notoriamente en que sea precisamente ahora cuando una proporción menor de ellas se dedica a una actividad laboral fuera del hogar, teniendo en cuenta que se encuentran precisamente en las edades en que disponen de menos posibilidades para abandonar el hogar a causa del cuidado de los hijos e hijas.

Finalmente, y como elemento a tener en cuenta en los datos que posteriormente se presentan en este capítulo, puesto que es uno de los factores importantes que condicionan la natalidad y las actitudes hacia la familia en nuestro país, señalaremos que, en base a diferentes preguntas sobre religiosidad, se puede clasificar a las mujeres estudiadas de la siguiente forma: más de un 60 % serían religiosas y practicantes; y un 25 % tendrían que ser clasificadas como indiferentes hacia la religión.

MUJER Y FAMILIA

La mayor parte, más del 90 % de las mujeres entrevistadas, se han casado solamente una vez. Su edad promedio al casarse fue de 23,4 años, y el promedio de meses que llevan casadas es de aproximadamente 127 (más de 10 años). Por supuesto que, respecto a este último dato, existen grandes diferencias según la edad de la mujer y la fecha o la edad en que se casó.

De igual forma, el promedio de embarazos por mujer ha sido de 2,75, existiendo grandes diferencias entre las más jóvenes, que han tenido un promedio de uno, a las de 40 a 45 años, con un promedio de 3,56, que, sin embargo, no es, efectivamente, elevado cuando se piensa en lo que fue el promedio hace varias décadas. Como consecuencia de ello, el promedio de hijas e hijos vivos por mujer es algo inferior, exactamente 2,63, puesto que parte de los embarazos no resultan en un nacimiento vivo. Alrededor de un 18 % de las mujeres entrevistadas han tenido algún aborto (se supone

que involuntario), y la proporción es mayor cuanto mayor es la edad de la mujer y, sorprendentemente, cuanto mayores son los ingresos familiares mensuales.

Un hecho que sí resulta extraordinariamente sorprendente, es que alrededor de un 33 % de las mujeres entrevistadas —y piénsese nuevamente en la edad— han tenido su último parto en casa. Por supuesto, la proporción es mucho mayor entre las mujeres con ingresos bajos, donde alcanza la cifra de un 50 % y muy inferior entre aquellas de ingresos altos, donde sólo un 4 % afirma haber tenido su último parto en casa. Varía extraordinariamente el hecho de tener el parto en casa o en un hospital o maternidad, con una serie de factores de carácter socioeconómico, y también en función del medio rural-urbano. En efecto, mientras en los municipios de tamaño pequeño más de la mitad de las mujeres han tenido su último parto en casa, en Madrid y Barcelona es aproximadamente de un 10 %. Pero, por otra parte, un 66 % de la muestra afirma que todos sus partos anteriores los tuvieron también en casa.

El 9 % de las entrevistadas estaba embarazada cuando fue entrevistada, lo cual no parece excesivo si se tiene en cuenta que se trata de mujeres casadas en su período reproductivo.

Las familias con hijos suficientes para formar un equipo de fútbol, con árbitro y masajista incluidos, parece ser que ya no están muy de moda, y la mujer española tiende cada vez más hacia esa situación que también quintaesencia el dicho popular de «vamos por la parejita...». Teniendo en cuenta las afirmaciones que generalmente escuchamos respecto al instinto maternal y a otras cuestiones similares, sorprende a primera vista que sólo un 63 % de las mujeres afirmen que deseaban tener su último hijo (varón o mujer), cuando lo tuvieron. La proporción es evidentemente más alta entre aquéllas que todavía no han tenido hijas o hijos, y más baja entre aquéllas que tienen ocho o más. La proporción que deseaba su último nacimiento es también más alta entre las mujeres más jóvenes que entre las de más edad y más entre las de ingresos altos que entre las de ingresos bajos.

En línea con lo que se acaba de señalar, sólo la mitad de las mujeres afirmaron que habían tenido su último embarazo cuando lo deseaban, lo cual no significa necesariamente que lo quisieran, sino quizá, que no lo querían en aquel momento. De igual manera, un 58 % afirma que,

en su opinión, su marido quería tener un hijo (o hija) precisamente en el momento que comenzó su último embarazo. Parece existir, pues, una proporción relativamente importante de lo que se califica como «natalidad no deseada».

Un dato que confirma lo que diversas investigaciones habían puesto ya de manifiesto, relativo a la disminución de la natalidad entre las mujeres de más edad, es el de cuándo creen que dejarán de tener embarazos. En efecto, aunque sólo un 11 % de las mujeres esperan dejar de tener embarazos antes de alcanzar los 35 años, la inmensa mayoría, por supuesto, espera dejar de tenerlos antes de llegar a los 40. Respuestas que hay que interpretar, por otra parte, dentro de nuestro contexto, que impone un cierto tabú, llamémoslo así, a formular futuribles respecto a comportamientos negativos en este tipo de temas.

Por lo que respecta a los deseos, se preguntó cuál sería el número de hijos e hijas que habrían deseado tener si pudieran haber elegido el número desde un principio; pues bien sólo un 1 % dicen que no habrían deseado tener ninguno, y sólo un 2 % afirman que habrían deseado uno solo. Sin embargo, y como muchas otras investigaciones han puesto ya de manifiesto en España, más de las tres cuartas partes de las mujeres casadas afirman que habrían deseado entre dos y cuatro hijos e hijos, mientras que sólo un 13 % habrían deseado cinco o más. Las razones que suelen darse como más importantes para no tener un número mayor del expresado como deseable suelen ser el coste, la imposibilidad de dar la atención necesaria a un número mayor, razones de salud, o simplemente que no necesitarán más. Por el contrario, la razón que suele señalarse como más importante para no desear un número más pequeño del señalado, es la de «las satisfacciones que dan los hijos».

Un 83 % de las mujeres estiman como ideal un número entre dos y cuatro hijos, con sólo un 2 % que considerarían ideal un número inferior a dos. En este aspecto, se puede afirmar que la norma social de dos a cuatro hijos (varones y/o mujeres) se ha impuesto en nuestra sociedad, a nivel de ideal, de manera similar a como ha ocurrido en la mayor parte de las sociedades occidentales, e incluso en muchas de las sociedades hoy en día en desarrollo.

El control de la natalidad es tema polémico, de opiniones encontradas, y a pesar de la *Humanae Vitae* y otros detractores, parece ser que el control del número de nacimientos

es un objetivo que se plantean cada vez más mujeres en España. En relación con esta cuestión, ocho de cada diez mujeres afirman que todas las parejas que puedan tener hijas e hijos deberían tenerlos, aunque existen diferencias importantes entre aquellas mujeres que podrían ser consideradas (de acuerdo con un índice construido al efecto) como más tradicionales, y las que se podrían calificar como progresivas.

Casi la mitad de las mujeres entrevistadas (el 42 %) están a favor de planificar el número o el espaciamiento de los hijos que tengan, pero un 30 % están en contra de ello. Este es un punto en el que es preciso detenerse en considerar algunas diferencias importantes. En efecto, las mujeres que han trabajado (se entiende *fuera del hogar*), que están ahora trabajando, o que esperan trabajar en el futuro, están más a favor del control de natalidad. Lo mismo es, en general, cierto de aquellas mujeres que tienen ingresos familiares superiores. La proporción a favor de la planificación varía desde un 42 % entre las más tradicionales hasta un 82 % entre las más progresistas; desde un 34 % entre aquéllas con un bajo nivel de estudios hasta un 57 % entre aquéllas que tienen un nivel de estudios superior; desde un 34 % entre las de más edad, hasta un 57 % entre las más jóvenes; desde un 36 % en las áreas rurales a un 57 % en las áreas metropolitanas, y desde un 48 % en los lugares pequeños a un 57 % en Madrid y Barcelona.

Un 24 % de las mujeres entrevistadas opina que la mayor parte de la gente con la que se relacionan utiliza algún método para controlar la natalidad; un 36 % cree lo mismo de la mayoría de la gente en general, aunque no sean aquéllos con los que más se relacionan; pero un 59 % cree que la mayoría de las personas importantes y famosas utilizan algún método para planear el número de nacimientos que tienen o cuando los tienen.

Es significativo, igualmente, que más de la mitad de la muestra afirme que los matrimonios deberían decidir el número de hijos e hijas que tienen y cuando los tienen. La proporción en favor de esta postura llega hasta un 66 % en Madrid y Barcelona, un 68 % entre las mujeres más jóvenes, un 71 % en las áreas metropolitanas, un 69 % entre las de mayor nivel de estudios, un 77 % entre las de mayores ingresos, un 82 % entre las muy progresistas, y es mayor entre aquéllas que han trabajado, están ahora trabajando, o esperan trabajar en el futuro.

Se preguntó también sobre el conocimiento que tenían

de un conjunto de métodos de control de natalidad, y algunas opiniones sobre ellos. Concretamente, y referente a seis métodos concretos (coito interrumpido, preservativo, lavado o ducha vaginal, Ogino, píldora, y diafragma), se preguntó cuáles de esos métodos conocían, aunque sólo fuese de oídas, cuál creían que era el más utilizado en España, cuál creían, por lo que hubieran oído, que era el más eficaz, cuál el menos eficaz, cuál podría ser peligroso para ellas, cuál opinaban que era más difícil de encontrar en España, y cuáles estaban permitidos por la Iglesia (véase la *Tabla 4.1*).

TABLA 4.1

CONOCIMIENTO Y OPINIONES SOBRE DIFERENTES
METODOS DE CONTRACEPCION EN 1972

	Coitus interrupus %	Preservativo %	Ducha vaginal %	Ogino %	Píldora %	Diafragma %	Otros %	No contestan %
Han oído hablar.....	35	42	29	58	72	16	2	21
Consideran más utilizado en España.....	11	11	2	23	20	0	0	40
Consideran más eficaz ...	5	8	1	6	35	1	0	45
Consideran menos eficaz .	5	2	5	29	2	1	0	57
Consideran peligroso	6	3	2	1	41	4	0	49
Consideran más difícil de encontrar en España ...	0	1	0	0	27	6	0	67
Consideran permitidos por la Iglesia	3	3	2	38	3	0	1	58

Un 72 % de las mujeres ha oído hablar de la píldora, frente a un 58 % que conoce el Ogino, un 42 % los preservativos, un 35 % el coito interrumpido, un 29 % el lavado o ducha vaginal, y sólo un 16 % (como era de esperar, teniendo en cuenta que por esas fechas no se vendía en España) el diafragma. Independientemente de esto, y teniendo en cuenta las altas proporciones de mujeres que no contestaban al resto de las preguntas (aunque sólo un 21 % no con-

testó a la pregunta anterior), puede señalarse que, en opinión siempre de las mujeres, los dos métodos más utilizados en España eran en 1972 (por este orden), el Ogino y la píldora; el más eficaz, la píldora; el menos eficaz, el Ogino; el más peligroso, la píldora; el más difícil de encontrar en España, la píldora, y el más considerado como permitido por la Iglesia, el Ogino. Evidentemente, estas respuestas, así expresadas, no constituyen sorpresa para nadie, salvo acaso, la relativa a cuál es el método más difícil de encontrar en España, aunque en ese caso las respuestas en sí estaban probablemente condicionadas por el hecho de que una gran mayoría (84 %) no conoce ni siquiera la existencia del diafragma, que sería realmente el más difícil de encontrar en España. No obstante, el análisis más minucioso de estos datos permite afirmar que cuanto más alta es la clase social de la mujer mayor es su conocimiento de métodos, aunque ello en sí no indique nada realmente sobre la mayor o menor utilización de cada método.

La comunicación entre marido y mujer dentro del matrimonio es uno de los temas más interesantes que se han tratado en la investigación, y es una de las variables más importantes que pueden llevar a explicar las actitudes de las mujeres sobre la familia y sobre la planificación familiar.

Alrededor de una tercera parte de las mujeres afirman que hablaron con su marido antes de casarse respecto al número de hijos e hijas que deseaban tener. La proporción es, por supuesto, mayor en Madrid y Barcelona que en los lugares pequeños, mayor entre las mujeres jóvenes que entre las de más edad, mayor entre las áreas metropolitanas que en las áreas rurales, mayor entre las de nivel de estudios alto que entre las menos instruidas, y mayor, finalmente, entre las más progresistas que entre las orientadas más tradicionalmente.

Desde otro punto de vista, y preguntadas las mujeres si habían hablado con alguna persona sobre cuestiones relativas a la planificación familiar, la mayoría (71 %), afirman que han hablado de este tema con su marido, mientras que sólo un 35 % afirma haberlo hecho con alguna amiga, un 24 % con algún familiar distinto al marido (probablemente con la madre), un 13 % con un médico y sólo un 11 % con algún sacerdote o director espiritual; sólo tres de cada diez mujeres afirman que no han hablado con nadie de este tema, lo cual es bastante significativo si se tiene en cuenta las características de las mujeres que hemos comentado al principio de este capítulo.

Relacionado con esto habría que referirse igualmente a la exposición que las mujeres hayan podido tener a información sobre estos temas en los medios de comunicación de masas. Pues bien, un 42 % de las mujeres afirman que nunca han leído, visto u oído nada sobre planificación de la familia. Sólo un 28 % dicen que han leído algo en los periódicos, un 26 % han visto u oído algo en la televisión, un 17 % han oído hablar de ello en la iglesia y un 8 % han oído algo en la radio; curiosamente, un 7 % dicen también haber visto u oído algo sobre estos temas en las películas o en teatro. Como se ve, la comunicación interpersonal parece ser bastante más importante que la comunicación a través de los medios de comunicación de masas, por lo que respecta a temas como la natalidad y la planificación familiar.

No parece extraño, teniendo en cuenta lo anterior, que casi siete de cada diez mujeres afirmen que debería haber suficiente información sobre planificación familiar y que la gente debería ser libre para decidir si tiene o no tiene hijas o hijos; sólo un 15 % se manifiesta favorable a que no existiese ningún tipo de información sobre planificación familiar, mientras que una también minoría del 12 % opina que el control de la natalidad debería ser obligatorio después de un cierto número de nacimientos. Como se ve, en un tema que tanto afecta a la mujer, ésta reclama información suficiente y libertad para individualmente adoptar la decisión de tener o no tener hijos o hijas de acuerdo con la conciencia de cada cual. De todos los hallazgos de la encuesta, éste es uno de los más importantes y de los que probablemente más habría que tener en cuenta a la hora de plantearse un tema candente y actual que afecta de manera muy especial a grandes masas de la población española.

Los temas de los que hablan más del 90 % de las mujeres entrevistadas son los problemas del dinero y el trabajo del marido; por el contrario, el tema del que menos se habla, con gran diferencia, es de política, ya que un 67 % afirma que nunca habla de política con su marido (véase la *Tabla 4.2*). Evidentemente, la intensidad o frecuencia con que se habla de estos temas está muy relacionado con lo anterior; en efecto, un 71 % afirma que habla generalmente de problemas de dinero con su marido, frente a sólo un 12 % que dicen hablar de política. El interés principal de esta pregunta era el de comparar la frecuencia con que se habla del número de hijos e hijas que quieren tener en comparación a la frecuencia con

que se habla de otros temas. El resultado obtenido es el de que, aparte de la política, el número de hijas e hijos que quieren tener es el tema en el que mayor proporción de mujeres afirma no ser objeto nunca de conversación con su marido; sólo un 29 % reconoce que habla generalmente de ello, y en este caso, la proporción es algo superior no sólo a la conversación sobre política, sino también sobre cosas de religión o sobre las cosas que les pasan a vecinos o amigos. En cualquier caso, no parece que el tema de llegar a un acuerdo sobre el número de descendientes que se desean tener mediante la conversación entre los cónyuges sea realmente uno de los temas que acaparen excesivamente el interés de los esposos.

TABLA 4.2

INTENSIDAD Y CONTENIDO DE LA COMUNICACION
ENTRE MARIDO Y MUJER EN 1972

La mujer habla con el marido sobre	General- mente %	Algunas veces %	Nunca %	No contesta %
El porvenir de los hijos	53	30	13	4
Noticias o cosas del periódico o TV	35	40	24	2
Cosas de religión	25	46	27	2
Cosas que les pasan a vecinos o amigos	27	49	21	3
Política	12	19	67	2
El trabajo del marido	64	28	6	2
Problemas de dinero	71	22	5	2
El número de hijos que quieren tener	29	35	33	3

Relacionado con la comunicación en el matrimonio está también el tema de cómo se dividen ciertas tareas del hogar entre los cónyuges. Así, se preguntó si era el marido o la mujer, casi siempre o principalmente, quien reparaba las cosas que se estropean en casa, pagaba las facturas, tomaba las decisiones muy importantes que afectan a toda la familia, decide los amigos o familiares con los que salen, decide el colegio al que van los hijos, o ayuda a los hijos en sus estudios. Los resultados obtenidos, en la *Tabla 4.3*, nos parecen extraordinariamente

te interesantes. Mientras el 82 % de las entrevistadas dicen que marido y mujer, conjuntamente, deciden los amigos o familiares con los que salen, el 68 % afirma lo mismo respecto a quién toma las decisiones muy importantes que afectan a toda la familia y respecto a quién decide el colegio al que van los hijos e hijas. Podríamos decir, pues, que en estas tres cuestiones, aunque con ciertos grados de diferencia, parece que la mayor parte de las parejas deciden conjuntamente sobre las decisiones que se deben tomar. Sin embargo, está bastante claro que es fundamentalmente el marido quien repara las cosas que se estropean en casa (más de la mitad de las mujeres afirma esto), mientras que es la mujer quien casi siempre paga las facturas. Aun así, un tercio aproximadamente de las entrevistadas dicen en ambos casos son los dos cónyuges quienes, por igual, realizan estas dos tareas. Otra cuestión diferente es la relativa a quién ayuda a los hijos e hijas en sus estudios; en primer lugar, un 22 % no contesta a la pregunta, debido en su mayor parte a que se trata de mujeres que todavía no tienen hijos, están esperando el primer hijo o tienen hijos pequeños que todavía no se encuentran en

TABLA 4.3

DIVISION DE TAREAS DEL HOGAR
ENTRE MARIDO Y MUJER EN 1972

Tareas:	Marido			Mujer		
	Casi siempre %	Principalmente %	Igual %	Principalmente %	Casi siempre %	No contesta %
¿Quién repara las cosas que se estropean en casa?	30	24	31	11	3	2
¿Quién paga las facturas?	13	12	33	31	10	1
¿Quién toma las decisiones muy importantes que afectan a toda la familia?	12	16	68	2	1	1
¿Quién decide los amigos o familiares con los que salen?	4	6	82	3	1	3
¿Quién decide el colegio al que van los hijos?	3	6	68	10	2	11
¿Quién ayuda a los hijos en sus estudios?	7	12	43	12	4	22

edad escolar. Teniendo esto en cuenta, resulta que también son marido y mujer, por igual, quienes en la mayoría de las familias parecen encargarse de esta tarea.

En una pregunta similar, el 54 % de las mujeres afirman que sus maridos no las ayudan con el trabajo de casa. Estamos muy lejos, según parece, de la familia típica de otros países occidentales, donde suele ser más corriente la imagen del marido-fregando-platos. La proporción que afirma que sus maridos no ayudan con el trabajo de casa es mayor, por supuesto, entre las mujeres tradicionales, y mayor entre aquellas mujeres que no han trabajado, que no están trabajando o que no esperan trabajar en el futuro; es mayor también entre las de bajo nivel de estudios y entre las de más edad las que viven en el medio rural. Resulta evidente que el tipo de estructura familiar condiciona la división del trabajo en el hogar, como lo hace igualmente la mayor o menor juventud de la mujer, que implica una diferente concepción de la vida, como luego veremos.

Según un índice construido sobre la comunicación dentro del matrimonio y otro sobre la división del trabajo en el hogar, se observa que, aproximadamente, un 24 % de las mujeres, es decir, una de cada cuatro, parece tener un alto grado de comunicación con su marido, frente a sólo un 3 % que parecerían no tener ninguna comunicación en absoluto con él. En cuanto a la división del trabajo en el hogar, más del 80 % de las familias parecen ser relativamente igualitarias, mientras que sólo el 16 % mostrarían una estructura que podría denominarse como patriarcal.

Era importante conocer las actitudes que la mujer tenía hacia la familia, puesto que, en cierto modo, el mayor o menor tradicionalismo o progresismo en esta materia deberá estar relacionado con las actitudes hacia la natalidad y la planificación familiar en general. Puede afirmarse, para empezar, que, según un índice construido en base a una serie de preguntas sobre las que debían manifestar su acuerdo o desacuerdo, la muestra se ha dividido casi en dos mitades más o menos iguales entre aquellas que muestran actitudes tradicionales o progresivas hacia la estructura de la familia. Este hecho, no buscado intencionadamente, ha de ser, sin embargo, de extraordinaria importancia, puesto que permitirá comparar a dos grupos relativamente opuestos en sus actitudes y de una magnitud aproximadamente similar.

Merecen comentarse, sin embargo, algunos de los datos que

TABLA 4.4

ACTITUDES TRADICIONALES Y PROGRESISTAS
HACIA DIFERENTES ASPECTOS DE LA FAMILIA EN 1972

	Muy de acuerdo %	De acuerdo %	En desacuerdo %	Muy en desacuerdo %	No contestan %
Los padres deben influir en la elección del marido o mujer de sus hijos	11	19	15	55	1
Los noviazgos deben ser largos para que los novios se conozcan bien	11	22	33	33	1
Los novios no deberían casarse hasta no tener el porvenir totalmente resuelto	58	20	13	8	1
La mujer casada debe trabajar en alguna cosa, aunque su trabajo no sea completamente necesario para el sostenimiento del hogar	23	23	25	28	1
La mujer casada debe tener sus propias amigas y entrar y salir sola cuando le parezca bien ...	18	22	27	32	2
Lo más importante que puede hacer una mujer en la vida es casarse y fundar un hogar ...	55	19	13	12	1
La mujer debe dejar al marido tener sus amigos y diversiones aparte, sin entrometerse en ellas	16	22	28	33	2
La mujer debe estar al tanto de todo lo que gana el marido y decidir entre los dos cómo gastarlo	80	14	3	2	1
Cuando hay hijos, los padres deben seguir viviendo juntos aun en el caso de que no se lleven bien	52	20	14	12	2
Hay trabajos de hombres y trabajos de mujeres y no se deben mezclar	31	24	20	23	2

han servido para construir dicho índice, y que están relacionados con el anterior hallazgo relativo a la cuestión sobre la que más se hablaba en el matrimonio. En efecto, al preguntar si la mujer debe estar al tanto de todo lo que gana el marido y decidir entre los dos cómo gastarlo, un 80 % está muy de acuerdo con esta afirmación y un 14 % más están de acuerdo. En otras palabras, sólo un tímido 5 % de las mujeres no están de acuerdo con esta afirmación. Si hubiera que buscar otra cuestión en la que el grado de acuerdo sea relativamente alto, habría que mencionar necesariamente la de que los novios no deberían casarse hasta no tener el porvenir totalmente resuelto. Casi un 80 % se encuentran de acuerdo o muy de acuerdo con la anterior afirmación (véase la *Tabla 4.4*).

De magnitud similar, en cuanto al grado de consenso entre las mujeres, sería la afirmación de que lo más importante que puede hacer una mujer en la vida es casarse y fundar un hogar (tres cuartas partes de las mujeres opinan así), y que, cuando hay hijos, los padres deben seguir viviendo juntos aun en el caso de que no se lleven bien (algo más del 70 % de las mujeres estarían de acuerdo con esta afirmación).

Las opiniones se hallan algo más divididas en otras cuestiones. De todas formas, un 70 % está en desacuerdo con el hecho de que los padres deban influir en la elección del marido o mujer de sus hijos, y un 66 % estarían en desacuerdo con que los noviazgos deban ser largos para que los novios se conozcan bien.

La cuestión que probablemente divide más en dos mitades similares a las mujeres es la de si la mujer casada debe trabajar en alguna cosa aunque su trabajo no sea completamente necesario para el sostenimiento del hogar; parece que esta cuestión sirve para diferenciar muy claramente a unas mujeres de otras.

También es importante señalar la discrepancia de opiniones, repartidas casi de una manera similar en las diferentes posiciones, respecto a la cuestión de si la mujer casada debe tener sus propias amigas y entrar y salir sola cuando le parezca bien. Contrasta esta división de pareceres con el relativo desacuerdo (en cualquier caso mayoritario, pues es superior al 60 %) de si la mujer debe dejar al marido, tener sus amigos y diversiones aparte sin entrometerse en ellos; en realidad, el no acuerdo con esa afirmación significa que una mayoría de mujeres aceptan que el marido debe tener sus amigos y diversiones aparte.

También las opiniones se encuentran muy divididas respecto a si hay trabajos de varones y trabajos de mujeres y que ambos no se deben mezclar. En cualquier caso, es evidente que el conjunto de afirmaciones aquí comentadas constituyen muy claramente uno de los puntos cruciales en cuanto que dividen extraordinariamente a las mujeres en sus opiniones.

La mayoría de las mujeres están satisfechas con el trabajo que realizan sus maridos, y sólo una minoría muy pequeña no están satisfechas. Por supuesto, el hecho de que muestren su satisfacción no indica realmente que lo estén, pues de todos es sabido que existe una cierta resistencia a aceptar ante un extraño que no se está satisfecho de uno mismo o de la propia familia. Casi la mitad de las entrevistadas creen que las cosas han sucedido en su vida mejor de lo que pensaban, y sólo un 5 % afirma que fueron peor de lo que pensaban. Consistentemente con las afirmaciones anteriores, aproximadamente un 60 % afirma que su nivel de vida es ahora más alto que hace cinco años, mientras que un 56 % creen que será mayor dentro de cinco años, frente a un 4 % y 2 %, respectivamente, que piensan que su nivel de vida es o será más bajo. Diferentes estudios realizados por científicos sociales en España, en la década de los sesenta, pusieron de manifiesto repetidamente el enorme optimismo que caracterizaba a nuestros conciudadanos; la mayoría de los españoles, y en este caso españolas, tendían entonces a considerar que el presente era mejor que el pasado, y que el futuro sería aún mejor. Este optimismo exagerado puede también ser un arma de dos filos, si es que no se logran las aspiraciones que en cierto modo pueden estarse fomentando.

Sobre este tema de la satisfacción hemos construido también un índice, pudiéndose comprobar que aproximadamente la mitad de la muestra parece estar satisfecha con su estilo de vida, aunque existe un 10 % que no parece estar satisfecha en absoluto. En este mismo orden de cosas se puede también mencionar de pasada que alrededor de un 73 % de las mujeres son conscientes de ser móviles ascendentes desde un punto de vista social.

Pero la movilidad y, en general, la vida social, exigen muchas veces ciertos sacrificios relativos a cómo nos presentamos ante los demás. Puesto que diversos colegas se han referido a lo que llamaríamos *altas expectativas de movilidad* en nuestra sociedad, es preciso conocer en qué medida las mujeres

están preocupadas por lo que llamaríamos ciertos símbolos de estatus que puedan favorecer o entorpecer la movilidad social. Así se preguntó si consideraban importante o no algunas de las siguientes cuestiones: llevar a los hijos a un colegio que tenga fama de bueno, alternar con gente de importancia, presentarse ella y su familia bien vestidos, ganar más dinero, conservarse ella bien físicamente, vivir en una casa mejor, o tener un coche bueno. Pues bien, es evidente que las mujeres afirman de manera mayoritaria que consideran muy importante el ganar más dinero, el vivir en una casa mejor y el presentarse bien vestidos, y conservarse bien físicamente. Por el contrario, las proporciones que consideran muy importante el llevar a sus hijos a un buen colegio, el tener un buen coche o el alternar con gente de importancia, son inferiores al 50 %. Desde otra perspectiva, se puede igualmente afirmar que casi la mitad de las mujeres no consideran importante el alternar con gente de importancia, mientras que sólo un 4 % afirman no considerar importante el ganar más dinero (Tabla 4.5).

El índice de exhibicionismo social como se le podría denominar, construido sobre estas cuestiones anteriores, pone de

TABLA 4.5

GRADO DE IMPORTANCIA QUE CONCEDEN LAS MUJERES A CIERTOS SIMBOLOS DE ESTATUS, EN 1972

	Muy importante %	Indiferente %	No importante %	No contesta %
Llevar a los hijos a un colegio que tenga fama de bueno	45	23	23	10
Alternar con gente de importancia	14	24	49	13
Presentarse usted y su familia bien vestidos	55	30	11	5
Ganar más dinero	76	16	4	4
Conservarse usted bien físicamente: no engordar, parecer más joven, ir elegante	55	25	16	5
Vivir en una casa mejor	60	23	12	6
Tener un coche bueno	26	27	37	10

manifiesto que más de un 60 % de las mujeres pueden ser caracterizadas como muy «exhibicionistas» desde el punto de vista social. Esto tiene importancia en la medida en que refleja, como no podía ser menos, la existencia de un alto espíritu competitivo, pero aún más adquisitivo, en el sentido de tener unas altas expectativas de movilidad y una percepción relativamente clara de que en cierto modo algunas actuaciones y presentaciones sociales ayudan a alcanzar posiciones mejores en la sociedad. Con los datos que aquí se presentan y, por supuesto, con los análisis que puedan realizarse de estos datos de manera más pormenorizada, se puede adquirir una visión un poco más precisa de cuáles son los aspectos en que realmente está cambiando la mujer y, por tanto, cuál es la nueva mujer y cuál será su papel en la familia durante las próximas décadas.

MUJER Y CONTRACEPCION

La disminución de la natalidad constituye uno de los rasgos característicos de toda sociedad que se industrializa o que, en términos amplios, se moderniza. Históricamente está demostrado que los procesos de industrialización, urbanización, secularización de la vida, modernización en definitiva, han estado correlacionados con un proceso demográfico, la así llamada transición demográfica, consistente en una progresiva e ininterrumpida disminución de la mortalidad, y, posteriormente, de la natalidad. De no ser por este ajuste de la natalidad a la nueva situación de la mortalidad, el crecimiento de la población, con ser ahora alto y en ciertas zonas preocupante, lo sería aún mucho más (1).

(1) Véase a este respecto: G. J. STOLNITZ, «La transición demográfica: De altos a bajos índices de natalidad y mortalidad» en R. FREEDMAN, comp., *La revolución demográfica mundial* (México: Uteha, 1964); I. B. TAEUBER, «Japan's demographic transition re-examined», *Population Studies* Vol. 14, n.º 1 (1960); W. PETERSEN, «The demographic transition in the Netherlands» *American Sociological Review*, vol. 25, n.º 3 (1960); L. VAN NORTH y B. B. KARON, «Demographic transition re-examined», *American Sociological Review*, vol. 20, n.º 5 (1955); R. FREEDMAN «The transition from high to low fertility: Challenge to demographers», *Population Index* vol. 31, n.º 4 (1965); United Nations, *The Determinants and Consequences of Population Trends* (Nueva York: United Nations Population Studies, 1973), en especial las pp. 58-60.

Multitud de trabajos han puesto de manifiesto que la situación descrita se ajusta, sobre todo, bien a lo sucedido en los países occidentalizados, y que puede constituir un modelo predictivo de lo que, con ligeras variaciones, sucederá en los países en vías de desarrollo en un próximo futuro. Estos últimos países parecen haber sido capaces de reducir su mortalidad a base de una tecnología no necesariamente propia, sino la mayoría de las veces, importada de países más desarrollados, pero no han reducido su natalidad en la misma medida, posiblemente porque ello, además de depender de ciertos elementos tecnológicos, depende fundamentalmente de las actitudes de los individuos, y estos elementos no cambian ni tan fácil ni tan rápidamente, puesto que pertenecen al conjunto de la organización social y de la cultura en que están insertos (2).

La aceptación de que la natalidad depende fundamentalmente de la voluntad de los individuos por tener descendencia es lo que ha llevado, en estas últimas décadas, a un creciente interés por conocer cuáles son los factores de la estructura social y de las actitudes que están relacionadas con determinados comportamientos respecto a la natalidad (3). La opinión es la de que si se conocen bien las relaciones entre ciertas variables estructurales y actitudinales con la natalidad, se podrá predecir con mayor grado de seguridad la posible evolución futura de la población, y también, por supuesto, se podrá en cierto modo adecuar la política demográfica a los objetivos que se pretendan alcanzar sobre una base más sólida.

Si se examina el caso de España en concreto, diversos estudios han puesto de manifiesto que la transición demográfica comenzó aproximadamente a principios de este siglo, y

(2) Véase CLYDE V. KISER, comp., *Investigación actual sobre fecundidad y planificación familiar en América Latina*, que es la parte segunda del *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 46, n.º 3 (1968); A. J. COALE, «The demographic transition reconsidered», en IUSSP, comp., *International Population Conferente* (Lieja, 1973), vol. 1; consúltese también los artículos de Ryder, Conning, Okonjo, Retherford y Cho, Chandrasekaran y Acsadi, y otros en las páginas 97-246 del segundo tomo.

(3) Ejemplo de ello es el estudio de P. K. WHELPTON, A. A. CAMPBELL y J. E. PATTERSON, *Fertility and Family Planning in the United States* (Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1966), y el de S. J. BEHRMAN, L. CORSA Jr., y R. FREEDMAN, *Fertility and Family Planning* (Ann Arbor, Michigan: University of Michigan Press, 1971).

que el proceso seguido ha sido similar al de otros países occidentales, aunque con algunas peculiaridades (4). Efectivamente, desde 1900, la mortalidad ha seguido un proceso continuo de disminución, desde una tasa bruta de mortalidad de alrededor de 30 defunciones por cada mil habitantes, hasta una tasa de 9 por mil en los años setenta; las únicas excepciones en este proceso secular fueron la gripe de 1918 y el trienio de la guerra civil de 1936-39. En cuanto a la natalidad, se ha pasado de una tasa bruta de alrededor de 35 nacimientos por mil habitantes a principios de siglo a 19 ó 20 en estos últimos años. Es obvio que el proceso de disminución de la natalidad ha seguido un ritmo diferente al de la mortalidad, y el examen de los datos muestra que este proceso, que había sido acelerado en la década de los años treinta, se detuvo e incluso aumentó ligeramente en los primeros años de la década de los cuarenta. Durante los últimos treinta años la tasa de natalidad en España ha oscilado alrededor de 20 por mil, y sólo en los últimos años de la década de los 60 y en los primeros de la década de los setenta parece nuevamente que se observan indicios que permiten aventurar la hipótesis de una nueva reducción de la natalidad en el próximo futuro (5).

En un trabajo publicado en 1967 por Juan Diez Nicolás se señaló ya que los factores «objetivos» (disminución de la edad al casarse, disminución de la esterilidad involuntaria temporal o permanente, menor espaciamiento entre los nacimientos), podrían influir en un mantenimiento e incluso aumento de las tasas de natalidad durante la década de los sesenta, que sólo se vería contrarrestada por los factores

(4) JORDI NADAL, *La población española* (Barcelona: Ariel, 1971); P. ROMERO DE SOLÍS, *La población española en los siglos XVIII y XIX* (Madrid: Siglo XXI, 1973); SALUSTIANO DEL CAMPO, *La población española* (Barcelona: Ariel, 1973); JUAN DIEZ NICOLÁS, «La transición demográfica en España», *Revista de Estudios Sociales* 1 (1971); JESÚS M. DE MIGUEL, *El ritmo de la vida social: Análisis sociológico de la dinámica de la población en España* (Madrid: Tecnos, 1973). Todos los trabajos citados incluyen amplia bibliografía sobre la natalidad española.

(5) La polémica de JUAN DIEZ NICOLÁS con AMANDO DE MIGUEL, respecto al ritmo y el tiempo de la disminución de la natalidad en España, puede verse en los artículos ya citados en este capítulo, así como en AMANDO DE MIGUEL, «El descenso definitivo de la natalidad en España» en *Sexo, mujer y natalidad en España* (Madrid: Edicusa, 1974); y en su *Manual de estructura social de España* (Madrid: Tecnos, 1974).

«subjetivos» (reducción voluntaria de la natalidad por utilización de técnicas anticonceptivas) (6).

En otros trabajos se ha mostrado también que las actitudes de las mujeres españolas respecto al tamaño de la familia eran similares a las de otros países occidentales, por lo que podía inferirse que estaban cambiando las actitudes hacia la planificación de la familia y el control de la natalidad. Esta cuestión fue confirmada por diversos estudios realizados en España, como los informes sociológicos de la Fundación FOESSA (7).

Todo este conjunto de razones, pero especialmente la creencia de que las actitudes y comportamientos de las mujeres españolas respecto a la planificación de la familia y el control de la natalidad estaban cambiando de forma importante y rápida es lo que llevó a plantear una investigación que permitiese dar respuesta a ciertos interrogantes que se podían plantear en relación con estos temas.

El control de la natalidad no es algo nuevo en nuestro país. La reducción de la natalidad a lo largo de este siglo, y muy especialmente durante la década de los treinta, pone de manifiesto que algún tipo de control era ya conocido antes de que aparecieran los modernos anticonceptivos. En efecto, siguiendo el conocido esquema de Davis y Blake (8), en el que se distinguen los factores que influyen sobre la exposición a las relaciones sexuales, sobre la exposición al embarazo, y sobre la gestación y parto, se pueden admitir la existencia en nuestra sociedad tradicional de algunos comportamientos que influían negativamente sobre la natalidad. Entre otros cabría mencionar los siguientes: 1) retraso en la edad al casarse; 2) alta proporción de célibes; 3) frecuente disolución de los matrimonios en edad de procrear a causa del fallecimiento de algún cónyuge y escasa proporción de segundas nupcias, especialmente entre las viudas; 4) mayor grado de continencia voluntaria dentro de los matrimonios, a causa de la influencia

(6) JUAN DIEZ NICOLÁS, «Evolución y previsiones de la natalidad en España», en Centro de Estudios Sociales, comp., *La familia española* (Madrid: Anales de Moral Social y Económica, 1967).

(7) JUAN DIEZ NICOLÁS, «Estatus socioeconómico, religión y tamaño ideal de la familia urbana», *Revista Española de la Opinión Pública* 2 (1965); Fundación FOESSA, comp., *Informe sociológico sobre la situación social de España* (Madrid: Euramérica, 1970).

(8) K. DAVIS y J. BLAKE, «Social structure and fertility: An analytic framework», *Economic Development and Cultural Change* 4 (1956).

de valores ético-religiosos tendentes a minusvalorar lo sexual dentro del matrimonio; 5) mayor proporción de esterilidad involuntaria, temporal o permanente, a causa de la menor asistencia sanitaria durante los embarazos y en los partos, y 6) mayor proporción de abortos involuntarios o voluntarios (9).

A estos factores habría que añadir, además, la introducción, desde principios de siglo (e incluso antes, en algunos casos), de ciertas prácticas anticonceptivas como el *coitus interruptus*, los lavados vaginales y, posteriormente, el preservativo (o condón). No se debe olvidar, por otra parte, la incidencia de prácticas tradicionales en nuestra sociedad, como la lactación prolongada, que algún efecto, aunque pequeño, es probable que haya tenido sobre la concepción.

A partir de los años cuarenta comenzó a difundirse también en nuestro país la utilización del método del ritmo, o método Ogino-Knaus, y desde la última parte de los cincuenta o primera de la década de los sesenta, las denominadas «píldoras» anticonceptivas. Pero, más importante incluso que la aparición de modernas técnicas anticonceptivas, creemos que lo verdaderamente importante es el cambio de mentalidad, el cambio de las actitudes de la población respecto al hecho mismo de la limitación de la natalidad, por unos u otros métodos.

En 1971, Juan Díez Nicolás obtuvo una ayuda de investigación para un periodo de dos años, por parte de la Fundación Ford, dentro del programa que con carácter de concurso internacional patrocinaron las Fundaciones Ford y Rockefeller bajo el título de *Population Research and Legal Policy*. El objetivo principal de esa investigación fue el de explicar las actitudes de las mujeres españolas hacia la familia, la planificación familiar, y el control de la natalidad, así como los comportamientos correspondientes (en la medida de lo posible), en función, todo ello, de un conjunto de variables independientes (características biográficas y de estatus socio-económico de las mujeres) y de variables intermedias (fundamentalmente relativas a conocimientos, comunicaciones y actitudes básicas de las mujeres).

La investigación se llevó a cabo con una muestra nacional

(9) Véase a este respecto A. SAUVY, H. BERGUES y M. RIQUET, *Historia del control de nacimientos* (Barcelona: Península, 1972); y E. DRAPER, *Birth Control in the Modern World* (Middlesex: Penguin Books, 1972).

representativa de las mujeres casadas de 15 a 45 años. El número total de mujeres de la muestra fue de 1.902, a las que se entrevistó personalmente para que contestaran a un cuestionario estructurado en su mayor parte. Las entrevistas fueron realizadas, en su totalidad, por un equipo especializado, y la duración media fue superior a una hora. El diseño muestral consistió en una combinación de muestreo por áreas y por listas, puesto que el total se distribuyó proporcionalmente por provincias (incluidas las Islas Baleares y las Canarias), por estratos de municipios dentro de cada provincia, y finalmente, probabilísticamente a partir de listas dentro de cada municipio seleccionado en la muestra. Se publicó ya el análisis de algunos de los resultados, principalmente relativos al conocimiento y actitudes de las mujeres hacia los diferentes métodos de control y planificación familiar (10). En el resto del capítulo nos centraremos especialmente en algunos temas, y, de entre ellos, el más central es precisamente el que se refiere a las actitudes hacia la planificación familiar y el control de la natalidad en sí mismos.

Pero, con el fin de comprender mejor el alcance de los resultados que a continuación se presentan, conviene tener presentes algunos datos generales relativos a las características de las mujeres consultadas. Insistimos en que se trata de mujeres casadas de 15 a 45 años de edad. Al ser una muestra representativa nacional, su distribución es proporcional a la población de cada provincia, y por consiguiente a la de cada región. Algo más de un tercio de las entrevistadas residen en municipios de menos de 10.000 habitantes, un 40 % en municipios de 10.000 a 250.000, y un 23 % en municipios superiores a los 250.000 habitantes. Más de la mitad de las entrevistadas tienen un origen rural, en el sentido de haber vivido alguna vez en su vida en municipios rurales, aunque ahora residan en otras zonas.

Como cabía esperar de una muestra nacional el nivel de instrucción es muy bajo: un 10% ni tienen estudios en absoluto, un 67 % tienen sólo estudios primarios, y sólo

(10) JUAN DIEZ NICOLÁS, «La mujer española y la planificación familiar», *Tauta* 8 (1973); «Actitud de la mujer española hacia los métodos de planificación familiar», *Revista Española de la Opinión Pública* 31 (1973); «La mujer casada ¿la pata quebrada?» *Gentleman* 2 (1973); y «La familia y la formación profesional de la mujer», en Comisión Nacional de Trabajo Femenino, comp., *Promoción profesional de la mujer en la nueva sociedad* (Madrid: Ministerio de Trabajo, 1973).

un 1 % tienen estudios superiores. Respecto a otra dimensión de la clase social, los ingresos familiares mensuales, un 18 % declaran disponer en 1972 de menos de 6.000 pesetas, mientras que sólo un 4 % afirman disponer de más de 30.000 pesetas mensuales. Se suele aceptar que el trabajo de la mujer fuera del hogar influye notablemente sobre su natalidad. Pues bien, el 58 % de las mujeres entrevistadas han trabajado alguna vez, el 27 % están ahora trabajando, y una de cada cuatro piensan trabajar en el futuro.

Teniendo estos datos en cuenta se puede ya poner en su debido contexto el análisis que se presenta a continuación, y que corresponde a sólo unas cuantas preguntas del cuestionario.

En primer lugar, 8 de cada 10 mujeres entrevistadas afirman que todas las parejas que pueden tener hijos (varones o mujeres, indistintamente) deberían tenerlos. Ahora bien, aunque es cierto que la mayoría de las mujeres, sean cuales sean sus características, son de esa opinión, existen algunas diferencias de grado según ciertas variables explicativas. Por ejemplo, la proporción que opina así es menor entre las mujeres con pocos hijos o hijas y mayor entre aquellas que tienen muchos; algo similar ocurre con la edad, puesto que cuanto mayor es la edad mayor es la proporción que opina que todas las parejas que puedan tener hijos deberían tenerlos (véase la *Tabla 4.6*). La explicación, en ambos casos, parece que tendría que ver precisamente con la relación entre edad y tradicionalismo, puesto que las mayores suelen tener actitudes más tradicionales hacia la familia. En efecto, teniendo en cuenta la relación verificada en la encuesta entre edad y tradicionalismo (en el sentido de que las mujeres de más edad suelen ser más tradicionales, mientras que las jóvenes suelen ser más progresistas), se puede observar la existencia de una importante relación entre las actitudes tradicionales o progresistas y la opinión que aquí se está considerando. Así sólo un 55 % de las clasificadas como muy progresistas afirman que todas las parejas que puedan deberían tener hijas o hijos.

Las variables de tipo ecológico permiten, asimismo, obtener algunas matizaciones importantes, pues el deber de tener descendencia es más frecuentemente aceptado entre las mujeres que residen en zonas rurales, caracterizadas, obviamente, por estructuras sociales más tradicionales que condicionan, a su vez, actitudes tradicionales. Así, el grado de acuerdo

con la opinión formulada varía desde un 85 % entre aquellas mujeres que han tenido un origen rural, a un 69 % entre aquellas que tienen origen claramente metropolitano, y desde un 85 % entre aquellas que residen ahora en municipios con menos de 2.000 habitantes a un 67 % entre aquellas que residen en municipios de más de 250.000 habitantes. Por regiones, las diferencias oscilan entre un 90 % en Galicia y un 76 % en Levante a un 71 % en la región Catalano-Aragonesa.

Los diferentes indicadores de clase social se relacionan todos ellos negativamente con esta opinión, en el sentido de que las mujeres de familias de clase social más alta, son menos partidarias de que todas las parejas que puedan tener hijos o hijas deban tenerlos, cuando se las compara con las de inferior nivel socioeconómico. Esto es cierto tanto si se consideran los estudios de la entrevistada como el nivel ocupacional de sus respectivos maridos o de los ingresos familiares mensuales. En todos los casos se observa una relación negativa.

La experiencia laboral también está inversamente relacionada con la opinión citada, en el sentido de que las mujeres que han trabajado, trabajan, o piensan trabajar, son menos favorables a la opinión de que todas las parejas que puedan deban tener descendencia. Aun así el consenso es alto, pues incluso entre las mujeres que ahoran trabajan, que son las menos favorables, un 77 % estaría de acuerdo con ese «deber». El hecho de que las mujeres de clase social más alta y las que trabajan sean menos favorables a la natalidad está ligado al abandono de ciertas actitudes consideradas como más tradicionales, que son paulatinamente sustituidas por una mentalidad moderna.

En resumen, y respecto a esta cuestión, es evidente el alto consenso existente entre las mujeres de muy diferente posición social respecto al deber de las parejas de tener hijos o hijos. Pero, una vez aceptado esto, no deja de ser significativo que los grupos que en cierto modo constituyen la parte más desarrollada de la sociedad sean precisamente los que más disienten de esa afirmación. Parece que se podría inferir de ese resultado un futuro abandono creciente de ese deber, o, al menos, el menor convencimiento de que se trata de un deber, lo cual no significa necesariamente que se dejen de tener embarazos. Puesto que la sociedad española tiende cada vez a ser más urbana, menos agraria, más ins-

TABLA IV
**PROPORCIÓN DE MUJERES CASADAS QUE, EN 1972, OPINAN QUE TODOS LOS MATRIMONIOS
 QUE PUEDAN DEBERÍAN TENER HIJAS E HIJOS**

	%	Total		%	Total
TOTAL	82	(1.902)	<i>Control de natalidad:</i>		
<i>Número de hijas e hijos nacidos vivos:</i>			Casi seguro	81	(1.057)
Ninguno	79	(149)	Muy probable	84	(394)
1	78	(392)	Probable	85	(184)
2-4	83	(1.202)	Nulo	79	(113)
5-7	87	(132)	<i>Número de hermanos de la entrevistada:</i>		
8 y más	85	(27)	Hija única	68	(117)
<i>Edad:</i>			1-3	80	(1.007)
15-19 años	60	(5)	4-5	86	(434)
20-24	80	(157)	6 y más	85	(321)
25-29	80	(393)	<i>Estudios de la entrevistada:</i>		
30-34	86	(351)	Ninguno	86	(197)
35-39	81	(473)	Primarios	84	(1.262)
40-45	81	(517)	Medios y profesionales	73	(314)
<i>Origen rural-urbano:</i>			Superiores	74	(95)
Rural	85	(816)	<i>Nivel ocupacional del marido:</i>		
Semiurbano	83	(622)	Alto	72	(50)
Urbano	77	(242)	Medio alto	79	(307)
Metropolitano	69	(198)	Medio bajo	80	(511)

Tamaño del municipio de residencia:

Menos de 2.000 habitantes	85	(203)
2.000-10.000	84	(469)
10.000-50.000	85	(395)
50.000-250.000	86	(367)
Más de 250.000	67	(165)
Madrid y Barcelona	75	(271)

Región:

Galicia	90	(131)
Vasco-Cantábrica.....	84	(219)
Castilla la Vieja.....	83	(152)
Catalano-Aragonesa	71	(362)
Levante	76	(211)
Castilla la Nueva-Extremadura	85	(344)
Andalucía Oriental.....	85	(169)
Andalucía Occidental	87	(239)
Canarias	87	(46)

Estructura familiar:

Extensa	81	(423)
Nuclear	82	(1.479)

Trabajador especializado	84	(670)
Trabajador no especializado.....	84	(292)

Clase social subjetiva:

Alta	80	(20)
Media.....	84	(1.145)
Baja	76	(505)

Experiencia laboral:

Han trabajado	81	(1.098)
Trabajan	77	(301)
Piensen trabajar.....	81	(548)

Ingresos familiares mensuales:

Menos de 6.000 pesetas	83	(347)
6.000-12.000	83	(758)
12.000-20.000	81	(410)
20.000-30.000	81	(188)
Más de 30.000	80	(74)
Sin respuesta.....	77	(125)

Tradicionalismo-progresismo:

Muy tradicionales.....	100	(3)
Tradicionales	84	(912)
Progresistas.....	81	(943)
Muy progresistas	55	(44)

truida, y con un mayor nivel de renta, así como con una proporción creciente de mujeres en la población activa, puede esperarse también una creciente tendencia a ir abandonando la idea de que el tener hijos o hijas es un deber de toda pareja que pueda tenerlos.

Como nota curiosa se preguntó a las entrevistadas qué opinaban cuando veían matrimonios con pocos hijos o hijas. Pues bien, mientras que un 17 % de ellas piensan que dichos matrimonios no pueden tener más, el 39 % opinan que es que no han querido tener más (con lo cual están admitiendo que los demás pueden controlar la natalidad); sólo un 40 % dice que no piensa nada (actitud que en cierto modo implica un no querer inmiscuirse en los asuntos de los demás).

En este mismo sentido, 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 nacimientos que tienen; un 36 % opinan lo mismo de la mayoría de los individuos en general, y un 59 % cree que la mayoría de las personas importantes y famosas utilizan algún método para planificar el número de hijas e 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 le pregunta. En el fondo, la actitud en cierto modo negativa que se percibe en la sociedad (a principios de la década de los setenta), 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.

Se observa, por consiguiente, que las mujeres españolas aceptan todavía mayoritariamente el deber de tener hijos, aunque se pueda predecir un cierto debilitamiento futuro de esa opinión. Y se observa, igualmente, que las mujeres españolas no desconocen el hecho de que gran número de personas controlan la natalidad, aunque todavía exista cierta resistencia a admitir que las personas con quienes se relacionan más íntimamente lo hagan así.

Por otra parte, se preguntó también a las entrevistadas su opinión respecto a si los matrimonios debían tener los

nacimientos que vengan, tanto si son muchos como si son pocos, o sí, por el contrario, los matrimonios deberían decidir el número de embarazos que tienen y cuándo tenerlos (*Tabla 4.7*). En esta cuestión las mujeres parecen encontrarse muy divididas, ya que aproximadamente la mitad se adhieren a cada una de las dos respuestas. Entre los diferentes subgrupos, sin embargo, pueden encontrarse grandes diferencias. En efecto, cuanto mayor es el número de hijas e hijos que ya tiene la entrevistada, menor es la proporción que aceptan la libre decisión de los matrimonios para tener descendencia; mientras un 62 % de las mujeres que tienen un sólo hijo (o hija única) afirman que los matrimonios deben decidir el número y espaciamiento de sus embarazos, sólo un 11 % de las mujeres con 8 o más hijos o hijas opinan así. Cuanto más jóvenes son las mujeres más en favor de la libertad de controlar la natalidad se muestran; así, mientras el 68 % de las mujeres de 20 a 24 años son partidarias de la libertad de los matrimonios para decidir, sólo un 41 % de las mujeres de 40 a 45 años son partidarias de dicha libertad.

La explicación de estas dos relaciones debe ser conjunta, pues es evidente que las mujeres de más edad son las que tienen ya un mayor número de hijas e hijos, y viceversa. En nuestra opinión, es la edad la que condiciona y explica el número de hijos e hijas que ya se tienen y la opinión sobre la libertad de los matrimonios para decidir el número y espaciamiento de sus embarazos. Por lo demás, parece ilógico que entre las mujeres de más edad, generalmente más tradicionales, se opine con mayor frecuencia relativa que se deben aceptar los hijos e hijas que vengan, sin plantearse la cuestión de que los propios matrimonios puedan decidir sobre esa cuestión. A su vez, las mujeres jóvenes, más modernas y secularizadas, no aceptan tener solamente un papel pasivo en la procreación, y por tanto defienden su derecho a poder señalar no sólo el número de embarazos que quieren tener, sino también cuándo tenerlos. En definitiva, las mujeres jóvenes aceptan el control de natalidad como una muestra de su libertad de decisión, frente al fatalismo o resignación, o simplemente pasividad, que caracteriza a las mujeres de más edad.

Las variables ecológicas permiten también observar grandes diferencias rural-urbanas. Así, sólo un 44 % de las mujeres que tienen origen rural son partidarias de la libertad de decisión de los matrimonios, frente a un 71 % entre

TABLA 4.7

PROPORCION DE MUJERES CASADAS QUE, EN 1972, OPINAN QUE LOS MATRIMONIOS DEBEN DECIDIR EL NUMERO DE HIJAS E HIJOS QUE TIENEN Y CUANDO TENERLOS

	%	Total		%	Total
TOTAL	52	(1.902)	<i>Estructura familiar:</i>		
<i>Número de hijas e hijos nacidos vivos:</i>			Extensa	51	(423)
Ninguno	59	(149)	Nuclear	53	(1.479)
1	62	(392)	<i>Estudios de la entrevistada</i>		
2-4	51	(1.202)	Ninguno	36	(197)
5-7	32	(132)	Primario	48	(1.262)
8 y más	11	(27)	Medios y profesionales	75	(314)
<i>Edad:</i>			Superiores	69	(95)
15-19 años	60	(5)	<i>Nivel ocupacional del marido:</i>		
20-24	68	(157)	Alto	78	(50)
25-29	60	(393)	Medio alto	67	(307)
30-34	56	(351)	Medio bajo	54	(511)
35-39	50	(473)	Trabajador especializado	52	(670)
40-45	41	(517)	Trabajador no especializado	34	(292)

Origen rural-urbano:

Rural	44	(816)
Semiurbano.....	56	(622)
Urbano	57	(242)
Metropolitano	71	(198)

Tamaño del municipio de residencia:

Menos de 2.000 habitantes	27	(203)
2.000-10.000	47	(469)
10.000-50.000	56	(395)
50.000-250.000	55	(367)
Más de 250.000	61	(165)
Madrid y Barcelona	66	(271)

Región:

Galicia	40	(131)
Vasco-Cantábrica.....	58	(219)
Castilla la Vieja.....	28	(152)
Catalano-Aragonesa	59	(362)
Levante	72	(211)
Castilla la Nueva-Extremadura	50	(344)
Andalucía Oriental.....	35	(169)
Andalucía Occidental	57	(239)
Canarias	50	(46)

Clase social subjetiva:

Alta	70	(20)
Media.....	59	(1.146)
Baja	44	(505)

Experiencia laboral:

Han trabajado	56	(1.098)
Trabajan	62	(301)
Piensen trabajar	58	(548)

Ingresos familiares mensuales:

Menos de 6.000 pesetas	34	(347)
6.000-12.000	48	(758)
12.000-20.000	65	(410)
20.000-30.000	70	(188)
Más de 30.000	77	(74)

Tradicionalismo-progresismo:

Muy tradicionales.....	33	(3)
Tradicionalistas	40	(912)
Progresistas.....	62	(943)
Muy progresistas	82	(44)

quien es tienen origen metropolitano. Por otra parte, sólo un 27 % de las mujeres que actualmente residen en municipios de menos de 2.000 habitantes opinan que los matrimonios deben decidir sobre estas cuestiones, frente a un 66 % entre las mujeres que residen en Madrid o Barcelona.

En cuanto a las diferencias inter-regionales, las opiniones más pasivas, de aceptación de los hijos o hijas que vengan, se dan en Castilla la Vieja y en Andalucía Oriental, donde un 28 y un 35 %, respectivamente, aceptan la libertad de los matrimonios para decidir el número y espaciamiento de los embarazos, frente al 72 % de las mujeres entrevistadas en Levante, que se manifiestan partidarias de esa libertad.

Todos los indicadores de clase social (nivel de estudios de la entrevistada, ocupación del marido, clase social subjetiva, ingresos familiares mensuales) muestran una gran relación positiva con la opinión favorable a la libre decisión de los matrimonios en el sentido de que cuanto más alta es la clase social, mayor es también la proporción que opina que los matrimonios deben decidir el número y espaciamiento de los hijos e hijas que tengan. Las diferencias, en todos esos indicadores, oscilan entre un 30 ó 35 % en las clases más bajas, y el 70 ó 75 % en las clases más altas.

La experiencia laboral de las mujeres, como era lógico esperar, está también relacionada significativamente con esta actitud, de forma que las mujeres que han trabajado o piensan trabajar, pero especialmente las que ahora están trabajando, son más favorables proporcionalmente que las otras a que los matrimonios decidan los hijos e hijas que quieren tener y cuándo tenerlos.

Las máximas diferencias, sin embargo, se observan cuando se clasifica a las mujeres según la escala construida de tradicionalismo-progresismo. En efecto, mientras sólo alrededor de un 40 % de las clasificadas como tradicionales serían partidarias de la libre decisión por parte de los matrimonios, un 82 % de las muy progresistas se manifiestan partidarias del control de natalidad.

En otra pregunta se pedía a las entrevistadas su opinión concreta sobre la planificación familiar (*Tabla 4.8*). En efecto, después de una introducción, se preguntaba si estaban muy a favor, más bien a favor, más bien en contra o muy en contra de que los matrimonios hagan algo para planificar el número de hijas e hijos que tienen o cuándo tenerlos. Pero

no sólo se preguntaba lo que opinaban las entrevistadas mismas, sino que se les preguntaba sobre lo que ellas pensaban que era la opinión de sus respectivos maridos respecto a esta cuestión. El análisis de los resultados, especificando las diferencias según diversas variables, pone de manifiesto que las entrevistadas atribuyen a sus maridos prácticamente las mismas opiniones sobre el control de natalidad que tienen ellas mismas. Es decir, proyectan sus propias opiniones sobre sus maridos, cosa que, por otra parte, es relativamente frecuente en el campo de las actitudes.

En cuanto a los resultados respecto a la actitud favorable o desfavorable al control de natalidad, los datos son congruentes con los ya comentados hasta ahora. Un 42 % de las entrevistadas son muy favorables o más bien favorables al control de natalidad, un 30 % son muy desfavorables, y el resto son indiferentes ante el tema.

Cuando se examinan los resultados comparando las opiniones entre diferentes subgrupos de la población, se observa que, en general, las opiniones favorables al control de natalidad son siempre proporcionalmente superiores a las opiniones en contra. Existen, sin embargo, algunas excepciones; por ejemplo, entre las mujeres con ingresos familiares inferiores a 6.000 pesetas mensuales, las opiniones en contra del control de natalidad (33 %) son superiores a las favorables (32 %); lo mismo es cierto entre las mujeres con actitudes tradicionales (35 % en contra y 32 % a favor), entre las mujeres cuyos maridos son trabajadores no especializados (37 % en contra y 30 % a favor), entre las mujeres que residen en municipios de menos de 2.000 habitantes (45 % en contra y sólo 28 % a favor), entre las mujeres con más de ocho hijos (63 % en contra y sólo 8 % a favor) y entre aquellas que tienen entre cinco y siete hijos (48 % en contra y 29 % a favor), y, finalmente, entre mujeres de cuarenta a cuarenta y cinco años (35 % en contra y 34 % a favor). En todos los demás casos, el peso de las opiniones favorables es superior al de opiniones en contra. El grupo más favorable, como puede imaginarse, es el de mujeres clasificadas como muy progresistas, entre quienes el 82 % son favorables al control de natalidad mientras sólo un 7 % se sienten más bien en contra (no habiendo ninguna que se muestre muy en contra).

Por otra parte, y como fácilmente puede deducirse del análisis de las anteriores preguntas, la clase social y otras va-

TABLA 4.8

OPINION DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS, EN 1972, Y PERCEPCION DE LA OPINION DE SUS RESPECTIVOS MARIDOS SOBRE EL CONTROL DE NATALIDAD

	ENTREVISTADA					M A R I D O					TOTAL
	MF	F	I	C	MC	MF	F	I	C	MC	
TOTAL	19%	23%	27%	19%	11%	19%	22%	28%	17%	11%	(1.902)
<i>Clase social subjetiva:</i>											
Alta	10	30	35	20	—	10	25	40	20	—	(20)
Media	19	24	25	18	12	20	23	26	17	12	(1.146)
Baja	19	23	29	20	9	19	22	30	18	8	(505)
<i>Tamaño del municipio de residencia:</i>											
Menos de 2.000	7	21	25	25	20	6	20	30	21	19	(203)
2.000-10.000	19	18	31	19	12	18	17	33	18	11	(469)
10.000-50.000	18	21	31	19	10	18	22	29	17	10	(395)
50.000-250.000	23	25	22	19	10	24	22	24	17	10	(367)
Más de 250.000	12	35	28	19	5	11	32	35	15	6	(165)
Madrid y Barcelona	30	27	23	12	9	30	25	22	10	10	(271)
<i>Región:</i>											
Galicia	13	22	27	24	13	13	21	30	21	13	(131)
Vasco-Cantábrica	22	27	26	20	3	23	25	29	17	3	(219)
Castilla la Vieja	9	14	34	28	15	9	13	39	23	15	(152)

Catalano-Aragonesa	26	27	21	15	10	25	26	23	14	11	(362)
Levante	27	22	29	13	9	26	23	27	13	9	(211)
Castilla la Nueva-Extremadura ..	16	23	29	18	13	16	22	29	15	10	(34)
Andalucía Oriental	14	11	25	27	18	13	11	28	22	18	(169)
Andalucía Occidental	18	29	31	13	7	18	28	30	13	7	(239)
Canarias	15	24	13	22	24	17	15	15	24	22	(46)

Número de hijos e hijas nacidos vivos:

Ninguno	21	21	28	16	13	21	19	27	14	13	(149)
1	26	27	25	16	5	25	26	26	15	5	(392)
2-4	18	23	28	18	12	18	22	30	17	11	(1.202)
5-7	10	19	22	32	16	11	16	24	29	17	(132)
8 y más	4	4	30	44	19	—	4	37	33	26	(27)

Edad:

15-19 años	80	—	—	20	—	80	—	20	—	—	(5)
20-24	35	22	15	20	7	34	22	15	18	7	(157)
25-29	23	26	25	15	10	22	26	26	14	9	(393)
30-34	19	25	30	17	7	20	24	32	15	7	(351)
35-39	16	22	28	21	12	16	20	30	19	13	(473)
40-45	13	21	30	20	15	13	19	32	19	14	(517)

Origen rural-urbano:

Rural	17	19	29	19	14	16	19	30	17	14	(816)
Semiurbano	19	23	28	19	9	19	22	28	18	9	(622)
Urbano	18	31	24	18	8	17	29	29	16	8	(242)
Metropolitano	30	27	22	17	3	30	23	24	13	7	(198)

TABLA 4.8

(Continuación)

	ENTREVISTADA					M A R I D O					TOTAL
	MF	F	I	C	MC	MF	F	I	C	MC	
TOTAL.....	19%	23%	27%	19%	11%	19%	22%	28%	17%	11%	(1.902)
<i>Experiencia laboral:</i>											
Han trabajado	22	23	25	19	10	21	22	27	17	10	(1.098)
Están trabajando.....	25	24	22	19	10	26	24	22	16	9	(301)
Piensen trabajar.....	23	24	22	18	12	24	24	23	15	12	(548)
<i>Ingresos familiares mensuales:</i>											
Menos de 6.000 pesetas	14	18	32	19	14	14	17	33	18	13	(347)
6.000-12.000	16	23	28	22	10	16	22	30	19	11	(758)
12.000-20.000	23	26	24	16	10	23	24	25	16	10	(410)
20.000-30.000	27	30	17	14	9	29	27	20	13	8	(188)
Más de 30.000.....	34	28	18	12	7	34	27	18	11	8	(74)
<i>Tradicionalismo-progresismo:</i>											
Muy tradicionales	—	—	33	33	33	—	—	67	—	33	(3)
Tradicionales	12	20	31	22	13	12	19	32	19	13	(912)
Progresistas	24	26	24	16	9	24	24	25	15	9	(943)
Muy progresistas	48	34	11	7	—	48	23	16	9	—	(44)

Estudios de la entrevistada:

Ninguno	15	19	32	18	11	15	16	35	16	12	(197)
Primario	17	21	28	20	13	16	21	29	19	12	(1.262)
Medios y profesionales	26	31	23	12	7	27	29	24	12	6	(314)
Superiores.....	29	28	17	20	4	31	27	18	17	5	(95)

Estudios del marido:

Ninguno	14	13	29	20	16	13	11	30	21	14	(98)
Primarios	16	22	29	20	11	16	21	31	18	11	(1.161)
Medios y profesionales	21	24	27	18	9	22	23	28	16	9	(382)
Superiores.....	29	31	17	12	9	29	28	19	12	9	(229)

Nivel ocupacional del marido:

Alto	24	38	20	12	4	26	34	20	10	6	(50)
Medio alto.....	26	26	19	17	11	26	25	21	15	10	(307)
Medio bajo	18	22	31	20	9	18	21	31	19	9	(511)
Trabajador especializado	19	24	27	18	11	18	23	28	17	11	(670)
Trabajador no especializado.....	15	15	30	23	14	15	15	33	18	14	(292)

NOTAS: MF (muy favorable); F (favorable); I (indiferente); C (contraria); MC (muy contraria).

riables se encuentran bastante relacionadas con las opiniones sobre el control de natalidad. Así, las mujeres que han trabajado, trabajan, o piensan trabajar son más favorables al control de natalidad que las otras mujeres. Las mujeres de clase social baja son menos partidarias del control de natalidad que las que tienen una clase social más alta (relación que se comprueba atendiendo a los estudios de la entrevistada, los ingresos del marido, y la clase social subjetiva). Las mujeres con un origen o residencia actual urbana o metropolitana son más favorables al control de natalidad que las mujeres con origen o residencia actual en el medio rural. Y, finalmente, las mujeres jóvenes y aquellas con pocos hijos e hijas son considerablemente más favorables al control de natalidad que las mujeres de más edad o aquellas con muchos hijos.

Las diferencias interregionales son también interesantes. En efecto, las regiones aparentemente más favorables al control de natalidad son la Catalano-Aragonesa (53 % a favor y 25 % en contra), la Vasco-Cantábrica (49 % a favor y 23 % en contra), y Levante (49 % a favor y 22 % en contra). Por el contrario, las regiones aparentemente más en contra del control de natalidad son Canarias (46 % en contra y 39 % a favor), Andalucía Oriental (45 % en contra y 25 % a favor) y Castilla la Vieja (43 % en contra y 23 % a favor). El caso de Canarias resulta especialmente interesante, ya que, como se ha puesto de manifiesto, las opiniones al respecto están muy radicalizadas entre las que favorecen y las que se oponen al control de la natalidad; sólo un 13 % de las mujeres entrevistadas allí se muestran indiferentes ante el problema, siendo así que en las demás regiones esa proporción oscila alrededor de un 30 % de las entrevistadas. Muy posiblemente las diferencias intrarregionales en Canarias, respecto a esta cuestión, son más notables, debido a que la modernización y el cambio social se ha producido en esta región de España de forma más brusca que en otras.

En otro trabajo se ha señalado ya que las mujeres entrevistadas tienen conocimientos y opiniones relativamente escasas sobre diferentes métodos de contracepción. Concretamente, aunque tres cuartas partes de las mujeres dicen haber oído hablar de la píldora, sólo algo más de la mitad dice haber oído hablar del ritmo u Ogino, un 42 % del condón o preservativo, un 35 % del coito interrumpido, un 29 % de los lavados vaginales, y sólo un 1 % del diafragma.

Suponiendo de antemano, al plantear la investigación, que la situación era similar a la que realmente se ha encontrado, se estimó conveniente preguntar a las entrevistadas respecto a la información existente sobre la planificación familiar (*Tabla 4.9*).

Concretamente se pedía a las entrevistadas que dijese con cuál de las tres afirmaciones distintas estaban más de acuerdo: 1) No debe haber ningún tipo de información sobre métodos para limitar el número de hijos (varones o mujeres) o espaciar su nacimiento; 2) Debe haber información amplia y completa sobre todos los métodos, dejando que cada cual utilice o no según su conciencia, y 3) A partir de un determinado número de hijas e hijos, la limitación de la natalidad debería ser obligatoria.

En el conjunto de las entrevistadas la mayoría, un 69 %, son partidarias (en 1972) de que exista información amplia y completa, dejando a la conciencia de cada cual su posible utilización. Sólo un 15 % se muestra partidario de que no exista ningún tipo de información, y sólo un 12 % sería partidario del control obligatorio de la natalidad a partir de un cierto número de hijas e hijos. Las diferencias respecto a la obligatoriedad del control a partir de cierto número no son grandes sean cuales sean las variables que se consideren, y oscilan entre un 10 % y un 17 %. Donde existen mayores diferencias es entre las proporciones que opinan que no debe haber ningún tipo de información y los que opinan que debe haber información amplia y completa. Aunque siempre son más las que opinan que debe haber información amplia y completa, se ha podido comprobar que las mujeres que han trabajado, trabajan, o piensan trabajar se muestran proporcionalmente más partidarias de la información que las que no han trabajado, no trabajan o no piensan trabajar. De igual forma, cuanto más alta es la clase social de las entrevistadas, mayor es la proporción que opina que debe haber información amplia y completa sobre control de natalidad, llegando, por ejemplo, hasta un 84 % entre aquellas cuyos maridos tienen un nivel ocupacional alto y un 73 % entre las que subjetivamente se consideran de «clase media».

También las más jóvenes, las que tienen pocos hijos e hijas, las de origen o residencia más urbana y metropolitana, y las más progresistas, son relativamente más partidarias de que exista información amplia y completa sobre control

TABLA 4.9

OPINIONES DE LAS MUJERES CASADAS SOBRE INFORMACION RELATIVA AL CONTROL DE NATALIDAD, EN 1972

	A	B	C	TOTAL		A	B	C	TOTAL
TOTAL	15%	68 %	12%	(1.902)					
<i>Experiencia laboral:</i>					<i>Tamaño del municipio de residencia:</i>				
Han trabajado	13	69	13	(1.098)	Menos de 2.000.....	27	61	6	(203)
Trabajan	10	74	12	(301)	2.000-10.000.....	21	64	10	(469)
Piensen trabajar	12	68	15	(548)	10.000-50.000.....	15	64	13	(395)
					50.000-250.000.....	11	69	15	(367)
					Más de 250.000.....	8	77	13	(165)
					Madrid y Barcelona.....	3	78	16	(271)
<i>Ingresos familiares mensuales:</i>					<i>Región:</i>				
Menos de 6.000 pesetas ..	25	50	14	(347)	Galicia.....	19	61	15	(131)
6.000-12.000.....	16	68	11	(758)	Vasco-Cantábrica.....	11	78	7	(219)
12.000-20.000.....	7	76	14	(410)	Castilla la Vieja.....	28	54	12	(152)
20.000-30.000.....	3	82	12	(188)	Catalano-Aragonesa.....	9	79	8	(362)
Más de 30.000.....	4	84	12	(74)	Levante.....	8	77	14	(211)
					Castilla la Nueva-Extre-				
					madura.....	14	67	12	(344)
					Andalucía Oriental.....	25	50	12	(169)
					Andalucía Occidental...	17	60	21	(239)
					Canarias.....	13	65	15	(46)
<i>Tradicionalismo-progresismo:</i>									
Muy tradicionales.....	67	—	13	(3)					
Tradicionales.....	21	60	12	(912)					
Progresistas.....	9	75	12	(943)					
Muy progresistas.....	—	89	9	(44)					

Estudios de la entrevistada:

Ninguno.....	25	51	12	(197)
Primarios.....	16	67	12	(1.262)
Medios y profesionales ..	4	81	13	(314)
Superiores.....	5	84	11	(95)

Nivel ocupacional del marido:

Alto.....	2	88	10	(50)
Medio alto.....	6	78	15	(307)
Medio bajo.....	14	69	12	(511)
Trabajador especiali- zado.....	16	67	12	(670)
Trabajador no especiali- zado.....	25	55	10	(292)

Clase social subjetiva:

Alta.....	15	70	10	(20)
Media.....	12	73	13	(1.146)
Baja.....	17	63	13	(505)

Número de hijos e hijas nacidos vivos:

Ninguno.....	11	72	13	(149)
1.....	11	70	13	(392)
2-4.....	14	68	12	(1.202)
5-7.....	23	60	12	(132)
8 y más.....	48	37	4	(27)

Edad de la entrevistada:

15-19 años.....	20	80	—	(5)
20-24.....	11	68	17	(157)
25-29.....	11	74	12	(393)
30-34.....	13	70	13	(351)
35-39.....	15	65	12	(473)
40-45.....	20	65	10	(517)

Origen rural-urbano:

Rural.....	20	64	10	(816)
Semiurbano.....	12	68	12	(622)
Urbano.....	9	75	14	(242)
Metropolitano.....	5	76	16	(198)

NOTAS: A: No debe haber ningún tipo de información sobre métodos para limitar el número de hijos o espaciar su nacimiento.

B: Debe haber información amplia y completa sobre todos los métodos, dejando que cada cual los utilice o no según su conciencia.

C: A partir de un determinado número de hijos, la limitación de la natalidad debería ser obligatoria.

de natalidad, dejando que cada cual se responsabilice de su utilización.

Aunque en todas las regiones predomina, por supuesto, la opinión favorable a la existencia de información amplia y completa, destacan las regiones Catalano-Aragonesa, la Vasco-Cantábrica y Levante. A su vez, destacan Castilla la Vieja y Andalucía Oriental por las altas proporciones (28 y 35 % respectivamente) que son partidarias de que no exista ninguna información, y Andalucía Occidental por su alta proporción (21 %) favorable al control obligatorio de la natalidad a partir de un cierto número de hijas e hijos.

En resumen, y para terminar, las principales conclusiones que se pueden obtener del análisis que se ha presentado en este capítulo, son las siguientes:

1) La inmensa mayoría de las mujeres españolas, casadas, de quince a cuarenta y cinco años (ocho de cada diez), consideran que todos los matrimonios que puedan deben tener hijos o hijas. Esta opinión, sin embargo, es algo más débil entre las mujeres de clase social más alta, entre las de origen o residencia urbana y metropolitana, y entre las más jóvenes. Y es también más débil en las regiones Catalano-Aragonesa y Levante.

2) A pesar de lo anterior, algo más de la mitad de las mujeres entrevistadas opina que los matrimonios deben decidir el número de hijos e hijas que tienen y cuándo tenerlos, en lugar de simplemente tener los que vengan, tanto si son muchos como si son pocos. Esta opinión favorable al control de natalidad por parte de los matrimonios es más frecuente entre las mujeres más jóvenes, entre las de origen o residencia urbana y metropolitana, entre las de clase social más alta, y entre las que tienen experiencia laboral. Es también considerablemente más frecuente en Levante y, algo menos, poco más que el promedio, en las regiones Catalano-Aragonesa y Vasco-Cantábrica.

3) Casi la mitad de la muestra entrevistada afirma ser muy favorable o más bien favorable al control de natalidad, aunque una de cada tres mujeres aproximadamente está muy en contra o más bien en contra de ese control de natalidad. Las opiniones en contra suelen ser relativamente más frecuentes entre personas de clase social baja, entre las mujeres sin experiencia laboral, entre aquellas que tienen un origen o residencia rural, y entre las de más edad y las que ya tienen muchos hijos o hijas. Las opiniones en contra de

la planificación familiar son también más frecuentes en Canarias, Andalucía Oriental, y Castilla la Vieja.

4) Finalmente, ya en 1972, existe un consenso bastante amplio en que debe haber información amplia y completa sobre todos los métodos de control de natalidad, dejando que cada cual los utilice o no según su conciencia. Casi siete de cada diez mujeres opinan así, siendo aún mayor la proporción entre las mujeres con experiencia laboral, entre las de clase social más alta, entre las de origen o residencia urbana y metropolitana, y entre las más jóvenes. Las regiones Catalano-Aragonesa, Vasco-Cantábrica, y Levante, destacan también por su mayor aceptación de esa opinión.

Un resultado complementario de este análisis ha sido el de comprobar la utilización y validez de la escala tradicionalismo-progresismo en las actitudes hacia la familia, construida mediante un conjunto amplio de items que aquí no se ha analizado individualmente, ya que su relación con las opiniones y actitudes hacia el control de natalidad que se han examinado en este capítulo es siempre la que cabría esperar.



Tercera Parte

PAUTAS DE CONTROL

5. CONOCIMIENTO DE LOS METODOS

Hace ya varias décadas que, especialmente en el mundo occidental, se está prestando una atención cada vez mayor a los problemas de la natalidad, y, más específicamente, a las cuestiones planteadas por el control de la natalidad, o, más amplia y genéricamente, a la planificación de la familia. Conviene distinguir entre *control de natalidad* y *planificación familiar* porque, en nuestra opinión y en la de muchos especialistas que se ocupan de estos temas, la «planificación de la familia» es un concepto amplio que incluye tanto los comportamientos encaminados a no tener embarazos o nacimientos como a tenerlos, y, sobre todo, incluye los comportamientos relativos a cuándo tener los hijos e hijas, es decir, a su espaciamiento (sin que ello signifique necesariamente reducción de su número). Por el contrario, el concepto de «control de natalidad» suele ser más restringido, aplicándose generalmente a los aspectos negativos de la planificación, es decir, a cómo evitar tener hijos e hijas.

No es ahora cuestión de referirse al fenómeno que se ha venido en denominar «la explosión —o revolución— demográfica mundial» (1), pero es preciso recalcar que, independientemente de lo que cada uno piense sobre ese fenómeno, es un hecho indiscutible que el crecimiento de la población del mundo es, desde 1950 aproximadamente, de una rapidez hasta

(1) RONALD FREEDMAN, comp., *La revolución demográfica mundial* (México: Uteha, 1966).

entonces desconocida (con una tasa de crecimiento que puede duplicar la población del mundo cada 35 años) (2).

También es un hecho indiscutible que los países desarrollados han experimentado una disminución extraordinaria de su mortalidad y de su natalidad, logrando así tasas de crecimiento de su población más lentas. Pero, y esto es lo que muchas veces se pasa por alto, el ser humano consiguió «controlar» su mortalidad (en España, por ejemplo, se ha pasado de una esperanza de vida media al nacer de 35 años en 1900 a más de 70 años en la actualidad), sin que ninguna voz se alzara en contra, como es lógico. Pero cuando el ser humano ha pretendido «controlar» su natalidad, muchos han sido y son quienes se oponen a ello. Sin embargo, y como se ha señalado, los países desarrollados han reducido su mortalidad y su natalidad, siguiendo un proceso que se ha denominado «transición demográfica». Incluso nuestro país ha experimentado tal proceso, como ya hemos descrito en un capítulo anterior (3). ¿Y los países en vías de desarrollo o los no desarrollados? Es también algo indiscutible que todo país que se desarrolla desde perspectivas económicas y sociales cambia también desde el punto de vista demográfico, en el sentido de reducir su mortalidad y su natalidad, aunque el ritmo y la intensidad del cambio pueda variar algo de unos países a otros.

El profesor Ronald Freedman, uno de los investigadores más conocidos en el mundo en el campo de la sociología de la natalidad, ha señalado que las razones por las que se ha producido este interés antes señalado por la fecundidad humana durante las últimas décadas son las siguientes: 1) Existe una creciente toma de conciencia de que el factor problemático en el crecimiento de la población en la actualidad es la tasa de natalidad; 2) Se ha descubierto recientemente que la estructura por edades de una población depende mucho más de las tendencias de la natalidad que de las de mortalidad; 3) Los sociólogos han

(2) La población del mundo tardó 1.650 años en duplicarse desde comienzos de la era cristiana, volvió a duplicarse en sólo 200 años, luego en 100 años, y desde 1950 la tasa de crecimiento medio anual del 2 % permite una duplicación cada 35 años. Según los datos disponibles la población del mundo, de 3.782 millones de habitantes en 1972 si sigue creciendo a la actual tasa del 2 % anual, proporcionaría una población de 7.564 millones de habitantes en el año 2007, es decir, en sólo 35 años. Véase Population Reference Bureau, Inc., *Cifras de población mundial: 1972* (Bogotá: Oficina Regional para América Latina del PRB, 1972).

(3) Véase también JUAN DIEZ NICOLÁS, «La transición demográfica en España», *Revista de Estudios Sociales* 1 (1971).

recalcado una vez más las funciones esenciales de la familia incluso en una sociedad urbana e industrial, y 4) el desarrollo de la metodología desde la Segunda Guerra Mundial ha aumentado la posibilidad de muchos tipos de estudio sobre la natalidad (4).

Concretamente, y por lo que respecta a este último punto, se ha reconocido que, siendo la reducción de la natalidad, principalmente, algo atribuible al deseo de los seres humanos por hacerlo así, se hacía preciso estudiar y conocer las actitudes y opiniones de éstos que han dado lugar a tales comportamientos, ya que, si bien en unas circunstancias históricas concretas el ser humano ha decidido reducir voluntariamente su natalidad, no hay ninguna razón para eliminar la posibilidad de que en otras circunstancias decida hacer lo contrario. Esta es la razón que ha llevado a interesarse por conocer las actitudes y opiniones de los individuos respecto a la familia, la natalidad, la planificación familiar, etc. Pero además, reconociendo el especial protagonismo de la mujer en este hecho social, la mayoría de los investigadores se han ocupado de las actitudes, expectativas y deseos de éstas, y no de los varones. En definitiva, es la mujer quien, en última instancia, suele decidir sobre si tiene o no tiene hijos e hijas, aunque en esa decisión pueda influir con mayor o menor intensidad la opinión o el deseo de un varón.

Freedman, en la publicación antes citada, ha resumido las principales variables que, desde un punto de vista sociológico, influyen sobre la natalidad, es decir, sobre el comportamiento humano que resulta en un determinado nivel de la natalidad. Dichas variables son: 1) Los medios de control de la natalidad existentes, que se sitúan entre la organización social y las normas sociales, por una parte, y la natalidad por otra; 2) las normas sociales sobre cuál debería ser el tamaño de la familia; 3) las normas sociales sobre cada una de las «variables intermedias»; 4) todos aquellos aspectos importantes de la organización social que funcionen explícita o implícitamente para respaldar las normas sociales importantes que dependen del número de hijas e hijos en la unidad familiar; 5) otros aspectos de la organización social que influyan sobre la natalidad por su influencia sobre las normas o valores reales respecto a las variables intermedias, bien de manera indepen-

(4) RONALD FREEDMAN, «The sociology of human fertility: A trend report and bibliography», *Current Sociology*, vol. 10-11, n.º 2 (1961-62).

diente o a través de su efecto sobre las normas relativas a la natalidad; 6) el nivel de mortalidad, que determina el número y edades de nacimientos; 7) el nivel del saldo migratorio, que determina el número y edades de las personas disponibles para las familias y para la sociedad en su conjunto, y que influye así sobre la natalidad; 8) otros factores en el medio ambiente que influyan sobre las variables intermedias de manera inconsciente con las normas de natalidad (5).

En España se han realizado estudios sobre varias de estas variables, y de manera muy especial sobre las normas sociales relativas al tamaño ideal de la familia. Toda una tradición de estudios demográficos y sociológicos, desde Severino Aznar y Ros Jimeno, hasta los más recientes de Salustiano del Campo, Amando de Miguel, Jesús M. de Miguel, y Juan Díez Nicolás, están intentando desvelar la importancia de las diferentes variables que influyen sobre la natalidad y cómo influyen sobre ella (6)

Pero un hecho sobresale al ocuparse de estos temas, y nos ha llevado a ocuparnos de él con mayor detalle en la actualidad: la rápida y fuerte reducción de la natalidad en España durante la década de los años treinta, su posterior mantenimiento a un nivel bajo (aunque superior al de otros países desarrollados), y su nueva reducción en la década de los setenta. Es evidente que estas reducciones se han llevado a cabo mediante la utilización de medios de control de natalidad, que a su vez han respondido a ciertas actitudes y valores

(5) *Idem.*

(6) Véase, a título de ejemplo, SEVERINO AZNAR, «El problema de la natalidad en las clases sociales de Madrid y Barcelona», *Revista Internacional de Sociología* 20 (1947); JOSÉ ROS JIMENO, «El decrecimiento de la natalidad y sus causas», *Revista Internacional de Sociología* 7 (1944); JUAN DIEZ NICOLÁS, «Estatus socioeconómico, religión y tamaño ideal de la familia urbana», *Revista Española de la Opinión Pública* 2 (1965); «Evolución y previsiones de la natalidad en España» en Centro de Estudios Sociales, comp., *La familia española* (Madrid: Anales de Moral Social y Económica, 1967); Fundación FOESSA, comp., *Informe sociológico sobre la situación social de España 1970* (Madrid: Euramérica, 1970), pp. 78 y ss.; JESÚS M. DE MIGUEL, *El ritmo de la vida social: Análisis sociológico de la dinámica de la población en España* (Madrid: Tecnos, 1973); SALUSTIANO DEL CAMPO, «Composición, dinámica y distribución de la población española» en M. FRAGA, J. VELARDE y S. DEL CAMPO, comps., *La España de los años 70* (Madrid: Moneda y Crédito, 1972). Para más bibliografía sobre este tema en relación con España puede verse JUAN DIEZ NICOLÁS, «La transición demográfica en España», op. cit.; y JESÚS M. DE MIGUEL y MELISSA G. MOYER, *Sociology in Spain* (Londres: Sage, 1979).

que han determinado la reducción de la natalidad. Pero, ¿qué métodos se utilizan?, ¿quiénes los utilizan?, ¿por qué se utilizan? En este capítulo hemos procurado dar respuesta a algunas de estas preguntas.

FORMAS DE CONTROL DE NATALIDAD

En todas las sociedades humanas, y no sólo en las sociedades occidentales contemporáneas, se han utilizado y se utilizan medios para controlar la natalidad. Ello no significa, necesariamente, que el propio individuo sea consciente de las implicaciones que determinadas instituciones, normas o pautas de comportamiento puedan de hecho tener sobre la natalidad. Pero sigue siendo cierta la afirmación de que ninguna sociedad humana ha estado ni está libre de alguna forma de control de la natalidad, o, lo que es igual, ninguna sociedad ha alcanzado nunca el nivel potencial de reproducción implicado en su población.

Kingsley Davis y Judith Blake, en un artículo repetidamente citado por los sociólogos, se han referido a las relaciones que existen entre estructura social y natalidad, destacando la importancia que diversas formas de intervenir en la natalidad tienen en diferentes tipos de sociedad. Los autores citados, examinando el proceso reproductivo entre los seres humanos, señalan que se pueden diferenciar tres etapas: 1) las relaciones sexuales; 2) la concepción, y 3) la gestación y parto; y que, por consiguiente, se pueden descubrir los factores que influyen sobre cada una de esas etapas (7).

Los autores citados se refieren, por tanto, a los factores que influyen sobre la exposición a las relaciones sexuales, sobre la exposición a la concepción, y sobre la gestación y el parto con éxito. Así, entre los primeros, enumeran aquellos que regulan la formación y disolución de uniones en el período

(7) KINGSLEY DAVIS y JUDITH BLAKE, «Social structure and fertility: An analytic framework», *Economic Development and Cultural Change* 4 (1956). Existe una traducción en K. DAVIS, *La sociedad humana* (Buenos Aires: Eudeba, 1965), tomo 2, apéndice 2. No compartimos la traducción del término *fertility* por «fertilidad», ya que el sentido de ambos términos es totalmente diferente. Es ya tópico precisar que el término *fertility* debe traducirse por «fecundidad» o incluso por «natalidad», mientras que *fecundity* debe traducirse por «fertilidad» como opuesto a «esterilidad».

reproductivo (edad en que generalmente se presentan las relaciones sexuales, amplitud del celibato permanente, y parte del período reproductivo transcurrido después de las uniones o entre ellas, por interrupción a causa de divorcio, separación o abandono, o por disolución a causa de la muerte de uno de los cónyuges), y los que regulan la exposición a las relaciones sexuales dentro de las uniones (continencia voluntaria, continencia involuntaria, y frecuencia de la relación sexual). Sin entrar ahora en detalles respecto a cada una de estas variables intermedias, la evidencia disponible para las sociedades desarrolladas (incluido nuestro país), parecía demostrar que todas ellas son ahora relativamente favorables a una mayor natalidad (reducción de la edad al casarse, reducción de la proporción de célibes, menor número de uniones disueltas por muerte del cónyuge, menor continencia voluntaria o involuntaria, y mayor frecuencia de relación sexual); la única excepción sería, probablemente, la interrupción de uniones por divorcio, separación o abandono (aunque habría que discutir este tema separadamente).

Respecto a los factores que influyen sobre la exposición a la concepción, Davis y Blake mencionan: la fertilidad o esterilidad involuntaria, la utilización de anticonceptivos, y la fertilidad o esterilidad voluntaria. De estos factores, que son los que más preocupan a los sociólogos en la actualidad, parece que, salvo el primero, suelen tener una influencia negativa sobre la natalidad. En efecto, la esterilidad involuntaria ha disminuido, como consecuencia de la mejor asistencia sanitaria y de las innovaciones en productos farmacéuticos. Pero, qué duda cabe que la población conoce y utiliza, cada vez con mayor frecuencia, diferentes métodos anticonceptivos. En cuanto a la esterilidad voluntaria, aunque no es un rasgo exclusivo de nuestras sociedades urbano-industriales contemporáneas (recordemos, a título de ejemplo, el caso de los eunucos y sus equivalentes femeninos en otras sociedades), es también preciso reconocer que se está difundiendo su utilización como medio de limitar la natalidad.

En cuanto al grupo de factores que inciden sobre la gestación y el parto, los autores citados señalan la mortalidad fetal por causas voluntarias o involuntarias. Nuevamente, la mortalidad fetal involuntaria está siendo reducida, como consecuencia de la mejor asistencia sanitaria, mientras que la voluntaria (diversas formas de aborto provocado) está tomando creciente importancia en algunas sociedades desarrolladas,

aunque no tanto en nuestro país (aunque el problema es cada vez mayor), donde es totalmente ilegal.

Son pues los anticonceptivos, mecánicos o no, los que parecen hoy en día contribuir en mayor medida a la disminución de la natalidad en las sociedades desarrolladas y, por el breve comentario precedente, los que también se deben tomar en cuenta a la hora de explicar la reducción de la natalidad en nuestro país, pasada y futura (8).

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La tecnología de los anticonceptivos es ya bastante antigua, aunque algunos métodos concretos sean relativamente recientes. En un informe del *Population Council* se discuten los métodos anticonceptivos disponibles hoy en la mayoría de las sociedades desarrolladas, dando cuenta, para cada uno de ellos, de su historia, de su modo de actuación, de sus ventajas, sus inconvenientes, su eficacia, las razones de sus fallos y sus efectos secundarios y amplitud de utilización. Los métodos discutidos son diez: *coitus interruptus* (o mejor «coito interrumpido»), lavado vaginal, lactación (o lactancia) prolongada, preservativo o condón, diafragma vaginal, espermicidas, ritmo (Ogino-Knaus), anticonceptivos orales (*la pastilla*), dispositivos intrauterinos o DIU, y esterilización quirúrgica. Según los realizadores del informe, los tres primeros métodos pueden ser considerados como primitivos, los cuatro siguientes como tradicionales, los dos siguientes como modernos, el último como método permanente (9). Se podrían resumir simplíficadamente en la *Tabla 5.1* las principales características de estos métodos.

En otras palabras, e 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

(8) Sobre la historia de los anticonceptivos y su utilización en diferentes sociedades véase: N. E. HIMES, *Medical History of Contraception* (Baltimore: Williams and Wilking, 1936); ALFRED SAUVY, y cols., *Historia del control de nacimientos* (Barcelona: Península, 1972).

(9) SHELDON J. SEGAL, y CHRISTOPHER TIETZE, «Contraceptive technology: Current and prospective methods», en The Population Council, comp., *Reports on Population and Family Planning* (Nueva York: Population Council, 1971).

TABLA 5.1
PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE DIEZ METODOS DE CONTROL DE NATALIDAD

Métodos de control de natalidad	Antigüedad	Facilidad de utilización	Eficacia	Efectos físicos secundarios	Amplitud de utilización
Coito interrumpido	Muy antiguo	Muy fácil	Baja	Ninguno	Muy grande
Lavado vaginal	Antiguo	Fácil	Muy baja	Algunos	Pequeña y decreciente
Lactancia prolongada	Muy antiguo	Muy fácil	Muy baja	Algunos	Muy pequeña
Condón	Antiguo	Difícil	Alta	Muy raros	Muy grande
Diafragma	Moderno	Difícil	Alta	Muy raros	Grande y creciente
Espermicidas	Moderno	Difícil	Muy baja	Muy raros	Pequeña
Ritmo	Moderno	Fácil	Baja	Ninguno	Grande y decreciente
Pastilla	Muy moderno	Difícil	Muy alta	Bastantes	Grande y creciente
Dispositivos intrauterinos	Muy moderno	Muy difícil	Muy alta	Bastantes	Pequeña y creciente
Esterilización	Moderno	Muy difícil	Muy alta	Algunos	Pequeña y creciente

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. En la actualidad la utilización de la píldora está disminuyendo en los países desarrollados.

De los demás métodos, cuya utilización parece ser muy poco amplia, los dispositivos intrauterinos están difundiendo 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. La esterilización (sobre todo la masculina) se está difundiendo cada vez más en los países más desarrollados, y sobre todo en las clases altas.

Los otros tres métodos, lavado vaginal, lactancia prolongada y espermicidas, son de escasa utilización, de muy baja eficacia y de escasos o nulos efectos físicos secundarios.

Existen muchos otros métodos, algunos nuevos y otros que constituyen modificaciones de los existentes, en diferentes etapas de evaluación clínica o incluso de investigación. Así, entre los métodos que a principios de los años setenta estaban en etapa de evaluación clínica habría que mencionar las nuevas formas de esterilización quirúrgica de varones o mujeres, las nuevas formas de anticoncepción vaginal o intrauterina, la supresión de la ovulación, las prostaglandinas, y algunos otros métodos de utilización masculina.

A nivel de investigación en laboratorio podrían mencionarse diversos métodos basados en la supresión de la ovulación, en el transporte de los óvulos a través de las trompas,

en la biología del óvulo, en la función del *corpus luteum*, en la simulación miometrial, en la supresión de producción de esperma, en la capacidad fecundadora de los espermatozoos, en el fluido seminal humano, y en las feromonas.

Finalmente, entre los métodos posibles de control que se podrán utilizar en un futuro más o menos próximo, la citada publicación del *Population Council* se refiere a los siguientes:

De utilización femenina: 1) Píldora antiovulante mensual; 2) Inyección antiovulante mensual; 3) Anillo vaginal mensual; 4) Inyección antiovulante de largo plazo (tres o seis meses); 5) Implantación (intrauterina) antiovulante de largo plazo; 6) Progestina en dosis pequeñas pero continuas; 7) Inyección luteotrofina de largo plazo; 8) Mantenimiento del *corpus luteum* por inyección de relajante LTH; 9) Preparación oral mensual que cause luteolisis; 10) Inyección mensual que cause luteolisis; 11) Compresa vaginal que cause luteolisis o contracción uterina; 12) Utilización no regular de los métodos 9 ó 10; 13) Píldora antiprogestacional mensual; 14) Píldora antiprogestacional suave mensual; 15) Progestinas previas al coito; 16) Estrógeno o antiestrógeno oral posterior al coito; 17) Agente antizigótico oral posterior al coito; 18) Inmunización mediante antígenos del esperma; 19) Inyección de anticuerpos trasferidos pasivamente a HCG; 20) Inmunización mediante proteínas que ligan los esteroides; 21) Métodos mejorados para detectar la ovulación; 22) Relajación de óvulos prematuros; 23) Regularización de la ovulación mediante la utilización de sustancias inductoras de la ovulación natural; 24) Cierre de las trompas reversible; 25) Simplificación de la operación de ligazón de las trompas; 26) Infusión intrauterina de citotoxinas; 27) Preparación oral o parenteral que asegure partos múltiples a voluntad; 28) Determinación del sexo a voluntad por inmunización con antígeno de esperma Y; y 29) Determinación del sexo a voluntad por inseminación a voluntad.

De utilización masculina: 1) Implantación subdérmica para suprimir la espermatogénesis; 2) Inyección periódica de andrógeno de larga duración; 3) Implantación subdérmica de progestina; 4) Implantación subdérmica de antiandrógeno para prevenir la maduración epididimal del esperma; 5) Tableta oral de inhibidor sintético de la espermatogénesis; 6) Tableta oral que altere la constitución bioquímica del fluido seminal;

- 7) Inmunización mediante antígenos del esperma o testis;
- 8) Cierre reversible de los vasos dilatadores; y 9) Ligazón reversible de los vasos dilatadores.

De utilización masculina o femenina: 1) Utilización de antagonistas contra los factores relajadores de gonadotropina; 2) Inmunización con enzimas específicos para la función reproductora normal; 3) Administración oral de inhibidores químicos de la producción de factores relajantes; 4) Inmunización mediante gonodotropinas purificadas; 5) Administración oral de drogas antigonodotrópicas, y 6) Aplicación tópica de feromonas.

La investigación en este campo es importante, lo que demuestra hasta qué punto la natalidad será, en el futuro, una cuestión planificada por la voluntad del ser humano, ejerciendo su libertad y siendo responsable de ella. Nuestro interés en este tema es sociológico, es decir, interesa conocer cuáles son los métodos más conocidos y utilizados por los diferentes grupos de población, y algunas otras cuestiones relativas a su utilización. En definitiva, son analizados como elementos culturales, tecnológicos, cuya utilización o no utilización viene condicionada por toda una serie de valores, actitudes y opiniones sociales, que a su vez se reflejan en normas sociales —jurídicas o no— que la propia sociedad, o los grupos que en ella tienen la capacidad de imponerse a los demás, se encargan de hacer cumplir mediante las recompensas o sanciones sociales —que a veces son también jurídicas— correspondientes.

INVESTIGACION SOBRE CONTROL DE LA NATALIDAD

Pocos son los estudios que sobre estos temas se han llevado a cabo en España. Directamente parece que ha resultado difícil a aquellos que se lo han propuesto, por lo que se ha recurrido muchas veces a técnicas indirectas o aproximativas. Así, por ejemplo, Salustiano del Campo preguntó en una encuesta a médicos por sus opiniones sobre el control de la natalidad, pero también respecto a los métodos que, según ellos, utilizaban más sus clientes. Así, un 76 % de los médicos consultados admitirían el control de la natalidad en ciertos casos: por enfermedades que pongan en peligro la vida de

la madre (31 %), por enfermedades hereditarias de los padres, incompatibilidad sanguínea por factor RH, o hemofilia (26 %), por dificultades económicas (15 %), por no disminuir el nivel de vida familiar (2,6 %), y por razones estéticas de la mujer (0,7 %), mientras que el 24 % no admitiría el control en ningún caso (10).

Otros resultados interesantes, y en cierto modo sorprendentes, son los de que casi el 50 % de los médicos consultados afirmaron que nadie les consulta sobre el control de la natalidad, y que más del 60 % es de la opinión de que no sería conveniente que existiese mayor información sobre métodos de control de la natalidad (11).

Respecto a los métodos más usados, aparte del ritmo u Ogino, los médicos opinan que son el *coitus interruptus* (34 %), preservativos (25 %), y los medios químicos (pildora) (14 %); el resto se repartían, según el autor, entre lavados, la temperatura basal, la continencia y el aborto (12).

Casi la mitad de los médicos opinaban que todas las clases sociales utilizan métodos de control de la natalidad, pero un tercio afirma que su utilización se da principalmente en la clase alta. En cuanto a las causas principales que llevan a la utilización de los métodos, siempre en opinión de los médicos, serían: el egoísmo (48 %), las dificultades económicas (25 %), la falta de formación (19 %), y la mayor información sobre estos métodos (8 %) (13).

Estas preguntas indirectas, sin embargo, no permiten demasiados análisis, ya que no se sabe con precisión a quiénes se refieren los médicos al dar sus opiniones, si a mujeres jóvenes o mayores, si a mujeres de clases sociales altas o bajas, etc. Sin embargo, los anteriores datos fueron valiosos por lo que tuvieron de indicativos.

Algunos otros estudios se han referido al control de la natalidad de una manera más directa, pero al mismo tiempo más genérica. Nos referimos a estudios en los que se han preguntado las opiniones de los individuos, generalmente mujeres, respecto al control de la natalidad en general, pero sin entrar en detalles respecto a métodos concretos. Este es el caso, por

(10) SALUSTIANO DEL CAMPO, «Los médicos ante el problema de la limitación de la natalidad», *Revista Española de la Opinión Pública* 1 (1965): 28.

(11) *Ibidem*, p. 29.

(12) *Ibidem*, p. 30.

(13) *Ibidem*, p. 31.

ejemplo, de las opiniones respecto a la libertad absoluta en el control de nacimientos en una encuesta en Madrid en 1965 (14).

En una encuesta representativa realizada en Madrid en la década de los setenta, un 15 % de los varones y de las mujeres afirmaban que no se debía permitir el control de la natalidad en ningún caso, alrededor de un 30 % afirmaba que se debía permitir en la forma autorizada por la Iglesia, un 26 % decía que se debe permitir por cualquier medio sólo cuando existan razones graves, y, finalmente, un 20 % de los varones y un 11 % de las mujeres creían que debe haber libertad para tener o no hijas e hijos (15). Como se ve, la opinión de los médicos, antes señalada, es más negativa que la del público, en general, respecto a permitir las prácticas de control de natalidad.

Amando de Miguel, realizador del *Informe sociológico sobre la situación social en España* en 1970 (16), se ocupó igualmente del tema de forma general, sin abordar la cuestión de los variados métodos concretos de planificación o control. Así, las amas de casa estudiadas, procedentes de una muestra nacional (excluyente de Canarias), afirmaban mayoritariamente que se deben tener los hijos e hijas «que vengan» (63 %). Un 39 % de las mujeres no eran partidarias del empleo de métodos anticonceptivos en ningún caso, un 37 % lo serían en el caso de existir peligro para la madre, un 11 % si existen dificultades económicas, y un 13 % si existe acuerdo entre los esposos. En cuanto a la opinión sobre los médicos que indican métodos para controlar la natalidad, las amas de casa opinaban así: una pequeña minoría (7 %) creían que eso es lo que deben hacer, una mayoría (49 %) opinan que depende de los casos, otra minoría (9 %) que se salen de su obligación, y una proporción muy significativa (36 %) afirmaba que no deben hacerlo. Esta investigación patrocinada por la Fundación FOESSA se atrevió a plantear ya, de alguna forma, el tema de la píldora. En efecto, a la pregunta de si se puede hablar del tema de la píldora, un 24 % afirma que es un tema como otro cualquiera; un 27 % dice que se puede hablar,

(14) JUAN DIEZ NICOLÁS, «Estatus socioeconómico, religión y tamaño ideal de la familia urbana», op. cit. Véase también, LUIS GONZÁLEZ SEARA, y JUAN DIEZ NICOLÁS, «Progresismo y conservadurismo en el catolicismo español», *Anales de Sociología* 1 (1966).

(15) L. GONZÁLEZ SEARA y JUAN DIEZ NICOLÁS, «Progresismo ... op. cit.», p. 58.

(16) Fundación FOESSA, comp., *Informe sociológico ... op. cit.*

dentro de ciertos límites; un 41 % opina que no se puede hablar, y un 8 % no conoce la píldora. Pero, además, se preguntó incluso la opinión sobre la utilización de la píldora por un matrimonio no católico (aunque sólo a las mujeres casadas que dijeron que se podía hablar del tema, es decir, a la mitad de la muestra, aproximadamente). Pues bien, un 8 % contestó que era el mejor sistema, un 19 % afirmó que era un método igual a otro cualquiera, un 25 % opinaba que era muy perjudicial, y un 46 % que no se debe controlar el número de hijos e hijas. Finalmente, y a este mismo grupo reducido de mujeres, se les preguntó si tomarían la píldora en el caso de que la Iglesia Católica lo permitiera; un 16 % contestaron afirmativamente (17). Las respuestas a todas estas preguntas, que en el informe citado son analizadas e interpretadas según diferentes variables socioeconómicas, han constituido, sin lugar a dudas, un primer paso importante sobre el tema; entre otras cosas puso de manifiesto que, al menos en algunos sectores, se podía hablar sobre control de natalidad y más concretamente sobre la píldora. Podemos decir que ello nos animó a plantearnos la posibilidad de llevar a cabo en España, a principios de la década de los setenta, una investigación por encuesta cuyo único y exclusivo tema fuese el de la natalidad y la planificación, en toda su profundidad.

Existen asimismo algunos intentos por conocer, y también de manera indirecta, la utilización de ciertos métodos, y más concretamente aquellos que requieren ser vendidos en farmacias. Ejemplo de este tipo de estudios es la estimación sobre utilización de anticonceptivos orales realizada por el *Population Council* hace ya algunos años. Según esta estimación, basada en datos de producción y distribución de dichos anticonceptivos, para 1967, el número de dichos anticonceptivos orales distribuidos en España por cada 100 mujeres de 15 a 44 años era de 2,1 frente a 25,7 en Oceanía, 24,5 en América del Norte, 15,0 en los Países Bajos, 8,2 en Argentina, etc. (18).

Parecía entonces necesario abordar este tema de una forma científica y más directa, o al menos lo directa que los propios sujetos de observación permitiesen. Es así como, en 1971, y mediante una ayuda de investigación concedida por la Fun-

(17) *Ibidem*, pp. 481-487 y 505-514.

(18) The Population Council, «Commercial production and distribution of contraceptives», en *Reports on Population and Family Planning* (Nueva York: Population Council, 1970).

dación Ford, Juan Díez Nicolás realizó un estudio sociológico sobre *Natalidad y planificación en España*.

CONOCIMIENTO DE LOS METODOS

La investigación, ya mencionada en capítulos anteriores, se basó en una muestra nacional representativa de mujeres casadas de 15 a 44 años, y el número total de entrevistas utilizadas para el análisis fue de 1.902. El riguroso procedimiento muestral garantiza la representatividad nacional, y permite precisar los resultados para un conjunto de variables importantes a las que luego nos referiremos. Los cuestionarios fueron aplicados por entrevistadores individualmente, y la duración media de cada entrevista fue de casi hora y media. Con el fin de dar una idea de la riqueza de la información obtenida, baste con señalar que se utilizaron seis fichas perforadas por cada cuestionario.

Los datos que a continuación se comentan forman parte de un elaborado proyecto en el que se ha partido de un modelo teórico que especifica unos objetivos, unas variables independientes, otras intervinientes o intermedias, y otras dependientes, que formula unas hipótesis, que operativiza unos conceptos, y que, en definitiva, ha utilizado el cuestionario como un instrumento para la recogida de los datos, y no como fin en sí mismo (19). El proyecto, que comenzó en julio de 1971, exigió tres meses de formulación teórica, tres meses de construcción de cuestionario, tres meses de recogida de datos, tres meses de tabulación de los mismos. A partir de julio de 1972 se comenzó la construcción de índices y la interpretación y análisis de algunos de sus resultados (20).

Una gran mayoría de las mujeres entrevistadas (82 %) afirman en 1972 que todas las parejas que puedan tener hijos o hijas deberían tenerlos. Casi la mitad de las entrevistadas (42 %) están a favor de planificar el número o el espaciamiento de los embarazos, pero casi un tercio (30 %) se oponen al control de natalidad. En general, las opiniones favorables a la planificación son más frecuentes, proporcionalmente, entre las mujeres más jóvenes y las de clase social más alta. Por otra parte, el 24 % de la muestra cree que la mayoría de la gente

(19) JUAN DIEZ NICOLÁS, «Natalidad y planificación familiar en España: Primer informe», mimeo (noviembre 1971).

(20) JUAN DIEZ NICOLÁS, «Natalidad y planificación familiar en España: Segundo informe», mimeo (diciembre 1972).

con que se relaciona utilizan algún método para planificar el número de nacimientos que tienen, el 36 % opina lo mismo de la mayoría de la gente en general, y el 59 % opina así respecto a las personas importantes y famosas.

Además, más de la mitad de las mujeres entrevistadas (el 52 %) cree que los matrimonios deberían decidir el número de hijos e hijas que tienen y cuándo tenerlos, e incluso el 61 % ha hablado con su marido sobre planificación familiar, aunque un 42 % nunca ha leído, visto u oído nada sobre planificación de la familia en la prensa, la radio, la televisión o en cualquier otro lugar. Sólo una pequeña minoría (15 %) cree que no debería existir ningún tipo de información sobre control de natalidad, y una proporción similar (12 %) opina que ese control debería ser obligatorio después de un cierto número de hijas e hijos; pero la gran mayoría, un 68 %, afirma que debería haber suficiente información y que la gente debería ser libre para decidir si tiene o no tiene descendencia.

Una de las variables cruciales del estudio era el grado de conocimiento y las opiniones que las entrevistadas tuvieran sobre los diferentes métodos de control de la natalidad. A este respecto debemos señalar que en el *pretest* se comprobó que no resulta aconsejable formular ninguna pregunta directa sobre utilización de algún método concreto, pues el recelo que tal pregunta despertaba podía invalidar el resto de las respuestas al cuestionario. Consideramos, sin embargo, que la información obtenida es suficientemente valiosa, y que en algún estudio posterior se pueda acometer nuevamente esa tarea.

El procedimiento seguido consistió en entregar a cada entrevistada una tarjeta donde se señalaban diversos métodos de control de la natalidad, numerados de la siguiente forma: 1) interrupción, *coitus interruptus*; 2) preservativo; 3) lavado vaginal; 4) continencia periódica, Ogino; 5) productos farmacéuticos: píldora, inyecciones; 6) ciertos instrumentos: pesario, diafragma, etc.; 7) otros: ¿cuál? (21). A continuación se le

(21) Se excluyeron algunos métodos, como la *lactancia prolongada*, porque muchas mujeres no serían conscientes, probablemente, de que se utiliza o puede utilizar como tal; y los *espermicidas* y *dispositivos intrauterinos* (DIU o esteriletes) por su escasa difusión en nuestro país, al igual que ocurre con la *esterilización* quirúrgica voluntaria. Sin embargo, se incluyó el *diafragma*, a pesar de no estar en venta en España a principios de los años setenta, por dos razones: porque, especialmente en ciertos estratos de la población, era conocido e incluso utilizado; y para servir de elemento de control sobre la fiabilidad de las respuestas a los otros métodos. Estas dos suposiciones fueron luego bastante útiles en el análisis.

preguntaba literalmente: «Como Vd. sabe, existen diversos métodos que utiliza la gente para no tener hijos por motivos de salud o económicos, o porque así lo quieren ellos. Independientemente ahora de que sean buenos o malos, ¿le importaría decirme, de esta lista, cuáles de ellos conoce Vd., aunque sólo sea de oídas y con poco detalle? Si lo desea, y para mayor rapidez, puede simplemente indicarme el número que tiene en la lista». A continuación se preguntaba «¿Cuál diría usted que es el método más utilizado en España?» «¿Cuál de ellos cree Vd., por lo que haya oído, que es el más eficaz?» «¿Y cuál el menos eficaz?» «¿Hay alguno que Vd. crea que es peligroso para la salud?» «¿Cuáles cree Vd. que son más difíciles de adquirir en España?», y finalmente, «¿Cuáles están permitidos por la Iglesia Católica?».

Es evidente que la contestación a la primera pregunta condicionaba en cierto modo las siguientes, ya que, aquellas personas que no conocían, o decían no conocer, ningún método, o que sólo conocían alguno, se encontraban imposibilitadas o limitadas para contestar el resto de las preguntas. La *Tabla 5.2* recoge una panorámica general de los resultados obtenidos para el total de la muestra.

TABLA 5.2

CONOCIMIENTO Y OPINIONES SOBRE DIFERENTES
METODOS DE CONTROL DE NATALIDAD EN 1972
(En porcentajes)

PORCENTAJE DE ENTREVISTADAS QUE:	Coitus interrumpidos	Preservativo	Ducha vaginal	Ogino	Píldora	Diafragma	Otros	No contestan
Han oído hablar.....	35	42	29	58	72	16	2	21
Consideran:								
Más utilizado en España	11	11	2	23	20	0	0	40
Más eficaz.....	5	8	1	6	35	1	0	45
Menos eficaz.....	5	2	5	29	2	1	0	57
Peligroso.....	6	3	2	1	41	4	0	49
Más difícil de encontrar	0	1	0	0	27	6	0	67
Permitidos por la Iglesia	3	3	2	38	3	0	1	58

Siendo así que todos los investigadores han reconocido la dificultad de preguntar sobre estos temas tan delicados en nuestro país, a la primera pregunta, sobre métodos que conocían, sólo un 21 % no ha contestado en absoluto. Por supuesto que las entrevistadas que no contestaban pertenecen a ciertos grupos de la población, como luego veremos. Por supuesto, también, que siendo esa la proporción que no contestaba a la pregunta de cuáles eran los métodos que conocía, las sucesivas proporciones de sin respuesta tenían que ser, al menos, de esa magnitud; además, muchas de las entrevistadas que conocían algún método podían no conocer algunas de las cuestiones que sobre ellos se preguntaban; finalmente, no hay que descartar, en absoluto, la posibilidad de que muchas de las entrevistadas no quisieran responder a esas preguntas más concretas. Examinando los datos del cuadro anterior se puede observar, no sin cierta sorpresa, que el método más conocido es el de la píldora: tres de cada cuatro mujeres consultadas afirman haber oído hablar de ella. Es cierto que puede haber cierto sentido de pudor que impida afirmar que se conocen algunos otros métodos, pero no creemos que el argumento fuese válido respecto al método del ritmo u Ogino, que en cierto modo sería el que menos valoraciones podría suscitar. Por tanto, el hecho de que se afirme conocer la píldora en mayor proporción que el Ogino creemos que puede interpretarse como reflejo de la realidad. Nuestra impresión personal es que las discusiones que en estos últimos años han tenido lugar sobre las ventajas e inconvenientes de la píldora en los medios de comunicación de masas han contribuido extraordinariamente a que el público se enterase de su existencia. El condón y el *coitus interruptus* presentan un nivel similar pero considerablemente más bajo de conocimiento entre las entrevistadas, lo cual puede deberse, efectivamente, a un menor grado de difusión (a nivel de conocimiento), pero también a una cierta valoración negativa de los mismos, que impediría incluso reconocer que se conoce su existencia. En cuanto a los lavados o duchas vaginales y el diafragma, parece bastante plausible que sean métodos muy poco conocidos. Los lavados y duchas vaginales han sido siempre más conocidos en una sociedad como la francesa, pero han sido tradicionalmente menos conocidos en nuestro país, salvo en estratos relativamente superiores de la población. En cuanto al diafragma, nos ha sorprendido mucho encontrar una proporción alta de entrevistadas que dijeran conocerlo, teniendo en

cuenta que es un producto que hasta muy recientemente no se podía adquirir en España. En realidad, este último dato nos ha proporcionado bastante seguridad en la validez de los resultados, pues indica que las entrevistadas no han contestado de una forma caprichosa a las preguntas (decir que se conocían o no todos los métodos, sin pensar bien en lo que se contestaba). Precisamente, a la hora de redactar el cuestionario se pensó en incluir los dispositivos intrauterinos y el diafragma, pero, siendo ambos métodos muy poco conocidos (por poco difundidos) en nuestro país en esas fechas, se decidió incluir sólo uno de ellos, con el fin de contrastar, en cierto modo, la fiabilidad de las respuestas.

Sin embargo, y por interesantes que pudieran parecer esos resultados, nuestro principal interés consistía en averiguar las diferencias que pudiesen existir entre los diferentes grupos de la población. Así, se vieron las diferencias en el conocimiento de cada uno de estos métodos en función de la edad de las entrevistadas, de su origen rural-urbano, de su actual residencia rural-urbana, de la región, del nivel de estudios alcanzado, del nivel ocupacional del marido, de la clase social subjetiva, de la experiencia laboral pasada y presente y de las expectativas de trabajo en el futuro, de los ingresos familiares, y de sus actitudes tradicionales o progresistas hacia la familia. Por supuesto se podrían haber tenido en cuenta otros factores (y de hecho se han tenido en cuenta), pero estos han parecido suficientes para los comentarios que aquí se querían ofrecer. Por otra parte, sólo señalaremos los aspectos más sobresalientes del análisis efectuado.

Por lo que respecta a la edad, la proporción que dice conocer cada método sigue el mismo orden anteriormente señalado, sea cual sea el grupo de edad (véase la *Tabla 5.3*). Es decir, en cada uno de los grupos de edad se afirma conocer más la pildora, luego el ritmo, el condón, el *coitus interruptus*, el lavado, y el diafragma. Por otra parte, las proporciones de mujeres que conocen cualquier método son siempre superiores entre las más jóvenes que entre las de más edad. Es decir, entre las mujeres de menos de 35 años, la proporción que conoce cualquier método es superior a la proporción correspondiente de las de más de 35 años. Las mujeres casadas jóvenes, por tanto, saben más (o dicen saber más) sobre métodos de control de la natalidad; así, entre las mujeres de 20 a 44 años, la proporción que dice conocer la pildora es de un 79 %, y la proporción que dice conocer el diafragma

TABLA 5.3

CONOCIMIENTOS DE LOS DIFERENTES METODOS DE CONTROL DE NATALIDAD, POR GRUPOS DE EDAD, EN 1972

Métodos de control	Edad de la entrevistada en años						Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-45	
<i>Coitus interruptus</i> .	40 %	37	34	36	37	31	35 %
Preservativo	60	46	41	42	42	40	42
Lavado o ducha vaginal	40	36	27	33	27	27	29
Ogino	40	55	61	62	57	54	58
Píldora	80	79	73	74	70	69	72
Diafragma	40	19	16	16	16	16	16
Otros	—	1	3	2	3	2	2
No contestan	20	19	19	19	23	25	21
TOTAL	(75)	(157)	(393)	(351)	(473)	(517)	(1.902)

es de un 19 %. (La única excepción parece ser el ritmo, pues las de 30 a 34 años lo conocen en mayor proporción que las de 20 a 29 años.)

El origen rural-urbano de las entrevistadas también parece tener importancia, como puede verse en la *Tabla 5.4*. Considerando cuatro grandes categorías, rural, semiurbana, urbana y metropolitana, se observa que el orden en que se conoce cada método no varía del señalado anteriormente para el conjunto de la muestra. La única excepción es que, en el estrato metropolitano, la proporción de mujeres que conoce el lavado vaginal es superior a la proporción que conoce el *coitus interruptus*. Ello no es de extrañar, teniendo en cuenta que el lavado vaginal constituye un método que presupone quizás una mayor cultura sanitaria e higiénica, mientras que el *coitus interruptus* ha sido siempre considerado como un método más rudimentario y primitivo. En general, por otra parte, la proporción de mujeres que conoce cualquier método es superior a medida que se pasa de categoría rural a metropolitana. Es preciso señalar que apenas si existen diferencias respecto al conocimiento que existe entre las mujeres del estrato metropolitano de origen, siendo incluso superior entre mujeres de origen urbano, por lo que respecta al preservativo, el Ogino,

la píldora y el diafragma. Podría aventurarse la hipótesis de que muchas de las mujeres de origen metropolitano proceden de familias emigrantes, pero las diferencias podrían también atribuirse a diferencias de edad o a diferencias en alguna de las otras características que luego examinaremos y que hacen que la composición de la población en ambos estratos sea algo diferente.

TABLA 5.4
CONOCIMIENTO DE LOS DIFERENTES METODOS
DE CONTROL DE NATALIDAD, POR ORIGEN
RURAL-URBANO, EN 1972

Métodos de control	Origen Rural-Urbano				Total
	Rural	Semi-Urbano	Urbano	Metropolitano	
<i>Coitus interruptus</i>	30 %	35	40	44	35 %
Preservativo	33	41	58	57	42
Lavado o ducha vaginal	23	28	38	47	29
Ogino	46	63	75	71	58
Píldora	63	75	86	79	72
Diafragma	10	19	24	23	16
Otros	1	3	4	2	2
No contestan	28	18	12	16	21
Total	(816)	(622)	(242)	(198)	(1.902)

Considerando seis categorías o estratos, según el tamaño del municipio en que ahora viven las entrevistadas (menos de 2.000 habitantes, de 2.000 a 10.000 habitantes, de 10.000 a 50.000 habitantes, de 50.000 a 250.000, más de 250.000 habitantes —excluidas Madrid y Barcelona—, y Madrid y Barcelona), se observa asimismo que el orden en que se conocen los métodos es igual que en la muestra en su conjunto. (Véase la *Tabla 5.5.*) La única excepción es la de que, en Madrid y Barcelona, se conoce más el lavado vaginal que el *coitus interruptus*, se en los núcleos de más de 250.000 habitantes se conoce por igual ambos métodos. Por otra parte, el porcentaje que conoce cualquier método es mayor cuanto ma-

yor es el tamaño del municipio de residencia, aunque, generalmente, el conocimiento es mayor entre las mujeres que residen en los núcleos de más de 250.000 habitaciones que en Madrid y Barcelona, cosa que, nuevamente, podría explicarse por la condición de inmigrantes procedentes de un medio rural de muchas de las mujeres entrevistadas en Madrid y Barcelona, o también a la mayor juventud de la población entrevistada en esta dos ciudades (en 1971).

TABLA 5.5
CONOCIMIENTO DE LOS DIFERENTES METODOS
DE CONTROL DE NATALIDAD, POR TAMAÑO
DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA, EN 1972

Métodos de control	Tamaño del municipio de residencia						TOTAL
	Menos de 2.000 habitantes	De 2.000 a 10.000 habitantes	De 10.000 a 50.000 habitantes	De 50.000 a 250.000 habitantes	Más de 250.000 habitantes	Madrid y Barcelona	
<i>Coitus interruptus</i> .	22 %	28	34	47	36	38	35 %
Preservativo	25	32	38	53	56	52	42
Lavado o ducha vaginal	19	19	24	38	36	43	29
Ogino	41	46	59	67	72	67	58
Píldora	51	62	75	82	82	78	72
Diafragma	12	10	16	19	26	22	16
Otros	2	1	4	—	5	2	2
No contestan	39	27	19	14	14	17	21
Total	(203)	(469)	(395)	(367)	(16)	(271)	(1.902)

Según la región de residencia se observa también que, dentro de la línea general, sin embargo, en Vasco-Cantabria se conoce más el *coitus interruptus* que el condón, mientras que en Castilla la Vieja y en la región Catalano-Aragonesa se conoce más el diafragma que el lavado vaginal. (Esto último, en realidad, puede que se deba no tanto a un mayor conocimiento del diafragma como a un escaso cono-

cimiento del lavado vaginal.) En la *Tabla 5.6* puede verse que las dos regiones en que parece haber un mayor conocimiento de cualquier método son la Vasco-Cantábrica y Canarias; en la primera se dan los mayores conocimientos de *coitus interruptus*, ritmo, y píldora, mientras que en la segunda se conocen más los otros tres que en cualquier otra región. Este último hallazgo sorprende bastante, especialmente cuando se sabe que las Islas Canarias son las provincias con mayor tasa de natalidad en el país; la explicación podría estar en la gran juventud de su población, que probablemente se ha visto reflejada en la composición de la muestra de la población entrevistada en aquella región. Las regiones, por otra parte, donde se encuentran las proporciones más bajas de conocimiento sobre cualquier método son Castilla la Vieja y Andalucía Oriental.

Los diferentes indicadores de clase social (nivel de estudios de la entrevistada, nivel ocupacional del marido, clase social subjetiva, e ingresos familiares mensuales) parece relacionarse de manera similar con el grado de conocimientos sobre métodos de control de natalidad (*Tabla 5.7*). El orden suele ser invariable, es decir, el ya señalado, aunque el ritmo se conoce en 1972 más que la píldora entre las mujeres de estudios superiores, y entre las mujeres cuyos maridos ocupan niveles ocupacionales altos. De igual forma, el *coitus interruptus* parece ser más conocido que el condón entre aquellas mujeres cuyos maridos tienen un nivel ocupacional alto y entre aquellas mujeres que se identifican con una clase social alta. En general, la proporción de mujeres que conoce cualquier método es superior cuanto mayor es su nivel de estudios, el nivel ocupacional de su marido, la clase social con que se identifica, y los ingresos familiares mensuales. Sin embargo, existen algunas diferencias interesantes. Así, por ejemplo, las mujeres con estudios medios o profesionales conocen más el ritmo y la píldora que las mujeres con estudios superiores (lo cual puede ser simplemente debido al escaso número de mujeres con estudios superiores en la muestra). Las mujeres cuyos maridos tienen un nivel ocupacional medio alto pueden conocer en mayor proporción el condón, el ritmo y la píldora que las mujeres cuyos maridos tienen un estatus ocupacional alto. De manera similar, las mujeres que se identifican con la clase media parecen conocer el condón, el ritmo y la píldora en mayor proporción que las mujeres de clase alta. Y, finalmente, las mujeres con ingresos familiares mensuales entre 20.000 y

TABLA 5.6

CONOCIMIENTO DE LOS DIFERENTES METODOS DE CONTROL DE LA NATALIDAD,
POR REGION DE RESIDENCIA

METODOS DE CONTROL	REGION DE RESIDENCIA									TOTAL
	GALICIA	VASCO- CANTABRICA	CASTILLA LA VIEJA	CATALANO- ARAGONESA	LEVANTE	CASTILLA LA NUEVA- EXTREMADURA	ANDALUCIA ORIENTAL	ANDALUCIA OCCIDENTAL	CANARIAS	
<i>Coitus interruptus</i>	32 %	53	15	30	41	33	24	41	43	35 %
Preservativo	44	50	19	40	44	41	32	52	61	42
Lavado o ducha vaginal	30	38	17	36	29	29	18	21	41	29
Ogino	52	70	50	68	64	52	38	54	63	58
Pildora	66	84	61	75	72	67	62	78	78	72
Diafragma	9	21	10	20	14	16	20	13	22	16
Otros	1	3	—	1	7	2	1	2	7	2
No contestan	25	15	34	17	23	26	33	10	22	21
TOTAL	(131)	(219)	(152)	(362)	(211)	(344)	(169)	(239)	(46)	(1.902)

30.000 pesetas parecen conocer más el ritmo y la píldora que las que tienen ingresos superiores a las 30.000 pesetas mensuales. Todas las excepciones citadas, como puede comprobarse, apuntan en la misma dirección, lo cual parece que no debe atribuirse a la casualidad; en efecto, parece como si las mujeres de clase media o media alta tuviesen un mayor conocimiento de los métodos de control de natalidad que las de clase alta, y especialmente respecto a los tres métodos más conocidos: píldora, ritmo y condón. Pues bien, si es que se puede inferir que un mayor conocimiento de ciertos métodos puede también significar una mayor utilización, el hallazgo sería congruente con lo que se sabe de otros estudios; en efecto, por lo que respecta a España, desde los estudios de Severino Aznar hasta ahora se ha venido comprobando que es la clase media (bien porque intenta defender un estatus adquirido recientemente, bien porque aspira a elevarse aún más en la escala social, es decir, porque aspira a la adquisición de un estatus más alto) la que tiene una natalidad más baja, unos ideales de tamaño de familia más bajos, unas expectativas más bajas de hijos e hijas, unos deseos también más bajos, etcétera. En resumen, que la relación entre clase social y natalidad sería curvilínea, con mínimos precisamente en la clase media, y no tanto por la relación misma entre estatus y natalidad, como porque son los de la clase o estratos medios los que tienen las mayores aspiraciones y expectativas de movilidad social. Bajo esta perspectiva, entonces, parece que tiene sentido que sean las mujeres que pertenecen a esas clases medias o medias-altas, las que tienen mayores conocimientos sobre los métodos de control de natalidad (y posiblemente sean ellas también las que más los utilicen, aunque esto sea ya una inferencia no respaldada por los datos aquí disponibles).

La experiencia laboral de la mujer también se ha comprobado en otros estudios que está bastante relacionada con la natalidad, y era, pues, previsible que lo estuviese con el grado de conocimientos sobre métodos de control. (Véase los datos de la *Tabla 5.8*). En efecto, aparte de que el orden en que pueden clasificarse los métodos, según su grado de conocimiento, no varía si las mujeres han trabajado o no, si trabajan en la actualidad o no, y si piensan trabajar en el futuro, se observa también que, para cada método, la proporción que lo conoce es superior entre las mujeres que han trabajado, están trabajando, o piensan trabajar, que entre las que nunca

TABLA 5.7

CONOCIMIENTO DE LOS METODOS DE CONTROL DE NATALIDAD, POR DIFERENTES INDICADORES DE CLASE SOCIAL, EN 1972

	METODOS DE CONTROL								TOTAL
	COITUS INTERRUPTUS	PRESERVATIVO	LAVADO ODUCHA VAGINAL	OGINO	PILDORA	DIAFRAGMA	OTROS	NO CONTESTAN	
TOTAL	35	42	29	58	72	16	2	21	(1.902)
<i>Nivel de estudios de la entrevistada:</i>									
Ninguno	22	29	10	31	53	8	1	36	(197)
Primarios	31	38	26	54	70	13	2	23	(1.268)
Medios y profesionales	49	59	43	86	89	30	3	9	(314)
Superiores	63	66	55	82	81	36	6	16	(95)
<i>Ocupación del marido:</i>									
Estatus ocupacional alto	56	50	52	76	74	38	6	24	(50)
Estatus ocupacional medio alto	51	61	47	84	87	26	1	10	(307)
Estatus ocupacional medio bajo	32	41	26	64	75	15	3	17	(511)
Trabajadores especializados . . .	33	40	28	52	69	16	1	23	(670)
Trabajadores no especializados	21	24	14	31	56	8	2	37	(292)

Clase social subjetiva:

Alta	55	40	35	60	63	25	—	25	(20)
Media	38	47	35	68	80	20	3	15	(1.146)
Baja	31	34	20	43	61	12	1	30	(505)

Ingresos familiares mensuales:

Menos de 6.000 pesetas	22	28	14	33	50	9	1	42	(347)
De 6.000 a 12.000	35	41	27	56	72	16	2	19	(758)
De 12.000 a 20.000	39	45	36	70	81	17	2	14	(410)
De 20.000 a 30.000	49	61	47	85	89	29	4	9	(188)
Más de 30.000	57	64	51	80	85	36	8	15	(74)
Sin respuesta	18	28	17	46	69	9	2	27	(125)

TABLA 5.8

CONOCIMIENTO DE LOS DIFERENTES METODOS DE CONTROL DE NATALIDAD POR EXPERIENCIA LABORAL DE LA ENTREVISTADA, EN 1972

Métodos de control	Experiencia laboral de las entrevistadas			Total
	Han trabajado	Están trabajando	Esperan trabajar en el futuro	
<i>Coitus interruptus</i>	36	44	36	35
Preservativo	44	48	44	42
Lavado o ducha vaginal	32	35	32	29
Ogino	58	63	55	58
Pildora	73	75	71	72
Diafragma	16	20	18	16
Otros	2	3	3	2
No contestan	21	20	23	21
Total	(1.098)	(301)	(548)	(1.902)

han trabajado, no están ahora trabajando, o no piensan trabajar en el futuro. La única excepción se refiere a que las mujeres que no piensan trabajar en el futuro conocen el ritmo y la pildora, en mayor proporción que las que sí piensan trabajar. Por otra parte, puede también destacarse que el conocimiento es superior entre las que ahora trabajan que entre las que han trabajado o esperan trabajar, sin que existan diferencias perceptibles entre estos dos últimos grupos.

No existen diferencias entre mujeres tradicionales y progresistas (según un índice construido al efecto) por lo que respecta al orden en que conocen los diferentes métodos, pero, como puede verse en la *Tabla 5.9*, los porcentajes que conocen cualquier método son superiores entre las progresistas que entre las más tradicionales (22).

(22) El índice de actitudes *tradicionales/progresistas* hacia la familia se ha basado en un conjunto de diez proposiciones sobre las cuales la entrevista podía manifestar su grado de acuerdo o desacuerdo mediante una escala de cinco puntos. La construcción del índice aparece en JUAN DIEZ NICOLAS, «Natalidad y planificación familiar en España: Segundo informe», op. cit. Como se puede observar las actitudes muy progresistas o muy tradicionales son escasas, pero las otras dos categorías —menos extremosas— se reparten casi mitad por mitad a la muestra.

TABLA 5.9

CONOCIMIENTO DE LOS DIFERENTES METODOS
DE CONTROL DE NATALIDAD, POR
TRADICIONALISMO-PROGRESISMO
HACIA LA FAMILIA, EN 1972

Métodos de control	Tradicionalismo-Progresismo hacia la familia				Total
	Muy tra- dicionales	Tradi- cionales	Progresivos	Muy Progresivos	
<i>Coitus interruptus</i>	—	28	41	45	35
Preservativo	—	34	49	45	42
Lavado o ducha vaginal	—	21	35	43	29
Ogino	33	47	69	66	58
Pildora	33	65	78	68	72
Diafragma	—	13	20	25	16
Otros	—	2	3	2	2
No contestan	—	27	16	30	21
Total	(3)	(912)	(943)	(44)	(1.902)

La conclusion que se puede obtener de todo lo anterior es que, de todas las variables examinadas, las tres que mejor discriminan, es decir, aquéllas que mejor ponen de manifiesto las diferencias entre unas mujeres y otras, son las de clase social (medida a través del nivel de estudios de la entrevistada, el nivel ocupacional del marido y los ingresos familiares mensuales). Las otras, por supuesto, también sirven para mostrar diferencias, pero éstas son menores que las que se obtienen con las tres mencionadas. Así, por ejemplo, entre el 80 y el 90 % de las mujeres de clase alta (en cualquiera de los tres indicadores) ha oído hablar de la pildora o del ritmo, entre el 50 y 70 % de ellas han oído hablar del condón; entre el 50 y el 60 % han oído hablar del *coitus interruptus* y de los lavados vaginales; e incluso casi cuatro de cada diez mujeres pertenecientes a estas clases sociales han oído hablar del diafragma.

ACTITUDES DE LAS MUJERES

Aparte del conocimiento, merece la pena ofrecer algunos comentarios sobre las opiniones que las mujeres entrevistadas muestran respecto a los diferentes métodos. Naturalmente que la falta de opiniones (que en cierto modo procede de una falta de conocimientos ya comentada) está inversamente relacionada con la experiencia laboral, con los ingresos familiares, con el nivel de estudios de la entrevistada, con el estatus ocupacional del marido, con el tamaño del municipio y con el medio urbano de origen; y está directamente relacionada con la edad, y con el tradicionalismo respecto a la estructura familiar.

Una de las cuestiones importantes era la relativa a cuál de los métodos era más utilizado en España, que puede verse en la *Tabla 5.10.* El orden, para el conjunto de la muestra, como se recordará, era el siguiente: ritmo (23 %), píldora (20 %), *coitus interruptus* (11 %), condón (11 %), lavado vaginal (2 %), y el diafragma (0 %). Aunque la tónica general es la de que este mismo orden, con diferentes proporciones, se suele dar sea cual sea la variable que se considere, existen algunas diferencias interesantes de señalar. La precisión más importante que se puede hacer es la disparidad que sobre este hecho se da según los diferentes indicadores de clase social, todos los cuales ponen de relieve que cuanto mayor es ésta, mayor es la proporción que afirma que se utiliza más el ritmo que la píldora; en la clase baja se invierte incluso la relación, es decir, se opina que se utiliza más la píldora que el ritmo. Como ejemplo basta el de los ingresos mensuales; entre las mujeres de familias que tienen 30.000 o más pesetas mensuales, un 43 % opina que el método más utilizado es el ritmo, frente un 28 % que opina que lo es la píldora; las proporciones correspondientes son 42 % frente a 26 % entre las mujeres con ingresos mensuales entre 20.000 y 30.000 pesetas, de 25 % frente a 22 % entre las mujeres con ingresos mensuales entre 12.000 y 20.000 pesetas, 21 % frente a 19 % entre las mujeres de familias con ingresos familiares inferiores a 6.000 pesetas mensuales.

Caben aquí dos interpretaciones: o bien las mujeres proyectan a toda España la utilización del método que ellas utilizarían, o bien las mujeres piensan que el método que ellas utilizan es el que corresponde a su clase social, pero que el

resto de la sociedad utiliza otro distinto. Basándonos en otros estudios, creemos que es más válida la primera interpretación. En efecto, aun reconociendo que ritmo y píldora pueden ser ahora los dos métodos más utilizados en España, es posible que en las clases más altas se utilice más el ritmo, y que en las medias y bajas, cuando se utiliza algún método, se utiliza más la píldora que el ritmo. Las razones que pueden justificar esta afirmación serían las siguientes: 1) el ritmo requiere un mayor nivel cultural por parte de ambos cónyuges, mientras que la píldora, aunque también lo requiera más que otros métodos, lo requiere menos que el ritmo; 2) en la mente de muchas personas se piensa que el ritmo está más de acuerdo con la normativa católica que la píldora, y, como numerosos estudios sobre España han puesto de relieve, la identificación con la Iglesia y su normativa ha sido, tradicionalmente, superior entre las clases medias, medias-altas y altas, que entre las clases bajas de la sociedad, por lo que ese hecho puede estar pesando en la opinión de esos estratos. En resumen, consideramos que esta pregunta, sobre cuáles son los métodos más utilizados en España, puede utilizarse como medio indirecto de conocer los métodos más utilizados o más susceptibles de ser utilizados por las entrevistadas, y que, en este sentido, es posible que la utilización del ritmo sea menor cuanto más bajo es el nivel socioeconómico, mientras que la utilización de la píldora sea (relativamente hablando con respecto al ritmo), superior cuanto más bajo sea dicho estatus. Como ejemplo de lo anterior se puede comparar a las mujeres con estudios superiores con las que no tienen ni siquiera estudios primarios. Para las primeras, los métodos más utilizados serían el ritmo (53 %), el *coitus interruptus* (20 %), la píldora (12 %) y el preservativo (12 %); para las segundas, por el contrario, los métodos más utilizados en España serían el condón (13 %), la píldora (13 %), el *coitus interruptus* (10 %) y el ritmo (9 %).

Por lo que respecta a otras variables, hay que observar que en Galicia, en Vasco-Cantabria, en Castilla la Vieja y en la región Catalano-Aragonesa se cree que se utiliza más el ritmo que la píldora, en Castilla la Nueva y Extremadura se da igual importancia a ambas, y en Levante, Andalucía oriental y occidental, y en Canarias, se piensa que se utiliza más la píldora que el ritmo. Por otra parte, también las mujeres más jóvenes (20 a 24 años) creen que se utiliza más la píldora que el ritmo.

TABLA 5.10

OPINION SOBRE CUAL ES EL METODO DE CONTROL DE NATALIDAD MAS UTILIZADO EN ESPAÑA,
POR DIFERENTES VARIABLES SOCIOECONOMICAS, EN 1972

VARIABLES SOCIOECONOMICAS	METODOS DE CONTROL							TOTAL
	COITUS INTERRUPTUS	PRESERVATIVO	LAVADO O DUCHA VAGINAL	OGINO	PILDORA	DIAFRAGMA	NO CONTESTAN	
TOTAL	11	11	2	23	20	—	40	(1.902)
<i>Nivel de estudios de la entrevistada:</i>								
Ninguno.....	10	13	1	9	13	—	60	(197)
Primarios.....	10	10	2	18	19	—	45	(1.268)
Medios y profesionales	11	12	1	39	30	1	15	(134)
Superiores	20	12	3	53	12	1	11	(95)
<i>Nivel ocupacional del marido:</i>								
Alto	14	6	4	58	32	—	10	(50)
Medio alto.....	11	11	2	39	21	—	22	(307)
Medio bajo	8	9	1	27	21	1	38	(511)
Trabajadores especializados ...	13	13	2	14	20	1	43	(670)
Trabajadores no especializados	9	10	1	11	16	—	59	(292)
<i>Clase social subjetiva:</i>								
Alta	20	5	—	25	25	5	25	(20)
Media.....	12	11	2	27	23	1	31	(1.146)
Baja	10	13	2	15	16	—	49	(505)

Ingresos familiares mensuales:

Menos de 6.000 pesetas	9	8	1	10	12	1	64	(347)
De 6.000 a 12.000	12	14	1	21	19	—	39	(758)
De 12.000 a 20.000	12	12	1	25	22	—	32	(410)
De 20.000 a 30.000	11	8	2	42	26	1	19	(188)
Más de 30.000	12	8	—	43	28	—	18	(74)
Sin respuesta	5	5	3	21	26	—	47	(125)

Región de residencia:

Galicia	10	8	2	24	18	—	42	(131)
Vasco-Cantábrica	21	11	3	36	17	—	20	(219)
Castilla la Vieja	2	4	3	28	9	1	56	(152)
Catalano-Aragonesa	6	12	1	25	19	1	41	(362)
Levante	16	13	—	18	24	—	36	(211)
Castilla la Nueva-Extremadura	10	11	2	19	19	—	43	(344)
Andalucía oriental	10	7	—	9	18	—	57	(169)
Andalucía occidental	13	18	2	20	26	—	34	(239)
Canarias	9	7	—	17	48	—	28	(46)

Edad de la entrevistada:

15 a 19 años	20	20	—	20	—	—	40	75)
20 a 24	13	15	3	20	29	1	29	(157)
25 a 29	11	13	2	28	21	1	33	(393)
30 a 34	12	8	2	25	22	—	37	(351)
35 a 39	10	10	1	18	19	—	44	(473)
40 a 45	10	11	1	21	15	—	46	(517)

Respecto a la eficacia e ineficacia de cada método, hay que tener presente, en primer lugar, la escasa proporción de mujeres que contesta. Aún así, es de destacar la gran diferencia de eficacia que se concede a la píldora respecto a los demás métodos, y el acuerdo casi similar en considerar el ritmo como el menos eficaz. Pero, aunque no existen diferencias en estas apreciaciones según las diferentes variables consideradas, sí existen algunas matizaciones relativas de interés. En efecto, en Andalucía occidental, entre las mujeres con ningún tipo de estudios, entre las mujeres de los trabajadores no especializados y entre aquéllas con ingresos familiares inferiores a 6.000 pesetas, aunque se considere a la píldora como el método más eficaz, como los demás subgrupos, se concede una gran importancia (relativa a los otros métodos) al condón como método más eficaz.

El consenso relativamente elevado en considerar que la píldora es el método más peligroso para la salud, viene acompañada a la anterior atribución de eficacia. Sólo en Canarias y en algunos subgrupos se concede una cierta mayor peligrosidad relativa (aunque inferior a la de la píldora), al *coitus interruptus*.

Nuevamente es la píldora la gran protagonista a la hora de decidir cuál es el método más difícil de adquirir en España. Sin embargo, en esta pregunta se pone de manifiesto una vez más el grado de fiabilidad de las respuestas, ya que nadie se ha referido al *coitus interruptus*, el lavado vaginal, o el ritmo, como métodos difíciles de adquirir. Aunque, a principios de la década de los setenta, el acuerdo en torno a la dificultad de encontrar la píldora era bastante alto, es de señalar que de nuevo destaca Canarias por la alta proporción que menciona el diafragma como método difícil de encontrar (lo menciona un 22 %, frente a un 24 % que señala la píldora, en aquella región). Resulta obvio señalar que no es usual para muchas mujeres referirse al diafragma como método difícil de encontrar, teniendo en cuenta la baja proporción de mujeres que conoce o dice conocer su existencia.

En cuanto al método o métodos que, según las entrevistadas, está autorizado por la Iglesia Católica es prácticamente indiscutible la referencia que se hace al método ritmo. Casi cuatro de cada diez mujeres entrevistadas lo han reconocido así, mientras que las proporciones que mencionan los otros no llegan ni siquiera al 5 %.

El análisis que en este capítulo se ha presentado consti-

tuye una primera aproximación a los datos disponibles. Los datos se pueden tomar como reflejo de la realidad en la medida en que las mujeres que han contestado hayan contestado con sinceridad. Aunque esto último es algo de lo que nunca se puede tener certeza absoluta, creemos que la consistencia interna de los datos es bastante alta, y que los resultados encontrados son congruentes con lo que cabría encontrar, de acuerdo con estudios realizados en otros países, y con estudios sobre temas parecidos que existen en España.

6. PAUTAS DE CONTROL DE NATALIDAD

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 de la evolución de las diversas pautas sobre planificación familiar. Otra laguna importante es la carencia de análisis sobre la encuesta más completa 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 15 a 49 años de edad en toda España. En el presente capítulo se tratan de subsanar estos 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 el control de natalidad, su evolución, e importancia numérica del tema. Un aspecto ya estudiado en la bibliografía es el del «número ideal» de hijos e hijas, que aquí lo relacionamos con los embarazos-queridos y los habidos. En la parte central del presente capítulo, se introduce la distinción esencial entre pautas de *limitación* y de *espaciamiento* en el control de natalidad; y entre el conocimiento, utilización-alguna-vez, y utilización-actual de métodos de control. Definimos el indicador más sensible en la actualidad para medir actitudes sobre fecundidad (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* (o efectividad) y *seguridad*. Dentro del control de natalidad se incluyen al final del capítulo (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 concretos de contracepción en España, que se realiza en el siguiente capítulo.

¿QUE ES EL CONTROL DE NATALIDAD?

La planificación familiar, divorcio, relaciones sexuales prematrimoniales, 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-población 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 el control de natalidad viene acompañado de mitos y creencias populares de los más variopinto; incluso entre los científicos sociales. De lo que no hay duda ya —182 años después de Malthus— es que

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

los contemporáneos 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 éste va a consistir en un control impuesto por la naturaleza (hacinamiento, esterilidad natural, falta de alimentos o de 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), suelen ser usadas intercambiablemente aunque a veces, con contenidos ideológicos diferentes. 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 anti-conceptivos*. La abstinencia o continencia coital (abstención completa y prolongada de realizar el coito) no suele generalmente incluirse dentro del control de natalidad (3).

La IVE (interrupción voluntaria del embarazo) se incluye en los manuales e investigaciones sobre control de natalidad (4). 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

(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 descende 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: Montréal Health Press, 1974), pp. 41-47.

internacional de *abortion* ha llevado al mal uso de «aborto» para referirse al provocado, creando múltiples confusiones entre los investigadores. A veces *miscarriage* se traduce por «malogración» o «pérdida» del feto, pero se utiliza poco, y sobre todo se usa en 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 espaciamiento, 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 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 los otros hijos e hijas (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 parejas (5) 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, analfabetas y universitarias. Con las palabras de dos 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

(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*. Disculpense, pues, las citadas expresiones a lo largo del análisis.

(6) SANTIAGO DEXEUS, y MARGARITA RIVIÈRE, *Anticonceptivos y control de natalidad*, 4.^a ed. (Barcelona: La Gaya Ciencia-Basúan, 1978), p. 201. Con más propiedad se deberían haber referido a «Capacitada para *querer*». Hay que recordar que el control de natalidad no es un tema únicamente de parejas. En los USA, en 1973, el 43 % 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*.

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 sobrenatalidad debida al apagón de Nueva York el 9 de noviembre de 1965, hasta la imposibilidad de obtener la tasa-cero-de crecimiento (ZPG) de la población mundial (7). En España todo parece indicar que la población controla cada vez más la natalidad, *a pesar de* la Demografía local, y de los demógrafos.

UN POCO DE HISTORIA

Para empezar, la dificultad de conseguir datos sobre control de natalidad en España es notoria (8). La primera encuesta sobre el tema, en 1964, se limitó a preguntar a una muestra de *médicos*, en Barcelona, sobre los métodos que ellos creían que utilizaban más sus clientes para controlar la natalidad. Eran datos poco fiables sobre el uso real por la población (9).

En 1964 y 1965 se realizaron en el Instituto de la Opinión Pública diversas encuestas (en Madrid) entre cuyas preguntas se incluía actitudes y conocimientos sobre control de natalidad, y tamaño ideal de familia, analizadas posteriormente por Juan Díaz Nicolás. En 1969, el (segundo) *Informe FOESSA* realizó preguntas a una muestra nacional de amas-de-casa sobre

(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 MELISSA G. MOYER, *Sociology in Spain* (Londres: Sage, 1978); y JULIO IGLESIAS DE USSEL, *Elementos para el estudio de la mujer en la sociedad española: Análisis bibliográfico* (Madrid: Ministerio de Cultura, 1920), 210 pp.

(9) SALUSTIANO DEL CAMPO, «Los médicos ante el problema de la limitación de la natalidad», *Revista Española de la Opinión Pública* 1 (1965): 27-38. Fíjese el lector que en 1965 el control de la natalidad 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.

sus opiniones respecto del control de natalidad, aunque todavía sin atreverse a inquirir sobre los métodos que utilizaban (10). 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 la encuesta *Natalidad y planificación familiar en España* a una muestra de 1902 mujeres-casadas, de 15 a 45 años de edad. Todavía no se preguntaba abiertamente por las prácticas de control de natalidad, sino solamente sobre sus actitudes. A pesar de ello se obtuvieron unos porcentajes de no-contestaciones altos: desde el 21 % a la pregunta de si conocían métodos de control de natalidad, hasta el 67 % a la pregunta de cuál era el más difícil de adquirir en España.

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

(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 (páginas 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 DIEZ NICOLÁS sobre el tema de control de natalidad son: «Estatus socioeconómico, religión y tamaño ideal de la familiar urbana», *Revista Española de la Opinión Pública* 2 (1965): 83-108; LUIS GONZÁLEZ SEARA y JUAN DIEZ NICOLÁS, «Progresismo y conservadurismo en el catolicismo español», *Anales de Sociología* 1 (1966); «La mujer española y la planificación familiar», *Tauta: Medicina y Sociedad* 8 (1973): 86-97; «Actitudes de la mujer española hacia los métodos de planificación familiar», *Revista Española de la Opinión Pública* 31 (1973): 27-58; y «La mujer española y el control de natalidad», *Reproducción* 1-3 (1974).

la natalidad en España en esa última década (13). Las discusiones dieron origen, primero a detallados análisis de las tasas de natalidad por años y meses (14), y posteriormente a estudios más generales sobre política demográfica y sanitaria (15). Finalmente, en 1977, el gobierno decidió realizar el primer *Seminario sobre Planificación Familiar*, organizado por la Dirección General de Sanidad (en Mahón) con la inteligente coordinación de Luis Cañada Royo, 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. En febrero del año siguiente se creó la Federación Española de Planificación Familiar, con deseos interdisciplinarios pero reducida vitalidad.

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, de 15 a 49 años de edad (16). 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 1978 (17).

(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; y MARTÍN SAGRERA, *Natalidad y control natal en España* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1980), mimeo, 253 pp.

(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 me-

Se editó además un folleto —de supuesta difusión popular— con algunos de los datos más importantes (18). La población total a investigar suponía 5,2 millones de mujeres-no-solteras (19), obteniéndose al final aproximadamente 1,1 entrevistas por cada 1.000 mujeres (no-solteras), de 15 a 49 años de edad, de todas las regiones y comunidades autónomas de España. Los datos de esa encuesta son los mejores que en este momento poseemos sobre control de natalidad en España, aún cuando inexplicablemente todavía no hayan sido analizados. Las siguientes páginas del presente capítulo (y todo el próximo capítulo) 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. Por ejemplo, España entre 1964 y 1973 es un ejemplo *de libro* de un país con un acelerado crecimiento económico, pero sin embargo, con un proceso 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 España (20) a dejar de ser, lo que en

dante 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 pp. Salvo este breve comentario de la citada encuesta sólo se publicaron las tablas estadísticas (y no todas), sin un análisis posterior.

(19) Aun cuando el estudio original se refiere constantemente a «mujeres-no-solteras» tan sólo un 2,2 % de la muestra son viudas, y un 0,9 % son separadas o divorciadas. Por ello hemos preferido aquí referirnos en sentido amplio a «mujeres casadas», pues el 97 % están todavía casadas, y generalmente sólo una vez. Tan sólo un 0,4 % 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).

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, contras las normas y medios anticoncepcionales, contra todo cuanto se oponga en una u otra forma a la vida, prestigio y honor de la familia cristiana tradicional española» (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 considerable (24). 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 sentimen-

(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 antinatalistas 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 la ley natural, como todo escrito, donde se enseña una cosa inmoral. Además, está también condenada por el canon 1.399, n.º 9», JAIME PUJULA, *¿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).

(23) La cita aparece en un folleto escrito por el médico JUAN BOSCH MARIN, 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 Marin 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» (página 29).

(24) Para un análisis de el «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».

tal de secretarias, 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 España (26).

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 juvenil (27). 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 de la práctica del control de natalidad. Según la ideología tradicional reflejada ya en la encíclica *Casti Connubii* (en 1930), el objetivo principal del sexo no es el 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 antisexual, y su moral austera que rechazaba el placer. Las relaciones sexuales se «disculpan» por la búsqueda de la concepción, llegándose a rechazar paradójicamente 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 Católica espa-

(25) JOSÉ M. PEMÁN, *De doce cualidades de la mujer* (Madrid: Alcor, 1947), pp. 107-108. Véase además, SANTIAGO LOREN, *La frigidez como problema* (Madrid: Organización Sala, 1973).

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

ñaola se adaptó 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. La contracepción y el aborto son temas que empiezan a dejar de estar prohibidos *de facto* en los medios de comunicación, a pesar de estarlo en la ley. Sin embargo, todavía en 1981 la Seguridad Social *no* incluye en principio el control de natalidad en sus servicios sanitarios. Se receta cada vez más la píldora, pero nunca el DIU, o el condón, o el diafragma. Paradójicamente el INSALUD permite que funcionen algunos centros de planificación familiar, directa o indirectamente con cargo a sus presupuestos. 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 anticonceptiva seria; la mayoría de los médicos son perfectos ignorantes, cuyos conocimientos se basan en la aproximación a las materias científicas que conocen. Por lo tanto, despenalizar los anticonceptivos dejándolos en manos de unos profesionales no preparados, no tiene más sentido que el de salvaguardar 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

(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. De hecho, los anticonceptivos se despenalizaron en 1978 (la esterilización todavía no), aunque aún no están regulados.

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

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 destacaron pronto por sus programas de control de natalidad y sus altas tasas de IVE. 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 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 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, tienen 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 sus fuerzas el conocimiento para que

(30) ANNA MERCADE, *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. Conviene consultar el número extra 10 de *El Viejo Topo* (Septiembre 1980), sobre «Masculino/Femenino».

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, el parto, la menopausia, o la cama. La propuesta revolucionaria del *self-help* es que las mujeres tomen, como grupo, ese control» (31).

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

En los siglos pasados el control de la población no incluía sólo contracepción, sino un abanico de métodos: aborto provocado, infanticidio, abstinencia, y 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 promovió 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,

(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. Véase además el número primero (junio de 1980) de *Poder y Libertad: Revista Teórica del Partido Feminista de España*.

en parte por mantener una de las transiciones demográficas más largas de toda Europa (32).

Durante años, en España, la forma más efectiva de reducir la natalidad ha sido el retraso en la edad de matrimonio (33), pero puede considerarse a esto como un «método» de control de natalidad aplicable a toda la población. Todavía en la actualidad un 27 % 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 %) son entre soltera y soltero (34).

España es un país con crecimiento vegetativo bastante estable, alrededor del 1 % anual; es decir relativamente bajo en el contexto mundial, pero algo mayor que la media europea. Los nacimientos representan el 1,9 % de la población cada año, y los fallecidos el 0,8 %. La tasa de natalidad es mayor sobre todo en Andalucía y Canarias. Nacen aproximadamente un 52 % de varones. La ilegitimidad —sobre todo para ser un país latino— es baja, alrededor del 2,2 %, 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).

La población de mujeres en edad fértil (15 a 49 años como pauta normal) es aproximadamente de 8,6 millones, o sea el 47 % 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 % de los cuales fueron múltiples. Todavía un 4,1 % 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 %, clínica o maternidad privada el 40 %) —es decir el 83 % en 1976— y el 17 % en el domicilio, generalmente *con* asistencia sanitaria. En total tan sólo un 0,8 % de los partos se realizan *sin* asistencia

(32) JESÚS M. DE MIGUEL, «La población», pp. 34-65, en JUAN F. MARSAL y BENJAMÍN OLTRA, comps., *Nuestra sociedad: Introducción a la Sociología* (Barcelona: Vicens Vives, 1980).

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

(34) Sólo un 1,0 % de los matrimonios son entre soltera y viudo; el 0,5 % entre viuda y viudo; y el 0,3 % 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.

de personal sanitario cualificado; cifra que aunque parece pequeña supone todavía 5.621 partos al año sin una atención técnica mínima (36).

ENTRE IDEOLOGIA Y UTOPIA

Un primer análisis de las pautas de control de natalidad sugiere que los años más importantes son los cinco primeros de matrimonio, precisamente en los que se tiene el 69 % de todas las hijas e hijos. Tan sólo un 8 % de las parejas no tienen descendencia en esos cinco primeros años; y un 17 % de las parejas tuvieron su primogénito (o primogénita) *antes* del octavo mes de matrimonio, muchos de los cuales fueron concebidos antes del matrimonio (37).

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: El deseo de *no* tener descendencia (bastante bajo, pues no llega al 1 % de las mujeres casadas) aumenta con la edad

Edad de la mujer	Número ideal de hijas e hijos deseado	% de mujeres que no desean tener hijas ni hijos
Menor de 25 años.....	2,3	0,5%
25 a 29	2,5	0,3
30 a 34	2,7	0,7
35 a 39	2,9	1,1
40 a 44	3,1	1,0
45 a 49	3,1	1,5
TOTAL	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 matrimonios «de penalti» o «por el sindicato de las prisas» (*shotgun wedding*).

de la mujer. Esto puede deberse al cambio progresivo de actitud de las mujeres que racionalizan que son estériles o que no pueden tener hijos e hijas en su matrimonio.

Si analizásemos el *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 de casadas, a un número ideal de 3,5 en el caso de las que llevan treinta o más años de 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 hijos e hijas:

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

El 49 % 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 necesariamente estable según la cohorte envejece. En resumen, observamos —y posteriormente se repite— que la variable edad es a veces menos importante que el número de años casada.

Menos de la tercera parte (el 28 %) 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 % de las parejas están de acuerdo), observándose una ligera

preferencia en las mujeres por tener más hijos e hijas. En general se observa una tendencia hacia la pareja (el 34 %) o tres hijas e hijos (16 %). Sorprendentemente no parecen existir demasiadas diferencias entre varón y mujer, ni siquiera en el hecho de que la mujer trabaje o no fuera del hogar (38). Tampoco hay diferencia por clase social; 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 de fallos involuntarios. Hasta el ideal de *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 hijos e hijas.

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

(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).

Llama la atención que las parejas que inicialmente no querían tener hijos. (hijas ni hijos) tuvieran luego tantos como la media (2,8); y que los que «no sabían» cuantos 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 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 hijos e hijas 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 alta en España: un 28 % de mujeres no deseaban su último embarazo (comparado con un 12 % en los Estados Unidos en la misma fecha). Casi las dos terceras partes de las mujeres casadas (el 61 %) no desean tener más hijas e hijos. Lógicamente el deseo de no tener más descendencia, o los embarazos no queridos, depende bastante del número de hijas e hijos que ya se tienen (y, por supuesto, del estado civil; pero la muestra sólo incluía mujeres casadas).

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
TOTAL	61% (5.504)	28% (5.641)

Curiosamente, a partir de los cuatro hijos los deseos de no tener más disminuyen, es decir se desean, relativamente, más hijas o 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 de matrimonio. Los que llama la atención es que el nivel de mujeres que no desea 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 % de los casos), «molestias de salud» (41 %), y «demasiada edad» (14 %). La mitad de las mujeres que a lo mejor podrían cambiar de opinión se refieren en concreto a un posible aumento de ingresos del marido. Los deseos de no tener otro embarazo para poder trabajar o estudiar apenas llega al 3 % 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 pobres-ricos*) es decir las familias de profesionales y directivos (3,2 hijos e hijas) 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, aún 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 6.1* ilustra la irracionalidad de la conducta de las parejas 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 inconsecuente, sobre todo teniendo en cuenta la baja proporción total de parejas que controlan la natalidad.

En el momento de la entrevista, a finales de 1977, el 6 % de las mujeres estaban embarazadas (39). Si suponemos, que un 3 % adicional eran viudas o separadas, y que apro-

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

TABLA 6.1

PROPORCION DE MUJERES CASADAS QUE EN 1977
CONTROLAN LA NATALIDAD, SEGUN SUS ESTUDIOS
Y DESEOS DE EMBARAZO

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

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

NOTA: (a) se incluye en este caso también las «analfabetas».

ximadamente un 2 % estaban esterilizadas quirúrgicamente (40), teóricamente el 89 % de las mujeres no-solteras (de 15 a 49 años) estaban expuestas al riesgo del embarazo, y potencialmente podrían controlar la natalidad. En total las mujeres embarazadas, estériles, o en el post-parto pueden llegar a representar entre el 20 % y el 25 % de las mujeres casadas en edad supuestamente fértil. Hay pues que reducir el universo de personas —o parejas— que pueden controlar al 75 % ó el 80 %. En el caso de los Estados Unidos, por ejemplo, en 1976, este porcentaje era sólo del 66 %, puesto que el 19 % de las mujeres casadas (de 15 a 44 años de edad) estaban esterilizadas con objetivos de control de natalidad, y un 11 % por otros motivos médicos. Se calcula que alrededor del 25 % de las parejas tienen problemas de fertilidad-esterilidad (ya sea relativa 10 %-14 %; o absoluta 11 %-15 %).

(40) En la actualidad un 5 % de las parejas *no* tienen hijas o hijos; y entre un 3 % y un 4 % no los llegan a tener tras 10 ó 20 años de matrimonio.

CONTROL IRRACIONAL E INSEGURO

El nivel de conocimientos sobre algún método de control de natalidad de las mujeres (casadas) españolas no es bajo: en 1977 el 93 % conocen algún método, y el 88 % han oído hablar de la píldora y conocen su eficacia. Sin embargo, *solamente un 49 % de las mujeres casadas controlan la natalidad* (41). En los países más desarrollados, una inmensa mayoría de las mujeres fértiles controlan, alrededor del 90 %. Sin embargo, en España el 40 % 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. Incluso podría hablarse de largos períodos de abstinencia en las parejas casadas; o de una generalizada doble moral. Es evidente que esta situación va a cambiar en un par de generaciones, pues el 42 % de las mujeres (casadas) menores de 25 años han utilizado ya un método eficaz. Los efectos demográficos de este cambio van a repercutir sobre todo en la década de los noventa, y hacia el año 2000.

La pauta distintiva del control de natalidad español es que se concentra en la *limitación* del número total de hijas e hijos, pero todavía no se preocupa del *espaciamento* 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 terminación. La proporción de mujeres-mayores embarazadas es desproporcionadamente alta. Los primogénitos (el 38 % de los nacidos) se tienen muy pronto: el 54 % de los matrimonios antes del primer año de casados, y el 92 % lo tienen dentro de los dos primeros años. La pauta tra-

(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). Véase también, MICHAEL KENNY, y JESÚS M. DE MIGUEL, comps., *Antropología Médica en España*, (Barcelona: Anagrama, 1980).

dicional es esperar el mínimo de tiempo posible entre el matrimonio y el primer nacimiento, con lo que sólo una minoría controla eficazmente la natalidad en ese período concreto.

Un análisis por cohortes sugiere que cada vez la pauta de control de natalidad es menos tradicional. Como hemos visto arriba, uno de los mejores indicadores es la *proporción de mujeres casadas, sin hijas ni hijos, que controlan la natalidad*. El porcentaje, en 1977, era tan sólo del 14 %, 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 %
25 a 34	62	26
35 a 44	49	2,2
45 y más años	28	0
TOTAL	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, que vive en zonas rurales, madura de edad, y de Castilla la Vieja.

El primer hijo o hija nace tradicionalmente en España «cuando Dios quiere», los demás tardan nueve meses. 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 proto-genésico 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 % 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 % 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 % de las mujeres llegó a utilizar un método de control de natalidad, pero no 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 % en los pueblos de menos de 10.000 habitantes, frente al 9,1 % en las grandes ciudades.

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

Planificación de los nacimientos:	Antes del primer embarazo:	Entre el primero y el segundo:	En el último embarazo:
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

(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».

Lo más llamativo es la cantidad de fallos con el segundo y ulteriores embarazos (13 % y 17 % 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 contracepción. 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 6.2* 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 *espaciamento*. Por el otro lado las mujeres más mayores ya no controlan tanto la natalidad, pues su fecundidad —y seguramente la frecuencia del coito— ha descendido ya considerablemente. Por una y otra razón la distribución por edad es 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 hijos e hijas, o incluso antes de empezar a tenerlos. Sin embargo, para ello tienen que cambiar cualitativamente las actitudes de la población ante el control de natalidad. Por ahora, no hay diferencias en el porcentaje de mujeres que controlan la natalidad (alrededor del 50 %), y tampoco existen diferencias apreciables según el método que escogen. 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.

Aún cuando las diferencias no son grandes, se controla la natalidad más cuando se tienen 3 ó 4 hijas e hijos; antes no, pues se desea completar la familia; y después tampoco, pues se está dispuesto a tener tantos nacimientos «como Dios quiera». La pauta tradicional de no controlar hasta tener hijos o hijas (seguramente un hijo-varón al menos) parece que está cambiando; pero lentamente: 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

TABLA 6.2
PROPORCION DE MUJERES QUE EN 1977 CONTROLAN LA NATALIDAD, SEGUN EL NUMERO 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)
TOTAL	39 %	11 %	49 %	(5.814)

FUENTE: INE, *Encuesta de fecundidad* (Madrid: INE, 1978), p. 195.

Edad de la mujer:	% DE MUJERES CASADAS QUE:	
	Nunca han controlado la natalidad:	No controlan hasta tener hijos:
Menores de 25 años	32 %	46 %
25 a 34	32	63
35 a 44	42	92
45 y más años	57	99
TOTAL	40 %	76 %

más descendencia es mayor entre las mujeres que tienen un hijo-varón que entre las que tienen una hija. El 32 % de las mujeres con un hijo-varón no desean otro embarazo, frente al 21 % de las que tienen una hija. De las mujeres que mantienen la intención de tener otro embarazo (aproximadamente una de cada cinco) el 30 % prefieren un varón. En el caso de las mujeres que tienen una hija-única el 46 % prefieren un varón; y este porcentaje aumenta hasta el 80 % 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

Número de hijas e hijos:	% DE MUJERES CASADAS QUE CONTROLAN LA NATALIDAD:	
Ninguno:	14 %	
Uno:	51 %	
Una hija sola		54 %
Un hijo solo		47
Dos:	55 %	
Dos hijas		55 %
Un hijo y una hija		54
Dos hijos		56
Tres:	53 %	
Tres hijas		57 %
Tres hijos		57

arriba, se observa que la proporción de mujeres que controlan la natalidad no parece variar ni con el número de hijas e hijos, ni con su sexo.

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, a excepción, quizás, de comparar grupos extremos: menores de 25 años *versus* mayores de 44 años. (Véase la *Tabla 6.3*). Como ya señalamos antes, las diferencias son más significativas si se mide el número de años que llevan de casada:

Años que llevan casadas:	Nunca han controlado la natalidad:	Han controlado, pero no en la actualidad:	Controlan actualmente la natalidad
Menos de 10 años	33 %	11 %	56 %
10 a 19	40	9	51
10 a 29	49	16	35
30 años y más	63	11	26
TOTAL	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 casarse (43).

Según la *Encuesta de fecundidad*, del Instituto Nacional de Estadística a finales de 1977, todavía en España el 71 % de las mujeres casadas se dedican a las «labores del hogar», y sólo un 26 % trabajaban fuera del hogar. La proporción más alta de mujeres trabajando (fuera de casa) se da en Cataluña (35 %) y la menor en Andalucía (20 %). En total el 69 % de las mujeres casadas actualmente trabajaron (fuera de casa) antes de casarse; sólo un 27 % siguió trabajando al casarse y antes de la primera hija o hijo; un 18 % continuó trabajando entre los dos primeros hijos; y finalmente sólo un 9 % del total de mujeres casadas siguió trabajando entre

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

TABLA 6.3
PROPORCION DE MUJERES CASADAS QUE EN 1977 CONTROLAN LA NATALIDAD,
SEGUN 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)
25 a 29	34	9	57	(1.030)
30 a 34	31	11	58	(1.033)
35 a 39	38	9	53	(924)
40 a 44	43	11	46	(1.071)
45 años o más	54	15	31	(1.061)
TOTAL	39 %	11 %	49 %	(5.814)

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

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

sus dos últimos hijos. El descenso más acusado no se debe pues al número de hijas e hijos, sino el hecho de casarse; es pues más una pauta cultural que una medida racional. Lo sorprendente es que el número ideal de hijos e hijas 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», y sólo se observa una cierta predisposición de las mujeres que trabajan (fuera del hogar) a controlar la natalidad; el 46 % de las amas de casa nunca han controlado la natalidad, frente al 37 % de las que trabajan hasta casarse, o el 39 % 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 (2 ó 3 como máximo), pero no después (44). 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 hijos ni hijas.

% DE MUJERES CASADAS (Y NO
EMBARAZADAS) QUE CONTROLAN
LA NATALIDAD O HAN SIDO
ESTERILIZADAS:

Actividad económica de la mujer:	En total:	Sin hijos:
Trabaja (fuera de casa)	49,7 %	24 %
Labores-del-hogar	50,5	5
TOTAL	50 % (5.315)	14 % (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 USA— existen grandes diferencias de control de natalidad entre mujeres que trabajan-fuera-de-casa (70 % en 1973) y las que se dedican a «sus labores» (69 %). 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 al 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:

Regiones del INE:	% DE MUJERES CASADAS QUE NUNCA HAN CONTROLADO LA NATALIDAD:	
	Total:	Sin hijos
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
TOTAL	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 % de la población, mientras que es el 19 % y el 22 % 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,

* Las ciudades aparecen en este capítulo en cursiva para diferenciarlas de las provincias (N. del E.).

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:

Tamaño del municipio:	% DE MUJERES CASADAS QUE NO CONOCEN NINGUN METODO DE CONTROL DE NATALIDAD:
Grandes metrópolis	3,3 %
Más de 50.000 habitantes	3,8
De 10.001 a 50.000	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 que el resto de España, aún 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 % que controlan en el campo a un 32 % que controlan en las «grandes metrópolis»:

Tamaño del municipio:	% DE MUJERES CASADAS (Y NO EMBARAZADAS) QUE CONTROLAN LA NATALIDAD O HAN SIDO ESTERILIZADAS:	
	En total:	Sin hijos:
Hasta 10.000 habitantes	39 %	5,6 %
De 10.001 a 50.000	46	2,1
Más de 50.000	56	15
Grandes metrópolis	62	32
TOTAL	50 % (5.315)	14 % (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 % 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 estudios (45). 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:

Nivel de estudios:	% DE MUJERES CASADAS QUE NO CONOCEN NINGUN METODO DE CONTROL DE NATALIDAD:
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 % 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 %). Este grupo son, o bien mujeres muy jóvenes que todavía no han terminado de tener el número de hijos e hijas que desean (el 76 % de las que no han tenido hijas o hijos no han controlado nunca),

(45) JESÚS M. DE MIGUEL, «Social class and health structure in southern European countries: A sociological critique», pp. 399-419 en JEAN-CLAUDE GUYOT 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.

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 tanto mayor es la probabilidad de que no controle. Las máximas diferencias se observan entre mujeres analfabetas y universitarias:

Nivel de estudios de la mujer	% DE MUJERES QUE NUNCA HAN UTILIZADO UN SISTEMA DE CONTROL DE NATALIDAD:	
	Con hijos o sin hijos vivos:	Sin hijos vivos:
Analfabetas	51 %	95 %
Superiores	16	8
TOTAL	40 %	76 %

En la *Tabla 6.4* 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 supe-

Estudios de la mujer:	% DE MUJERES CASADAS (Y NO EMBARAZADAS) QUE CONTROLAN LA NATALIDAD O HAN SIDO ESTERILIZADAS:	
	En total	Sin hijos:
Superiores	69 %	89,0 %
Medios	65	29,0
Bachillerato Superior	63	40,0
Bachillerato Elemental	62	17,0
Primaria	51	8,5
Sin estudios	45	1,5
Analfabetas	39	5,6
TOTAL	50 % (5.315)	14 % (285)

TABLA 6.4

PROPORCION DE MUJERES CASADAS QUE EN 1977 CONTROLAN LA NATALIDAD, SEGUN EL NIVEL DE ESTUDIOS DE LA MUJER

Estudios de la mujer:	% DE MUJERES QUE (a):			TOTAL: (b)
	Nunca han controlado la natalidad:	Han controlado 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	(232)
Bachillerato Elemental	25	15	60	(392)
Primaria	40	10	49	(3.353)
Sin estudios	46	10	43	(1.053)
Analfabetas	48	12	40	(515)
TOTAL	39 %	11 %	49 %	100 % (5.810)

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

NOTAS: (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».

riores (el 12 % de todas las mujeres casadas) el nivel de control de natalidad antes del 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:

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:	NUMERO MEDIO DE HIJAS E HIJOS	
	Todas las mujeres casadas:	Con estudios superiores:
Menos de 10 años	1,7	1,3
10 a 19	2,8	2,9
20 y más años	3,4	3,6
TOTAL	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, etc.), *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 % de las mujeres católicas-practicantes no han utilizado nunca métodos de control de natalidad, frente al 27 % de las católicas-no-practicantes, y el 32 % 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 % de las católicas-practicantes y el 75 % de las católicas-no-practicantes nunca han controlado, frente a sólo el 25 % 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 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 en edad fértil, el 29 % desean un embarazo, el 66 % no desean otro nacimiento (aunque de estas sólo controlan el 49 %), y el 5 % no sabe. Esto supone que al menos el 17 % 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 hijos o hijas 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 espaciamento de la prole es mínimo. Las pautas de fecundidad son todavía bastante tradicionales, y no basta con culpar sólo al Gobierno de esa actitud (46) sino que debe buscarse una explicación más profunda, quizás en la estructura social.

Ahora bien, si tenemos en cuenta los métodos de control eficaces, observamos que el 79 % 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:	
	Sí desean un nacimiento:	No desean un nacimiento:
Ninguno	45 %	43 %
Uno ineficaz	33	36
Uno eficaz	21	21
TOTAL	100 % (1.377)	(3.157)

(46) Una tendencia dentro de los demógrafos (sobre todo durante los años sesenta) es a 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.

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, católicas-practicantes, y dedicadas a las «labores del hogar» (48). En conclusión; la situación en España en 1977 es (*mutatis mutandis*) bastante similar a la de los Estados Unidos en 1960, con una proporción aproximada del 50 % de mujeres casadas que controlan la natalidad. A los USA les costó 13 años pasar del 50 % al 70 % de matrimonios que controlaban la natalidad, lo que —si se puede aplicar al caso español— supondría llegar al 70 % (alrededor del 90 % si se cuentan sólo las mujeres casadas bajo el riesgo real de embarazo) hacia el año 1990. Las soluciones para acelerar este proceso son varias; entre las más conocidas: crear una política estatal de planificación familiar, y fundar numerosos centros (clínicas, dispensarios, consultas) de planificación familiar gratuitos, o semi-gratuitos, 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 controla-

(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

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

ban. 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 contracepción en el país.

EL ULTIMO TREN

Se puede interferir los procesos de la reproducción en diferentes momentos: concepción, gestación, y después del nacimiento. En este capítulo nos referimos tan sólo a las pautas de *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 mujer (49). 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, son denominados *abortos criminales*) (50).

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—, no sólo históricamente sino en los tiempos contemporáneos (51). Curiosamente, la IVE se utiliza independientemente de si está legalizada o no, si está perse-

(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 *moralidad femenina* en vez de *moralidad materna* 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 y JUAN DIEZ NICOLÁS.

(51) Véase el clásico artículo de CRISTOPHER 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).

guida 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 15 a 44 años) es menor.

En Europa, durante los años setenta, la IVE era ya legal en la mayoría de los países con la excepción, entre otros, de los tradicionalmente católicos: España, Portugal, Irlanda, y Bélgica (en este último es ilegal según la ley pero no en la práctica). En el mundo (en 1972) la IVE era ilegal aproximadamente en el 23 % de los países. Los primeros en legalizarla fueron Suecia (en 1938), 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 desea (53).

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, y que todavía está pendiente de sentencia (gracias a la presión

(52) El 25 de diciembre de 1936, la *Generalitat* de Cataluña publicó un decreto en que quedaba, «autorizada la interrupción artificial 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»; aduciendo 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 Sociologia* 10 (1978): 147-174.

(53) «El aborto no es más que el derecho al control de natalidad y al control del propio cuerpo». ANNA MERCADE, *El despertar del feminismo en España* (Erandio, Bilbao: Ellacuria, 1976), p. 117. El motivo de la campaña de la *Generalitat* catalana, en marzo de 1980, era *Cap embaràs no desitjat*, utilizándose el eslogan de «Si habéis contado a vuestros hijos como se hacen los niños contadles también como no se hacen». De todas formas la campaña estuvo erróneamente planeada: ponía demasiado énfasis en la píldora (aun cuando su utilización en Cataluña es demasiado alta); no mencionaba la esterilización; y no se refería para nada al método del ritmo. Incluso en países mayoritariamente protestantes, como Gran Bretaña, se incluye el ritmo en las campañas de control de natalidad (pueden verse las publicaciones de The Family Planning Association. «The safe period: Rhythm method» (publicado en 1974).

social que levantó el suceso). 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 ser legalizada o no, sino 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 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 IVEs (incluso siendo ilegales) está muy extendida, en parte porque la población tarda un tiempo en aprender a utilizar correctamente los métodos de contracepción. Aunque éste va a ser 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 incluso llegar hasta el 5 % de las mujeres (55). Datos oficiales del gobierno británico señalaban para 1978, 14.015 embarazos terminados (IVE) realizados a españolas *no residentes*, en Inglaterra y Gales. El 12 % de los casos eran menores de 20 años y un 4 % de 40 y más años de edad. Esto supone la estimable cantidad de 38 mujeres diarias (suficientes para llenar un avión-charter cada día). España es el primer «cliente» de abortos voluntarios para Gran Bretaña (con el 28 % de las IVE realizadas a extranjeras), y seguramente uno de los primeros países exportadores de abortos del mundo. Para el total de España, a finales de la década de los setenta, circulaba el dato de 300.000 IVEs al año, lo que supone, aproximadamente, un tercio (31 %) 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

(54) *Lui*, 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, n. 1-4 (1971): 1-126.

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

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 post-aborto, son tan variadas como in fiables. La mayoría citan actualmente de 300.000 a 500.000 IVEs en España; el 10 % de las cuales (según diversos autores de esas cifras) terminan con la muerte de la propia mujer (es decir entre 30.000 y 50.000 mujeres al año). Estos datos no pueden ser ciertos, pues en 1975 murieron 8.652 mujeres, de 15 a 49 años de edad, de todas las causas de muerte.

Nuestros intentos por realizar una estimación de las IVE a partir de los datos 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 1,0 % 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 % de todos los fallecimientos de mujeres de 15 a 49 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 15 a 49 años de edad (57).

En los países desarrollados en donde la IVE está legalizada, la mortalidad relativa a esas IVEs realizadas en el primer trimestre es aproximadamente 15 veces menor que la posibilidad de muerte por embarazo-parto-puerperio. En el grupo concreto de mujeres de 15 a 45 años la mortalidad por IVE (legal) supone alrededor de 3 mujeres por cada 100.000, lo que todavía es unas cinco veces menor que el riesgo de procreación normal. En algunos casos (58), sin embargo, debido a una mala técnica, o a las características del embarazo la mortalidad puede aumentar hasta 40. Cada sistema de control de natalidad conlleva un riesgo (o probabilidad) de muerte para el usuario o usuaria. También el embarazo-parto-puerperio tiene un riesgo de mortalidad; desde 10 a 30 casos por

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

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

(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.

100.000 nacimientos en los países desarrollados hasta 200 o 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 IVEs ilegales supera a la mortalidad materna (59).

En España, en 1975, la tasa de mortalidad materna era de 23, es decir similar a la de otros países industrializados de occidente. Sin embargo, todas las sospechas sugieren que esa 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 de recursos sanitarios, de difícil planificación aparte de un coste psicológico considerable. 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 subsidiados por el gobierno. En algunos sistemas la primera IVE de una mujer es gratis pero no así las sucesivas.

La lucha contra la 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 este es un tema que requiere otro capítulo (60).

(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.

(60) Terminando ya el capítulo presente hemos podido consultar algunos nuevos materiales bibliográficos que por su interés conviene mencionar. Un estudio clásico, poco citado, es RAMÓN SERRANO VICENS, *La sexualidad femenina: Una investigación estadística* (Barcelona: Pulso, 1971), 159 pp. Entre los libros progresistas podemos incluir a: EUGENI CASTELLS, *El derecho a la*

contracepción: Los métodos anticonceptivos y sus indicaciones, 2.^a ed. (Barcelona: Rol, 1980), 183 pp.; la primera edición es de 1978; contiene una excelente introducción de Montserrat Roig (pp. 3-43). Entre las posiciones reaccionarias pueden verse: ENRIQUE MIRABELL, *¿Sabemos ser padres?* (Madrid: Prensa Española, 1975), 157 pp.; y JUAN JIMÉNEZ, y GUILLERMO LÓPEZ, *Abortos y contraceptivos*, 2.^a ed. (Pamplona: Eunsa, 1979), 186 pp., la primera edición (más reducida) es de 1973. Ultimamente el mercado español aparece inundado de traducciones de libros sobre el tema; entre los más importantes: CHRISTIANE BOHM y GISELA KORFLUR, *Mujer y ginecólogo* (Barcelona: Mario Acosta, 1979), 35 pp.; y ALEX COMFORT y JANE COMFORT, *El adolescente: Sexualidad, vida y crecimiento* (Barcelona: Blume, 1980), 126 pp. Sobre el impacto de los programas de control de natalidad conviene leer World Health Organization, *Evaluation of Family Planning in Health Services* (Ginebra: WHO, 1975), 67 pp. Dos temas relacionados —menstruación y menopausia— pueden analizarse en: ALLEN LEIN, *The Cycling Female: Her Menstrual Rhythm* (San Francisco: W. H. Freeman, 1979), 135 pp.; y WULF H. UTIAN, *The Menopause Manual: A Woman's Guide to the Menopause* (Lancaster: MTP Press, 1978), 112 pp. Otro estudio aplicado —y poco consultado— es el de RONCALÉS, MIÑAO y LAINEZ, *Análisis de un conjunto de datos descriptivos de la conducta sexual y su aplicación al estudio de la planificación familiar* (Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1977), 149 pp.; a una muestra de 1.346 mujeres atendidas en un hospital público de Zaragoza. El estudio fue realizado por el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Maternidad, del Hospital José Antonio, en Zaragoza.

7. UTILIZACION DE METODOS DE CONTRACEPCION

La mayoría de los estudios realizados sobre contracepción en España (desde 1964 hasta 1980) se han limitado a reseñar las actitudes generales de la población (a veces sobre la píldora), pero no a analizar la utilización real de los diversos métodos de contracepción. La *Encuesta de fecundidad*, realizada por el Instituto Nacional de Estadística a finales de 1977, permite por vez primera un estudio detallado de las pautas de contracepción en España, continuando con el que presentamos en el capítulo anterior sobre el control de natalidad. En el presente capítulo se realiza un análisis sociológico de los métodos más importantes de contracepción, desde los «primitivos» (lavado vaginal, lactancia prolongada, y coito interrumpido), hasta los «modernos» (píldora, y DIU), pasando por los «tradicionales» (ritmo, condón, diafragma, y espermicidas). Se presentan además unos datos globales sobre su diversa utilización en España, fallos, y tasa de mortalidad. Dedicamos un apartado especial al caso de la esterilización (femenina, y masculina) que va a tener una importancia básica en el futuro. Posteriormente, se realiza un análisis detallado de los métodos de contracepción utilizados en España según las variables básicas: número de hijas e hijos, características personales de la mujer, desarrollo socioeconómico (distribución regional y estratos de población), ocupación y clase social, y nivel de estudios. Se realiza además una investigación concreta sobre la influencia del factor religioso en las pautas de contracepción.

LA IMAGINACION AL METODO

Existen innumerables métodos para prevenir la concepción, fruto de siglos de imaginación al respecto. Sin embargo, los métodos más usuales son una docena, que a su vez se pueden clasificar en las siguientes cuatro categorías (1):

Primitivos:

Lavado vaginal, ducha vaginal, douche.

Lactancia prolongada.

Coito interrumpido, coitus interruptus, retirada del pene. apearse en marcha, marcha atrás, eyaculación fuera de vagina, interrupto.

Tradicionales:

Ritmo, ogino, Ogino-Knaus, abstinencia periódica, contención periódica, método de calendario, de las fechas, período de seguridad, temperatura basal, TBC, BBT, moco cervical, Billings, método sinto-térmico.

Condón, condom, preservativo, profiláctico, goma.

Diafragma, capuchón, preservativo femenino. (Antiguamente se consideraban «barreras», como tapón, esponja, pesario.)

Espemicidas, espuma, jalea, crema, pomadas, óvulos, tabletas vaginales, supositorios vaginales.

Modernos:

Píldora, pastilla, anticonceptivo oral, anticonceptivo hormonal, anovulatorios, contracepción oral.

DIU, IUD, dispositivo intrauterino, espiral, esterilete, stérilet, aparato, pesario intrauterino.

(1) Una clasificación similar aparece en SANTIAGO DEXEUS, y MARGARITA RIVIÈRE, *Anticonceptivos y control de natalidad* (Barcelona: La Gaya Ciencia-Basuán, 1978), *passim*. No es una agrupación perfecta pues utiliza dos criterios diferentes de clasificación (primitivo-moderno, permanente-transitorio). no es una clasificación cronológica, e incluye ciertos valores ideológicos. Existe además una cierta dificultad en la clasificación de la esterilización, aun cuando en la actualidad es el método más moderno. Los métodos de contracepción podrían también agruparse técnicamente en: *de conducta* (coito interrumpido, ritmo), *meánicos* (DIU, condón, diafragma), *químicos* (espermicidas), *fisiológicas* (píldora), y *operativas* (esterilización). Los últimos podrían también denominarse *hormonales*, y *quirúrgicos*.

Permanentes:

Esterilización femenina, ligadura de trompas, histerectomía, ovariectomía.

Vasectomía, esterilización masculina.

La esterilización puede ser considerada como un método moderno. De todas formas su incidencia —como método de contracepción— en el caso español es todavía mínima. No incluimos aquí la *interrupción voluntaria del embarazo* (IVE) pues aún siendo un método de control de natalidad no lo es de contracepción.

Los diferentes nombres por cada método recogen las diversas experiencias, incluyendo denominaciones populares (como «marcha atrás») a veces más utilizadas que las técnicas. En su uso propio «pesario» intrauterino se refiere más al DIU que al diafragma. La definición del diccionario de la Real Academia menciona el «pesario» sólo como «aparato que se coloca en la vagina para corregir el descenso de la matriz» (2). En realidad, los nombres populares son más claros y específicos. En algunos casos (como *la píldora*) es precisamente el nombre vulgar el que ha triunfado incluso en ambientes científicos.

Cada método de contracepción tiene sus características técnicas, económicas, y culturales que explican su utilización en España (3). El *coito interrumpido* (o con el eufemismo latino de *coitus interruptus*) es un método universal, con «pro-

(2) El *Diccionario de la lengua española*, de la Real Academia (año 1970), es en este sentido francamente conservador, pues no menciona prácticamente ninguna de las palabras relacionadas con la contracepción: condón, coito interrumpido, preservativo (con el significado de condón), ritmo, ogino, píldora (anovulatoria), diafragma (oclusivo), espermicidas, vasectomía, etc. El citado diccionario niega así el hecho de que un 43 % de los matrimonios practican asiduamente alguno de esos métodos. No es de extrañar, pues define todavía al *sexo* sólo como «condición orgánica que distingue al macho de la hembra, en los animales y en las plantas»; y al *coito* como «ayuntamiento carnal del hombre con la mujer» (y *ayuntamiento* como «unión de unas cosas con otras»). Un estudio inapreciable —publicado en el siglo XVI— es el del médico LUIS AVILA DE LOBERA, *Libro del régimen de la salud, y de la esterilidad de los hombres y mujeres, y de las enfermedades de los niños, y otras cosas utilísimas* (Madrid: Julio Cosano, 1923); primera edición en 1551.

(3) No es éste libro el lugar para realizar una descripción técnica de cada método. Un buen estudio en España es el de SANTIAGO DEXEUS, y MARGARITA RIVIÈRE, *Anticonceptivos y control de natalidad*, 4.ª ed. (Barcelona: La Gaya Ciencia-Bausán, 1978), 231 pp.; aún cuando a pesar de referirse a «control de natalidad», no habla para nada de la interrupción del embarazo. En Gran

funda raigambre en España», como señala una feminista local, y seguramente el método de contracepción más antiguo que se conoce, pues aparece ya descrito en el *Génesis* con la historia de Onán. La *lactancia prolongada* es otro método clásico; es cierto que a menudo durante su prolongación se produce una amenorrea gravídica (desaparición de la ovulación y/o la menstruación) que puede durar varios meses después del parto. Culturalmente el coito también es limitado en el postparto y la lactancia. En la actualidad la lactancia prolongada ya no se reconoce como un método de contracepción, y sobre todo no se practica. Al contrario, la vida moderna ha llevado a lactancias cortas; y aún cuando hay una vuelta a la lactancia materna lo es por razones higiénicas y no de contracepción.

El *condón* es uno de los métodos más antiguos, que aparece ya descrito en el año 1564 por el médico Fallopio. Sin embargo los primeros condones de caucho no aparecen en el mercado hasta 1840-1850. Asociado con la prostitución y el control de las enfermedades venéreas es en la actualidad un método en regresión en países poco desarrollados, pero en expansión en los países más desarrollados, pues mantiene ventajas indudables. Las duchas o *lavados vaginales* son un invento algo posterior, de efectos muy variables. En la historia de este método se han utilizado todo tipo de líquidos, desde soluciones salinas y avinagradas, pasando por las jabonosas, hasta con Coca-Cola. El *diafragma*, tal y como ahora se conoce se inventó en el año 1823 (por Mensigna). Al igual que el condón es un método poco utilizado, pero con indudables ventajas especialmente si es en combinación con espermicidas. Estos últimos poco conocidos en España.

Bretaña, el manual de mayor utilidad es el preparado para los propios médicos: Standing Medical Advisory Committee, *Handbook of Contraceptive Practice (Revised 1978)* (Londres: Department of Health and Social Security, 1979), 33 pp. En España, un punto de vista crítico —y práctico— es el librito de LEONOR TABOADA, *Cuaderno feminista: introducción al self-help* (Barcelona: Fontanella, 1978), pp. 48-72; y el de EUGENI CASTELLS, *El derecho a la contracepción* (Barcelona: Rol, 1978), 183 pp. El libro de Taboada incluye una lista de direcciones (y teléfonos) en el extranjero donde usualmente se realizan IVE a españolas (página 72). Para una evaluación católica del ritmo conviene consultar a JOAQUÍN MAÑÁ y EDUARDO TERRADES, *Grave caso de conciencia en el matrimonio: Su solución por la continencia periódica conforme al Método Ogino* (Barcelona: Eugenio Subirana — Editorial Pontificia, 1958), cuya primera edición es de 1935.

El método del *ritmo*, o de Ogino-Knaus (por sus descubridores, en 1930) no fue aplicado hasta el presente siglo, pues anteriormente se creía que los días de máxima fertilidad eran los inmediatamente anteriores y posteriores a la menstruación. En la actualidad es el único método de control de natalidad aceptado por la Iglesia Católica; a pesar de lo cual su uso no está muy extendido en España.

Los *DIU* o *dispositivos intrauterinos* se conocen —en forma poco perfeccionada— desde los tiempos de Hipócrates (y antes). La primera descripción médica apareció en *The Lancet* en 1868. Sin embargo no fue hasta 1959 que fue perfeccionado (entre otros, por los médicos Oppenheimer e Ishihama) comercializándose en 1960-1970. Todavía en España el DIU es poco conocido, y menos utilizado, pues hasta recientemente (1979) su producción estaba prohibida, aún cuando ya se vende en la actualidad. Además tiene en contra el tabú español de manejar los órganos genitales. A su favor tiene que es un método muy medicalizable, y una posible fuente de negocio de la profesión ginecológica. Lo mismo sucede con la *esterilización* (masculina o femenina) que siendo un método conocido de antiguo se considera ahora como un método eficaz de contracepción, aún cuando en España apenas se utiliza. La primera *vasectomía* se realizó —con fines claramente contraceptivos— ya en 1893 (por Harrison), pero apenas si hay casos en España actualmente.

Pocos descubrimientos médicos han tenido tal impacto en la sociedad moderna como *la píldora*, es decir la contracepción hormonal. Su descubrimiento en 1937; su comprobación sobre una muestra de puertorriqueñas pobres en 1956, su popularización a partir de 1960, y la difusión de sus contraindicaciones y efectos secundarios a partir de 1975, ha cambiado la forma en que las personas deciden tener hijas e hijos, tamaño de familia, pautas sexuales, e incluso formas de matrimonio. Según una feminista española: «La píldora significó la revolución sexual de los hombres [varones] y la panacea económica de los laboratorios farmacéuticos, que descubrieron con la píldora la fuente de ingresos más interesante posible: clientes de un paquetito al mes durante decenas de años» (4). La píldora tiene una vida relativamente corta; no fue aprobada por la FDA (*Food and Drug Administration* de los Estados

(4) LEONOR TABOADA, *Cuaderno feminista. Introducción al self-help* (Barcelona: Fontanella, 1978), p. 56.

Unidos) hasta 1960, y ya en 1975 este organismo publicó varias recomendaciones sobre la limitación de su uso, entre ellas la no utilización después de los 40 años de edad. En Inglaterra la propia profesión médica ha sugerido que no se recete la píldora a mujeres mayores de 30 años que sean fumadoras de tabaco. En España el uso de la píldora todavía aumenta cada año, las contraindicaciones son poco conocidas, y la vigilancia médica escasa o nula (5).

CLIENTELA Y PARENTELA

Una paradoja es que mientras desde la *derecha* se atribuye el peso del control de la natalidad a las mujeres (y se siguen haciendo encuestas únicamente a mujeres), y desde la *izquierda* se reivindica el control de la contracepción y la IVE para los movimientos de mujeres, lo que sucede es que el control de natalidad ha sido —y todavía es— en España un asunto sobre todo de varones. En la actualidad, de los métodos que emplean las parejas el 59 % son utilizados por los varones, el 28 % por mujeres, y un 13 % por los dos al unísono (como el ritmo; aunque existe la sospecha de que es el varón el que realiza los cálculos de los días fecundos y quien en mayor medida lleva el control de ese método). La reducción de la natalidad, y el desarrollo del control de natalidad en Occidente ha sido debido, sobre todo, a la acción de los varones. De aquí la paradoja de crear centros de planificación familiar, o de aplicar encuestas, únicamente a mujeres. En parte esto se explica porque los métodos de varones no son fácilmente medicalizables. Si bien es verdad que últimamente la participación femenina es creciente, debido a la difusión de la píldora, se puede esperar un descenso relativo de ese crecimiento (por los problemas secundarios que se están descubriendo), y sin embargo un aumento sustancial de la esterilización masculina (vasectomía).

(5) Para un estudio bibliográfico detallado de los primeros efectos encontrados en la pastilla, recomendamos la lectura de: CELSO-RAMÓN GARCÍA y EDWARD E. WALLACH, «Biochemical changes and implications following long-term use of oral contraception», pp. 252-292 en S. J. BEHRMAN, y cols., comps., *Fertility and Family Planning: A World View* (Ann Arbor: University of Michigan Press, 1969). Esta publicación básica, pero algo pasada de moda, debe ser complementada con algunos estudios más recientes, como los de la *Food and Drug Administration* de los USA.

En España no sólo cada vez controlan la natalidad más parejas, sino que utilizan métodos cada vez más seguros. Los tres métodos de *alta eficacia* (esterilización, pildora, y DIU) representaron en 1977 el 23 % de todas las parejas que controlaban la natalidad. En los USA en 1965 eran el 38 % de las parejas, el 57 % cinco años después, y ya el 74 % en 1976. Esto supone que todavía se puede esperar un cambio acelerado en las pautas de contracepción españolas (6). Los modernos métodos de alta eficacia, además de ser más seguros, se asocian menos con el coito, pues la acción contraceptiva se realiza con anterioridad y no durante las relaciones sexuales.

Las razones para no utilizar los métodos más eficaces pueden ser varias: ignorancia, creencias religiosas, objeciones estéticas, indiferencia respecto a un nuevo embarazo, miedo sobre los efectos secundarios, o simplemente baja frecuencia de relaciones sexuales. Así por ejemplo, en la *Tabla 7.1* se puede ver como el 88 % del total de mujeres-casadas conoce al menos un método de *alta eficacia*, pero sólo el 18 % lo ha utilizado alguna vez, y el 12 % lo usan en la actualidad. «España es diferente»; es uno de los pocos países occidentales donde la pildora *no* es el método más popular de contracepción (sólo el 12 % de mujeres casadas), y donde el método más utilizado es todavía el coito interrumpido, practicado asiduamente por el 23 % de las parejas. La pildora es conocida pero no muy utilizada. Es también un país donde la esterilización masculina es prácticamente inexistente (0,5 casos por cada mil parejas), y donde algunos métodos incluso no se pueden conseguir (7). Así por ejemplo, la utilización del DIU es muy baja (0,5 % de las mujeres-casadas), o del diafragma (0,1 %). El condón es menos utilizado (5 %) que lo que la gente suele creer; y lo mismo el ritmo (6 %). Para ser un país católico la utilización del ritmo es bastante baja (a pesar de ser el tercer método más popular), lo que sugiere que muchas mujeres-creyentes en la práctica utilizan un método de control de natalidad prohibido por la Iglesia Católica.

La utilización del coito interrumpido (23 %) frente a la

(6) El boletín informativo de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, de la región europea, se publica ahora en español: *IPPF Europe* (64 Sloane Street, London SW1X 9SJ, Inglaterra). Suele contener datos comparativos interesantes.

(7) Algunos métodos no se producen en España todavía, aun cuando se pueden conseguir en ciertos casos (jaleas y cremas anticonceptivas, diafragma), y otros no son fáciles de conseguir en algunos casos (DIU, esterilización) o por determinadas personas.

TABLA 7.1
CONOCIMIENTO Y UTILIZACION DE METODOS
DE CONTRACEPCION EN ESPAÑA, EN 1977

Métodos de contracepción:	PORCENTAJES DE MUJERES CASADAS		
	Conocen el método:	Lo han utilizado alguna vez:	Lo utilizan en la actualidad: (a)
DIU	30 %	0,6 %	0,5 %
Píldora	88	17	12
Diafragma	19	0,1	0,1
Condón	68	7	5
Ritmo	53	13,0	6
Coito interrumpido	70(b)	31	23
Lactancia prolongada	34	0,4	0,0
Lavado vaginal	36	1,0	0,6
Ninguno	7 %	40 %	47 %
TOTAL	(5.814)	(5.814)	(5.315)

FUENTE: INE, *Encuesta de fecundidad* (Madrid, INE, 1978), pp. 156, 163 y 180.

NOTAS: (a) No incluye las embarazadas. Actualmente (un 6 % de la muestra); pero si incluye las que acaban de dar a luz y están todavía en el *post-partum* y las que están esperando quedar embarazadas (se podría calcular en un 8 % a 10 % adicional); y el porcentaje de mujeres estériles que no pueden tener descendencia (5 % al 10 %). Es decir entre el 19 % y el 26 % del total de mujeres de 15 a 49 años no necesitan controlar la natalidad.

(b) La pregunta de conocimiento del método era «abierta». Sólo así se explica que el *coito interrumpido* sea menor que la *píldora*.

píldora (12 %) va a cambiar rápidamente, pues en las mujeres menores de 25 años la relación es a la inversa. (Véase la *Tabla 7.2*) (8). Las mujeres jóvenes utilizan más la píldora,

(8) Es curioso que las estadísticas más interesantes del informe sobre el control de natalidad del Instituto Nacional de Estadística, son también las más confusas e incompletas. Así, por ejemplo, las tablas sobre la utilización actual de métodos de control de natalidad (pp. 168-179) no ofrecen porcentajes, ni algunas variables básicas. A su vez algunos datos de esas páginas se contradicen con las de la página 180. No se puede por menos de sospechar algún tipo de censura, o decisión «oficial» al respecto, además de simple incompetencia.

el DIU, y menos el coito interrumpido o el ritmo. Comparando las *Tablas 7.1* y *7.2*, se observa que las diferencias no son tanto el número global de mujeres que controlan, sino en que las mujeres más jóvenes utilizan métodos más eficaces y modernos de contracepción.

TABLA 7.2
UTILIZACION DE METODOS DE CONTRACEPCION POR LAS
MUJERES CASADAS, MENORES DE 25 AÑOS DE EDAD,
EN 1977

Métodos de contracepción:	PORCENTAJE DE MUJERES CASADAS (MENORES DE 25 AÑOS DE EDAD):		
	Conocen el método	Lo han utilizado alguna vez:	Lo utilizan en la actualidad: (a)
DIU	41 %	1,4 %	... (b)
Píldora	97	33	23 %
Diafragma	28	—	...
Condón	79	8	...
Ritmo	57	5	...
Coito interrumpido	78	24	...
Lactancia prolongada	38	—	...
Lavado vaginal	46	1,4	...
Ninguno	2 %	32 %	41 %
TOTAL	(695)	(695)	(597)

FUENTE: INE, *Encuesta de fecundidad* (Madrid: INE, 1978), pp. 156, 163, 187, 188.

NOTAS: (a) No incluye las embarazadas.

(b) El INE no ofrece estos datos en sus tablas.

En el resto del mundo los métodos de *alta eficacia* se popularizaron a partir de 1960 (esterilización, píldora y DIU). En España, en 1977, estos tres métodos representan tan sólo el 15 % de las mujeres-casadas en edad fértil, frente al 58 % en los USA (9):

(9) KATHLEEN FORD, «Contraceptive utilization in the United States: 1973 and 1976», *Advancedata From Vital and Health Statistics of the National Center for Health Statistics* 36 (1978): 2.

Método de contracepción utilizado actualmente:	España (1977)	USA (1976)
Esterilización	2,6	30
Píldora	12	22
DIU	0,5	6,1
Diafragma	0,1	2,9
Condón	4,9	7,2
Ritmo	6,3	3,4
Coito interrumpido	23	2,0
Lavado vaginal y espumas	0,6	3,7
Ninguno	47	21 %

La diferencia más llamativa entre España y los USA es respecto del coito interrumpido, utilizado por casi una de cada cuatro parejas en España, y sólo por un 2 % de los matrimonios en los USA. El ritmo —como era de esperar— se utiliza más en España, pero sin que las diferencias sean enormes. Todos los demás métodos se practican más en los USA que en España, incluyendo algunos «tradicionales» como el condón y el diafragma, que según algunos autores van a aumentar en popularidad debido a su baja tasa de morbilidad y mortalidad.

El atractivo máximo del coito interrumpido es que es gratis y no necesita de ninguna preparación especial. Su utilización disminuye según se desarrolla un país —lo mismo que el ritmo— aumentando la píldora y el DIU (10) (del *total de métodos* que se utilizan):

Métodos de contracepción utilizados en alguna ocasión:	España (1977)	Francia (1972)	Dinamarca (1970)
Coito interrumpido	31 %	63 %	25 %
Ritmo	13	27	12
Píldora	17	21	50
DIU	1	3	6
Condón	7	19	68

(10) INE, *La fecundidad en España (Diciembre, 1977)* (Madrid: INE, 1978), p. 30.

Es muy posible que la píldora vaya a descender relativamente, y que en España nunca llegue a alcanzar las proporciones de otros países desarrollados hacia 1970. La máxima contradicción es que el acceso a la píldora en España se logra cuando viene ya acompañada de una propaganda en contra, y con todo tipo de contraindicaciones.

Existe la creencia de que el ritmo ha sido, y es, un método de contracepción muy utilizado en España. Sin embargo, esto no es cierto, pues apenas se usa por un 6 % de las parejas; es decir, menos incluso que en otros países católicos. El rechazo del condón («preservativo») proviene —creemos— de su utilización como preventivo de enfermedades venéreas y su asociación con prostitutas. Tan sólo uno de cada veinte maridos lo utiliza actualmente en España. La experiencia en otros países es que el condón, que parecía que iba a aumentar, ha disminuido; y el diafragma (similar en popularidad al condón) aumenta pero sólo lentamente.

Todos los indicadores señalan que el conocimiento (30 %) y la utilización (0,5 %) del DIU en España es muy bajo, incluso menor de lo esperado si se compara con otros países. En una sola década (1965 a 1976) la proporción de mujeres-casadas con un DIU pasó del 0,7 % al 6,1 %. En España en 1977 el porcentaje era menor al norteamericano doce años antes.

Entre las ventajas de la píldora —como ya hemos sugerido— está el hecho de que no aparece asociada con el coito, ni guarda relación con los órganos genitales. Su popularización en España es muy reciente; el 40 % de las mujeres casadas que la utilizan en 1977 llevan menos de un año tomando la píldora, y sólo un 11 % llevan utilizándola cinco o más años (desde antes de 1973), frente al 41 % en el caso de las que utilizan el ritmo o el coito interrumpido. La actitud ante la píldora actualmente es ambigua; por un lado supone una liberación, por el otro sus efectos secundarios son cada vez más conocidos y temidos: «Actualmente es muy difícil hablar de la píldora en España. Y lo es porque las mujeres estamos muy sensibilizadas por la propaganda en contra que se le ha hecho con el único fin de que nunca tuviéramos control sobre nuestro cuerpo y sobre la expresión de nuestra sexualidad [...]. La reacción natural es la rebelión contra esa prohibición y la aceptación de la píldora por lo que realmente tiene de positivo [...] no hay, sin embargo, que olvidar los efectos secundarios y probables que están relacionados con ellas [las

píldoras]» (11). No sólo la píldora está de moda entre las mujeres (sobre todo las más jóvenes) sino que es el método más preferido por la profesión médica, y la industria farmacéutica. Es muy posible que en los próximos años se duplique el porcentaje de mujeres que toman la píldora en España. Mientras tanto en los países más desarrollados su utilización empezó a declinar a partir de 1973 (12). En el futuro, la píldora podría ser sustituida ventajosamente por el DIU o la esterilización, sobre todo en parejas de más de 35 años, que no desean tener más embarazos, aun cuanto continúe su utilización entre mujeres-casadas jóvenes y entre mujeres-solteras (13).

Todo método de contracepción (incluida la esterilización) incluye una proporción de fallos, que varía desde una utilización teóricamente perfecta, a un uso práctico real (incluyendo fallos humanos). La probabilidad de embarazo, por cada 100

Métodos de contracepción:	Embarazos por 100 mujeres, en un año:
Píldora	0,3— 4 %
DIU	1— 5
Condón	3—10
Diafragma	3—17
Ritmo	13—21
Coito interrumpido	9—25
Lactancia prolongada	25—40
Lavado vaginal	30—40
Ninguno	70—90

(11) LEONOR TABOADA, *Cuaderno feminista: Introducción al self-help* (Barcelona: Fontanella, 1978), p. 56.

(12) La profesión médica en España empieza ahora a defender la píldora (paradójicamente cuando los movimientos feministas y populares la atacan): «Podemos afirmar que las alteraciones supuestamente atribuidas a los anovulatorios no son más que posibilidades muy remotas», SANTIAGO DEXEUS, y MARGARITA RIVIÈRE, *Anticonceptivos y control de natalidad*, 4.ª ed. (Barcelona: La Gaya Ciencia-Bausán, 1978), p. 125. En las páginas 131-132 señalan que no existe relación entre cáncer y píldora, e incluso que la píldora puede «constituir un medio de lucha contra el cáncer». Véase también JESÚS M. DE MIGUEL, «The role of the medical profession in non-democratic countries: The case of Spain», pp. 41-59 en MARGARET STACEY, et al., comps., *Health and the Division of Labour* (Londres: Croom Helm, 1977).

(13) En los USA había llegado a ser utilizada por un 25 % de las mujeres casadas (de 15 a 44 años) en 1973, y en 1976 disminuyó ya al 22 %.

mujeres al año, según distintos métodos es la aproximada (14).

Las cifras son aproximadas, y la variabilidad depende del uso, y el tiempo que se lleva utilizando cada método (15).

Aparte de los fallos (es decir la probabilidad de quedar embarazada), otro motivo para elegir un método de contracepción es el riesgo de mortalidad, lo que técnicamente se denomina «mortalidad reproductora» (y no «reproductiva» como a veces se cita traduciendo mal *reproductive mortality*). Por cada 100.000 personas que utilizan cada método y año, se puede calcular que, en los países desarrollados, cada año mueren: por la píldora entre 0,3 y 3 casos; DIU 1,5 casos; interrupción voluntaria del embarazo, 2,6 casos; ligadura de trompas entre 12 y 25 casos; histerectomía de 300 a 500 casos; y de vasectomía ningún caso (16). Los sistemas médicamente más seguros (es decir que producen menos mortalidad) son el condón y el diafragma, aunque no son los dos métodos más seguros en la contracepción. Teniendo en cuenta que la mortalidad debida al embarazo-parto-puerperio es actualmente de 23 mujeres por cada 100.000 nacimientos, por ahora en España (aunque no parece que por mucho tiempo) cualquier tipo de contracepción es médicamente más ventajosa que un embarazo no deseado, salvo el caso de la píldora en mujeres mayores de 40 años (17), o en algunos casos de esterilización femenina (his-

(14) Se utiliza el llamado *índice de Pearl* para medir la efectividad de un método de control de natalidad. Mide el número de embarazos por cada 100 mujeres utilizando ese método, al año.

(15) ROBERT A. HATCHER, et al., *Contraceptive Technology 1976-1977*, 8.ª ed. (Nueva York: Irvington, 1976), p. 25. Diferentes estudios ofrecen cifras divergentes, aunque no lejanas a las aquí presentadas. Véase, por ejemplo, HARRY W. RUDEL, y cols., *Birth Control: Contraception and Abortion* (Nueva York: Macmillan, 1973), p. 313.

(16) ROBERT A. HATCHER y cols., *Contraceptive Technology 1976-1977*, 8.ª ed. (Nueva York: Irvington, 1976), p. 99.

(17) Actualmente los contraceptivos orales (la «píldora») no se aconseja para las mujeres mayores de 35 ó 40 años, a causa del incremento de problemas vasculares en las usuarias. Se suele aceptar que el problema de coágulos sanguíneos aumenta diez veces en el caso de las mujeres que utilizan la píldora; aproximadamente ocho veces más posibilidades de un ataque cerebral; y de tres a cinco veces más posibilidades de ataque al corazón. El hecho de recibir DES (un tipo de estrógeno) durante el embarazo, aumenta el cáncer de vagina o útero de la hija hasta 1 cada 250 casos. Se sospecha también relaciones entre la píldora y cáncer (o al menos el aumento de la progresión del cáncer cuando ya existe), tumores, problemas de vejiga, etc. Véase, VALERIE BERAL, «Reproductive mortality», *British Medical Journal* (15 septiembre 1979): 632-634. En este estudio se demuestra como la mortalidad de mujeres de 35 a 44 años en Gran Bretaña, ha aumentado desde 1960, debido a la utilización de contraceptivos orales.

terectomía) en que la maternidad es menos «arriesgada» que la contracepción. En el caso de la esterilización hay que tener en cuenta que se realiza sólo una vez, y por lo tanto su riesgo de mortalidad es relativamente menor del que parece. En las sociedades modernas la mortalidad por complicaciones de embarazo-parto-puerperio ha sido sustituida en importancia por la mortalidad derivada de los métodos modernos de control de natalidad, por lo que en vez de hablar de *mortalidad materna* conviene empezar a utilizar la *mortalidad reproductora* (que incluye ambas).

La mejor combinación posible es la de hacer accesible varios métodos distintos de contracepción a toda la población que lo solicite, y legalizar la IVE en el primer trimestre. Tietze ha calculado la probabilidad práctica de muerte en un país desarrollado según las siguientes pautas de control de natalidad:

Pautas de control de natalidad:	Mortalidad por cada 100.000 mujeres
Ninguna	10 (de 8 a 12)
Aborto ilegal	100
Aborto legal	3
Pildora	3
Otros métodos menos efectivos	2,5

La conclusión del trabajo es que el mejor sistema posible sería la utilización de *un método (o varios combinados) no-altamente-efectivo (pero con baja mortalidad), asociado con IVE precoz (antes de las 12 semanas) realizada médicamente en hospitales junto a un cambio de actitud en la población respecto de la necesidad de que todas las relaciones sexuales tengan que venir acompañadas siempre de penetración*. Con ello la mortalidad combinada se reduciría a 0,4 casos por cada 100.000 mujeres (18).

Según los datos oficiales (del Instituto Nacional de Estadística) en 1975 murieron en España 145 mujeres, de embarazo-parto-puerperio y sus complicaciones. Ese número supone el 1,0 por mil mujeres fallecidas ese año. Dado que de

(18) CHRISTOPHER TIETZE, «Mortality with contraception and induced abortion», *Studies in Family Planning* 45 (1969): 1-7.

todas las mujeres que fallecen sólo una minoría (6 %) tienen de 15 a 49 años de edad, esas muertes (por embarazo-parto- puerperio) suponen en realidad el 17 por mil mujeres fallecidas (de 15 a 49 años de edad) (19). La distribución de los 145 casos es: el 28 % por embarazo, el 8 % por aborto, el 41 % en el parto, y el 23 % en el puerperio (20). Es muy posible que los casos por aborto (provocado y espontáneo) estén infraestimados, especialmente los relacionados con abortos provocados o ilegales.

HACIA UNA SOCIEDAD ESTERIL

En los países más desarrollados la tendencia es hacia un incremento considerable de la esterilización como método de contracepción. Esto se produce, lógicamente, en parejas que ya no desean —a una edad relativamente temprana— tener más embarazos, y optan por la esterilización en vez de la píldora (o el DIU). Esta actitud supone un nuevo paso hacia la racionalización de la fecundidad en la sociedad moderna, y una actitud más madura en admitir la irreversibilidad de una decisión voluntaria. En los USA, por ejemplo, en 1976, en el 30 % de los matrimonios (con la esposa de 15 a 44 años de edad) al menos uno de los cónyuges estaba esterilizado. Estos datos representan un cambio cualitativo en las pautas de contracepción, de consecuencias sociológicas todavía poco estudiadas.

La operación más normal de esterilización es la interrupción mecánica de las trompas de Falopio en la mujer (*ligadura de trompas*) o de los conductos deferentes en el varón (*vasectomía*). Durante años la operación en la mujer era mucho más difícil, larga, y costosa que en el varón, a pesar de lo cual la proporción de mujeres esterilizadas era bastante mayor que

(19) En total en España mueren 17 mujeres por cada millón de mujeres en la población de 15 a 49 años de edad.

(20) El 86 % de esas mujeres se dedicaban a las «labores del hogar». Para un detalle completo puede verse: Instituto Nacional de Estadística, *Movimiento natural de la población española: Año 1975*, vol. 3 («Defunciones según la causa de muerte») (Madrid: INE, 1978), pp. 90-94, 145, 169 y 272. Las causas de embarazo-parto- puerperio a que nos referimos aquí son las correspondientes a B40 y B41 de la *lista B*; grupos A112 a A118 de la *lista A*; y grupos 636 a 678 de la *lista detallada*. Las tres coinciden en 145 casos. En total hay un 5 % de causas de muerte no definidas, que pueden cubrir casos adicionales a los reseñados arriba.

la de varones. En los últimos años la *laparoscopia* ha reducido considerablemente la aparatosidad y coste de la operación en el caso de la mujer, y, sin embargo, cada vez hay más casos de vasectomías en varones (sobre todo en los países más desarrollados, y en las clases más altas). Esto se explica en parte, por el movimiento feminista y de derechos iguales, y por el hecho de que la mortalidad por vasectomía es prácticamente nula (21). Sin embargo todavía en algunos países existen limitaciones para la esterilización, y en el caso de España aparece prohibida por la ley (22). De los tres métodos de contracepción de *alta eficacia* (DIU, píldora, esterilización) la esterilización es el único que puede ser utilizado directamente por varones (23).

La esterilización no es muy común en España, en parte por la propia estructura familiar: matrimonios tardíos, nacimientos espaciados, muchas hijas e hijos; con lo que la mujer tiene su último embarazo a una edad avanzada, cercana ya a la menopausia. En total, un 2,6 % de todas las mujeres casadas están esterilizadas, la mayoría de ellas (el 88 %) al parecer no por razones estrictas de control de natalidad, sino por otros motivos terapéuticos. Sin embargo, este dato oficial es difícil de aceptar, pues dado que la operación de esterilización ha estado prohibida, muchos casos de control de natalidad se encubrían como terapéuticos. De todas formas el nivel de esterilizaciones (sobre todo masculinas) es muy bajo en España. En total el 2,5 % de la población está esterilizada; el 98 % de la misma son mujeres. Se observa también que los porcentajes de mujeres esterilizadas aumenta progresivamente con la edad:

(21) En otros países la esterilización femenina es más típica de las clases bajas, mientras que la vasectomía o esterilización masculina es típica de las clases altas. Las parejas que previamente utilizaban DIU son más tendentes a la esterilización femenina, y las que utilizaban el condón a la esterilización masculina. CHARLES F. WESTOFF y ELISE F. JONES, *Patterns of Aggregate and Individual Changes in Contraceptive Practice: United States, 1965-1975* Hyattsville, Md.: National Center for Health Statistics, 1979), 23 pp.

(22) En algunos países para poder esterilizar a una mujer se requiere la *norma de 120*, es decir que la edad de la mujer, multiplicada por el número de hijas e hijos, sea igual o superior a 120 (por ejemplo, seis hijos a los 20 años de edad, cuatro a los 30 años, tres a los 40 años).

(23) Una posición feminista al respecto puede verse en The Boston Women's Health Book Collective, *Our Bodies, Ourselves: A Book By and For Women* (Nueva York: Simon and Schuster, 1971); es quizás el mejor libro de sexualidad y salud de toda la década de los setenta.

Edad de las mujeres casadas:	% de mujeres esterilizadas alguna vez:
Menores de 25 años	0 %
25 a 29	0,5
30 a 34	1,1
35 a 39	1,8
40 a 44	4,5
45 a 49 años	5,5
TOTAL	2,4 %

Todo sugiere que el número de esterilizaciones va a aumentar, y sobre todo las de varones por el bajo nivel que existe actualmente. Las esterilizaciones se producen en mayor medida en las ciudades, donde están los hospitales.

Estratos de población:	% DE MUJERES-CASADAS ESTERILIZADAS	
	Con fines contraceptivos:	Por razones médicas:
Hasta 10.000 habitantes	0,1 %	1,8 %
De 10.001 a 50.000	0,3	1,7
Más de 50.000	0,4	2,3
Grandes metrópolis	0,4	2,6
TOTAL	0,3 %	2,1 %

De todas formas lo normal es que la proporción de esterilizaciones por razones terapéuticas fuese una tasa constante; lo que hace sospechar que en muchos casos son esterilizaciones con fines contraceptivos encubiertos.

En España la esterilización es baja, y así como en los USA el 68 % de las esterilizaciones se realizan con claras razones contraceptivas, en España apenas llega al 12 %. Las diferencias son pues bastante grandes.

La diferencia por sexos es considerable. En los USA el 37 % de las esterilizaciones se realizan en los varones, y en el caso de las realizadas por razones contraceptivas hay más varones que mujeres; mientras que en España tan sólo un

	España (1977)	USA (1976)		
		TOTAL	Varones	Mujeres
Estériles sin operación:	. . .	1,9	. . .	. . .
Esterilizaciones:				
Por razones contraceptivas	0,3 %	19,3	9,7	9,6
Por otras razones	2,3	9,0	0,8	8,2
TOTAL	2,6 %	30,2 %	10,5 %	17,8 %

2 % de todas las esterilizaciones se realizan en varones. Es curioso observar que la proporción de mujeres esterilizadas con fines contraceptivos no depende del número de hijas e hijos que se tienen:

Hijas e hijos vivos:	MUJERES ESTERILIZADAS POR CADA 1.000 MUJERES CASADAS:	
	Con fines contraceptivos:	Sin fines contraceptivos:
Ninguno	4	31
Uno	5	22
Dos	2	16
Tres	3	19
Cuatro	2	25
Cinco o más	3	31
TOTAL	3 (18)	21 (121)

Llama la atención que las mujeres católicas-practicantes son esterilizadas en mayor medida que las no-creyentes. Esto sugiere que la esterilización es una forma de control de natalidad más factible para las católicas precisamente porque sólo necesita de *una* intervención, y por lo tanto de *un* sólo «pecado».

Si esta hipótesis es cierta (y todo parece indicar que lo es) las esterilizaciones «por razones médicas» o terapéu-

% DE MUJERES (CASADAS) ESTERILIZADAS:			
Religiosidad de la mujer:	Con fines contraceptivos:	Por razones médicas:	TOTAL:
Católica practicante	0,2 %	2,3 %	2,5 % (4.463)
Católica no-practicante	0,6	1,5	2,1 % (961)
No creyente	0,6	0,9	1,5 % (300)
TOTAL	0,3 %	2,1 %	2,4 % (5.724)

ticas, en España, encubren en el fondo esterilizaciones con fines contraceptivos, como parece también deducirse del excesivo número de esterilizaciones terapéuticas entre las más católicas (24).

Conviene dejar claro que la esterilización tampoco es un método ideal, ya que sólo se puede utilizar al final de la vida reproductora de la pareja. Tampoco es totalmente seguro. Además es generalmente permanente; la reversibilidad de una ligadura de trompas es muy variable, aunque puede calcularse en torno al 17 % las que desean y consiguen quedar embarazadas. Sin embargo, pocas mujeres (5 cada 10.000 casos en los USA) lo solicitan alguna vez; y menos de una de esas cinco consigue luego quedar embarazada. La mortalidad por esterilización (en el caso de las mujeres) es mayor que por aborto, pero menor que la mortalidad materna. Todo hace suponer que en unos años la esterilización podría llegar a ser uno de los métodos más populares de contracepción en España, para lo cual antes habrá que superar algunos tabúes culturales al respecto.

LAS HIJAS DE OGINO

En el caso de la contracepción, como ya hemos señalado en otro sitio, hay que distinguir dos tipos de parejas: aquellas que quieren *retrasar* un embarazo para espaciar más

(24) Un posible sesgo (imposible de comprobar con los datos existentes) es que las mujeres más católicas son también las de más edad. Como las esterilizaciones son más comunes entre las de mayor edad (5,5 % casos en las mayores de 44 años) esta variable podría —quizás— explicar una relación espúrea entre esterilización y religiosidad.

los nacimientos, y aquellas que quieren *limitar* el número total de hijos e hijas porque consideran que ya han completado su familia. Es lógico suponer que estos dos tipos mantienen también diferencias respecto del método de contracepción que utilizan. Por ejemplo, la baja tasa de esterilizaciones en España concuerda con la indecisión de las parejas sobre el número límite de hijas e hijos que desean.

TABLA 7.3
METODOS DE CONTRACEPCION UTILIZADOS EN 1977
SEGUN EL NUMERO DE HIJOS

Método de contracepción utilizado actualmente:	NUMERO DE HIJAS E HIJOS TENIDOS:			
	Ninguno	Uno	Dos	Tres y más
Coito interrumpido	0,6 %	16 %	24 %	24 %
Píldora	6,0	16	12	9,6
Ritmo	1,5	4,6	6,4	6,3
Condón	0,0	4,4	4,5	5,2
Otros métodos	1,2	3,6	3,9	4,2
TOTAL	9,3 % (334)	40 % (1.203)	50 % (2.054)	49 % (2.223)

FUENTE: INE, *Encuesta de fecundidad* (Madrid: INE, 1978), p. 174.

Habría que suponer que las mujeres con más de dos o tres hijos (hijas e hijos) controlasen la natalidad con un método más eficaz que las que sólo tienen uno. Sin embargo, como puede verse en la *Tabla 7,3* esto no es así; las que tienen más hijas e hijos utilizan más el ritmo y el coito interrumpido, mientras que las que no han terminado el ciclo de la procreación utilizan más la píldora. La utilización de métodos contraceptivos depende sobre todo de la mujer (de la cohorte a la que pertenece), pero no del número de hijas e hijos que tiene. La contracepción, pues, depende más de factores ideológicos y socioculturales que de factores racionales de natalidad:

MUJERES CASADAS		
Principales métodos de contracepción que han utilizado alguna vez:	Con menos de 4 hijos e hijas vivos:	Con 4 ó más hijos e hijas vivos:
Coito interrumpido	30 %	36 %
Píldora	17	15
Ritmo	12	15
Condón	7	8
Ninguno	40 %	40 %

Paradójicamente, las mujeres que más controlan son las que luego han tenido más hijas e hijos. De esto se deduce que ni la decisión de contracepción, ni la efectividad de los métodos utilizados, es racional entre los matrimonios españoles. La única excepción a esta regla parece ser la píldora, pero observamos que sólo en las menores de 30 años:

% DE MUJERES CASADAS QUE HAN UTILIZADO LA PÍLDORA ALGUNA VEZ		
Grupos de edad:	Con menos de 4 hijos e hijas vivos	Con 4 ó más hijos e hijas vivos:
Menores de 30 años	30 %	25 %
30 a 34	20	30
35 a 39	11	22
40 a 44	6	13
45 años y más	2	5
TOTAL	17 %	15 %

La utilización de la píldora en las mayores de 30 años no ha supuesto ninguna reducción ostensible en el número global de hijas e hijos. El tema es pues bastante más complicado de lo que parece a simple vista.

Si bien el nivel de conocimiento sobre métodos de contracepción es alto (el 91 % conocen algún método), el nivel de utilización es relativamente bajo, pues el 40 % de las mujeres *casadas* afirman no haber utilizado ningún método. Obviamente las diferencias por edad son claras:

Edad de las mujeres casadas:	% DE MUJERES CASADAS QUE NO HAN UTILIZADO NINGUN METODO
Menores de 25 años	32 %
25 a 29	33
30 a 34	31
35 a 39	38
40 a 44	46
45 a 49 años	57
TOTAL	40 %

Llama la atención que las diferencias son mínimas en las menores de 35 años, y que son las mayores de 40 las que en muchas mayor medida han utilizado un método de contracepción. El tipo de método utilizado varía también con la edad. Los métodos que hemos llamado «modernos» son típicos de las mujeres (casadas) menores de 25 años; los «tradicionales» de las de 30 a 34 años; los denominados «primitivos» de las de 35 a 45 años; y los de carácter permanente (esterilización en sus diversas variantes) típicos de mujeres mayores, de 45 y más años de edad. En general, puede afirmarse que así como el *conocimiento* de métodos de control de natalidad dependía fundamental de variables de clase social, la *utilización* depende más que nada de la edad, o cohorte, a que pertenecen las mujeres casadas.

En la actualidad las mujeres de 30 a 39 años de edad controlan más que las mayores de 40 (que ya no controlan por tradición) y que las menores de 30 años (que todavía están teniendo hijos). En este grupo de edad (30 a 39 años) una cuarta parte de las mujeres basan el control todavía en el coito interrumpido, lo que supone un retraso cultural considerable. Una de cada cinco mujeres jóvenes (de menos de 30 años), casadas, está tomando la píldora. (Véase la *Tabla 7.4*). Las jóvenes y las maduras se parecen en algo, en que utilizan poco —por razones muy distintas— el condón, ritmo, y coito interrumpido. Las jóvenes porque utilizan métodos más modernos, y las mayores porque en general no utilizan ningún método. Así sucede, que las mujeres de 30 a 39 años son las que más han utilizado alguna vez el condón (9 %), el ritmo (16 %) el coito interrumpido (35 %), e incluso el lavado vaginal (2 %). En total, el 11 % de las mujeres no-solteras de 15 a 49 años están tomando la píldora, lo que supone

por lo menos (según el censo de 1970) 574.000 mujeres que toman la píldora diariamente. El coste de este tipo de contracepción supone más de 700 millones de pesetas anuales. El consumo anual de condones se refiere a unas 235.000 parejas, lo que puede significar unos 12 millones de condones anuales. Todas las cifras son muy aproximadas, pero reflejan la importancia de los métodos aquí analizados.

TABLA 7.4

MÉTODOS DE CONTRACEPCIÓN UTILIZADOS EN 1977
SEGUN LA EDAD DE LA MUJER

Métodos de contracepción que utilizan en la actualidad:	% DE MUJERES (CASADAS) QUE CONTROLAN:			
	Menores de 30 años:	De 30 a 39 años:	De 40 y más años:	TOTAL:
Coito interrumpido	18 %	25 %	13 %	21 %
Píldora	20	11	2,2	11
Ritmo	4,1	7,8	3,4	5,7
Condón	5,3	5,2	2,2	4,5
Otros métodos	5,2	4,1	1,7	3,8
TOTAL	52 % (1.725)	53 % (1.957)	23 % (2.132)	46 % (5.814)

FUENTE: INE, *Encuesta de fecundidad* (Madrid: INE, 1978), pp. 155, 168, 169.

A pesar de diseñar una clasificación en métodos «primitivos», «tradicionales», y «modernos», sucede que en la realidad las mujeres jóvenes conocen más métodos, incluso los primitivos. La única excepción es que las mujeres muy jóvenes (menores de 24 años), y ya casadas, no conocen el método del ritmo al nivel de las mayores. En total la proporción de mujeres casadas que *no* conocen ningún método según su edad es:

Edad de las mujeres-casadas:	% QUE NO CONOCEN NINGUN MÉTODO DE CONTRACEPCIÓN:
De 15 a 24 años	1,9 %
25 a 29	2,2
30 a 34	4,1
35 a 39	7,4
40 a 44	10
45 a 49 años	14

Tanto en jóvenes como en maduras el método más conocido es la píldora (del 79 % al 97 %). El segundo método más conocido en el caso de las jóvenes es el condón (79 %), mientras que en el caso de las maduras es el coito interrumpido (57 %). El método en el que más resaltan las diferencias por edad es el DIU, pues es conocido sólo por el 18 % de las mujeres casadas de 45 a 49 años, y sin embargo por el 41 % de las mujeres-casadas menores de 25 años. Las diferencias por edad son máximas en la utilización. Así por ejemplo, la tercera parte (33 %) de las casadas de menos de 25 años de edad han utilizado alguna vez la píldora, frente al 3 % de las mayores de 45 años:

Edad de las mujeres-casadas:	% DE MUJERES-CASADAS QUE HAN UTILIZADO ALGUNA VEZ LA PÍLDORA:
Menores de 25 años	33 %
25 a 29	28
30 a 34	21
35 a 39	14
40 a 44	8
45 a 49 años	3
TOTAL	17 %

En cambio la utilización del ritmo es la inversa: el 11 % de las mayores de 45 años, frente al 5 % de las menores de 25 años.

DESARROLLO SIN CONTRACEPCION

Las diferencias geográficas en la utilización de métodos de contracepción son congruentes con la estructura social que conocemos. En general, *a mayor desarrollo y urbanización, mayor utilización de métodos de contracepción*. Sin embargo, en esta pauta destaca Andalucía con un control relativamente alto (más de la mitad de las mujeres casadas), aunque basado en gran parte en una proporción alta de parejas (28 %) que realizan el coito interrumpido. La utilización de la píldora se centra en las zonas urbanas, y sobre todo en *Madrid* y *Barcelona*. El País Vasco se destaca por utilizar poca píldora

y poco condón, pero mucho ritmo, lo que es seguramente debido a su más alta religiosidad. El uso de la píldora en Galicia es bajo, extensivo a menos del 3 % de las mujeres casadas (no embarazadas). Por fin, Castilla la Vieja presenta las pautas más tradicionales, con un uso relativamente alto del ritmo como método de contracepción. (Véase la *Tabla 7.5*). Cataluña destaca por el uso de la píldora (cerca de una de cada cinco mujeres casadas la toman diariamente).

El gran avance en contracepción en España durante la década de los setenta se debe en gran medida a la introducción de la píldora, sobre todo en zonas urbanas. Así, se observa que, en los pueblos (de menos de 10.000 habitantes) sólo un 3 % de mujeres casadas (y no embarazadas) utilizan la píldora, frente a un 23 % en las grandes ciudades. Bien es verdad que en las grandes ciudades ha descendido un poco el coito interrumpido, e incluso el condón, pero la mayor parte del aumento se debe a la píldora, y muy secundaria-mente al ritmo. En la *Tabla 7.6* se presenta en detalle la relación entre métodos de contracepción y estratos de población. En las grandes ciudades casi una de cada cuatro mujeres utiliza ya la píldora, frente a sólo una de cada diez en las ciudades medias.

LOS POBRES CONTROLAN PEOR

Cuanto menor es la clase social menos contracepción se realiza, se tiende a utilizar métodos que incluyen más fallos, se tienen más embarazos no deseados, se recurre más a menudo al aborto ilegal, mueren más mujeres por causa de abortos, y al final de todo se tiene más hijas e hijos no deseados (25).

Las diferencias por clase social, en cuanto a la utilización de métodos de control de natalidad, son bastante grandes. Es importante distinguir entre zonas rurales y urbanas, pues el control es menor en zonas rurales. La pauta general en la zona urbana es que cuanto más elevada es la clase social mayor es el control de natalidad; lo contrario en zona rural. En ambas áreas cuanto más baja es la clase social mayor es la utilización del coito interrumpido y el condón, y menor la

(25) Para un desarrollo del papel de la mujer dentro del sector sanitario, en España, y su asociación con clase social puede verse en JESÚS M. DE MIGUEL, *El mito de la inmaculada concepción* (Barcelona: Anagrama, 1979), pp. 105-152.

TABLA 7.5

MÉTODOS DE CONTRACEPCIÓN UTILIZADOS EN LAS DIVERSAS REGIONES, EN 1977

REGIONES DEL INE	% DE MUJERES CASADAS (Y NO EMBARAZADAS) QUE ASCTUALMENTE UTILIZAN ALGUN MÉTODO DE CONTRACEPCIÓN:					TOTAL
	Coito interrumpido	Pildora	Ritmo	Condón	Otros métodos	
Castilla la Nueva, y Extremadura	23 %	13	6,3	6,3	4,3	53 % (1.150)
Andalucía, y Canarias	28	9,6	3,2	5,1	5,4	51 (1.140)
Cataluña	17	19	6,1	4,7	3,4	50 (1.032)
País Vasco, y Aragón	22	7,1	11	2,9	2,3	46 (589)
Baleares, Valencia, y Murcia	18	7,2	5,9	4,3	4,4	40 (834)
Galicia, y Asturias	19	5,7	2,8	3,3	2,1	33 (612)
Castilla la Vieja, y León	14	7,0	5,4	2,0	2,8	31 (458)
TOTAL	21 %	11	5,7	4,5 %	3,8 %	46 % (5.814)

FUENTE: INE, *Encuesta de fecundidad* (Madrid: INE, 1978), p. 168.

TABLA 7.6

MÉTODOS DE CONTRACEPCION UTILIZADOS SEGUN ESTRATOS DE POBLACION, EN 1977

Métodos de contracepción que utilizan actualmente	TAMAÑO DEL MUNICIPIO				TOTAL
	Grandes ciudades:	Más de 50.000 habitantes	De 10.000 a 50.000 habitantes	Hasta 10.000 habitantes	
Coito interrumpido	15 %	21	23	21	21 %
Píldora	23	11	9,1	3,4	11
Ritmo	7,4	7,5	3,5	4,0	5,7
Condón	4,2	6,2	3,7	3,0	4,5
Otros métodos	5,6	4,5	3,4	2,2	3,8
TOTAL	56 % (943)	50 % (2.106)	42 % (1.259)	36 % (1.507)	46 % (5.814)

FUENTE: INE, *Encuesta de fecundidad* (Madrid: INE, 1978), p. 169.

utilización de la píldora o el ritmo. El uso de la píldora es muy bajo en las zonas rurales; curiosamente también es bajo el sistema del condón. La razón debe ser que ambos obligan a proveerse en la farmacia, lo que supone un elevado control social en las zonas rurales, y por lo tanto un menor uso. En resumen, la variable de clase social (evaluada a través de la ocupación principal del marido) introduce algunas diferencias significativas en la utilización de métodos de control de natalidad, pero no explica todas las diferencias, ni supone una relación clara entre clase y contracepción. En la *Tabla 7.7* pueden observarse mejor estas relaciones. El uso del coito interrumpido es mayoritario entre los trabajadores (en casi todos los grupos superior al 20 %) tanto en la industria y servicios como en el campo. De nuevo lo que queda claro es que la clase baja (sobre todo en las ciudades) controla menos la natalidad que las clases media y alta, y además utiliza sistemas con más posibilidad de fallo, y, por lo tanto, de embarazo no-deseado.

Las diferencias internas según diversos métodos de contracepción son incluso mayores que las pautas de control o no control. Por ejemplo, en total un 46 % de las mujeres casadas (y no embarazadas) utilizan actualmente algún método de contracepción. Las diferencias por nivel de estudios de la mujer van desde un 37 % en las analfabetas hasta un 60 % en las que tienen estudios superiores. Las diferencias por métodos son aún mayores: el coito interrumpido no es utilizado por *ninguna* mujer con estudios superiores y por más del 26 % de las analfabetas o mujeres sin estudios; en cambio la píldora es tomada por un 41 % de las mujeres con estudios «superiores», y tan sólo por un 4 % de las iletradas. Mientras tanto el ritmo y el condón son más abundantes entre las clases medias, con estudios de bachillerato. La píldora está muy extendida entre las clases altas, pues las dos terceras partes de las mujeres universitarias (casadas) que controlan la natalidad actualmente se basan en ese método. (Véase la *Tabla 7.8*). El método del ritmo es muy poco utilizado por parejas analfabetas (0,4 %), ya que obviamente necesita de un cálculo algo complicado para su nivel de instrucción.

No existen grandes diferencias respecto de los métodos de control de natalidad según el nivel de educación de la mujer-casada *versus* el nivel de estudios de su marido. Los matrimonios en donde el marido tiene bachillerato superior parecen controlar un poco más de lo esperado (71 %), y utilizando

TABLA 7.7
MÉTODOS DE CONTRACEPCIÓN UTILIZADOS SEGUN CLASE SOCIAL, EN 1977

Clase social (según la ocupación del marido)	% DE MUJERES CASADAS (Y NO EMBARAZADAS) QUE ACTUALMENTE UTILIZAN ALGUN MÉTODO DE CONTRACEPCIÓN:					TOTAL
	Coito interrumpido	Píldora	Ritmo	Condón	Otros métodos	
URBANA:						
Empresarios (a)	18 %	5,1	7,6	3,2	3,8	37 % (158)
Cuadros superiores	4,8	24	16	4,1	4,8	54 (315)
Cuadros medios	14	18	11	6,3	6,3	55 (1.129)
Trabajadores independientes	27	8,6	4,8	4,6	3,9	49 (544)
Obreros especializados	25	9,5	3,5	5,2	3,0	46 (2.192)
Peones (obreros no especializados)	23	6,1	1,2	4,9	2,2	37 % (493)
RURAL:						
Propietarios (b)	19	3,0	5,1	0,3	1,2	28 (333)
Jornaleros	28	1,7	1,4	1,2	4,3	37 (419)
TOTAL (c)	21 %	11	5,7	4,5	3,8	46 % (5.814)

FUENTE: INE, *Encuesta de fecundidad* (Madrid: INE, 1978), p. 176.

NOTAS: (a) En las tablas originales se trata de «empresarios con asalariados», pero no se distingue si son urbanos o rurales.

(b) «Empresarios agrarios sin asalariados y miembros de cooperativas agrarias».

(c) Incluye 231 casos de «activos no clasificables».

TABLA 7.8

METODOS DE CONTRACEPCION UTILIZADOS EN 1977 SEGUN ESTUDIOS DE LA MUJER

% DE MUJERES CASADAS (Y NO EMBARAZADAS) QUE ACTUALMENTE UTILIZAN ALGUN METODO DE CONTRACEPCION:						
Estudios de la mujer	Coito interrumpido	Pildora	Ritmo	Condón	Otros métodos	TOTAL
Superiores	0 %	41	8,8	2,9	7,4	60 (68)
Medios	5,5	27	14	5,5	5,0	57 (198)
Bachillerato superior	5,2	22	15	6,5	7,8	57 (232)
Bachillerato elemental	8,9	17	12	4,8	8,6	51 (392)
Primaria	22	10	5,8	5,3	3,0	46 (3.353)
Sin estudios	27	6,2	1,8	1,9	3,7	41 (1.053)
Analfabetas	26	3,9	0,4	3,7	2,7	37 (515)
TOTAL	21 %	11	5,7	4,5	3,8	46 % (5.810)

FUENTE: INE, *Encuesta de fecundidad* (Madrid: INE, 1978), p. 170.

sobre todo el coito interrumpido (29 %). Si la educación es superior en el caso de la mujer el matrimonio adopta una postura mucho más moderna, entre otras cosas porque hay menor matrimonios con mujeres universitarias:

Métodos de contracepción:	% DE MATRIMONIOS QUE UTILIZAN CONTRACEPCION ACTUALMENTE:	
	El marido con estudios superiores:	La mujer con estudios superiores:
Coito interrumpido	2,5 %	0 %
Píldora	26	41
Ritmo	17	8,8
Condón	3,7	2,9
Otros métodos	5,0	7,4
TOTAL	54 % (241)	60 % (68)

De nuevo parece que la variable que más discrimina es la educación de la mujer, y no tanto la del marido.

Las estudiantes (y los estudiantes) universitarias son las que más conocen, y utilizan, métodos de contracepción. En una encuesta (realizada en 1976) a una muestra de estudiantes de la Universidad Autónoma de Barcelona se observó una utilización mucho mayor que la media nacional de píldora, e incluso algo mayor de condón y diafragma, mientras que otros métodos tradicionales se utilizaban en menor medida (26):

Estos datos indican que del total de estudiantes (mujeres) de esa universidad, el 39 % toman la píldora, lo que supone un porcentaje tres veces más alto que la media normal. Casi la cuarta parte de ellas (24 %) la consiguen *sin* receta médica, y una de cada cinco (21 %) afirma que no lleva ningún tipo de control médico. Esto no es de extrañar, pues el 47 % de las mujeres universitarias (de esa muestra) informan que

(26) ANSELMO GARCIA, et al., *Comportamiento sexual universitario* (Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 1977), pp. 113-114. La realización y posterior publicación de esta encuesta encontró todo tipo de dificultades por parte de la propia Universidad Autónoma de Barcelona, a pesar de (o a causa de) que el rector por entonces era un médico, catedrático de farmacología. Es un indicador más de la moral conservadora sobre temas de control de natalidad en el país, y la oposición a su estudio, curiosamente similar a la encontrada por el Instituto Nacional de Estadística, en 1977, en Madrid.

Métodos de contracepción:	Mujeres-casadas, en España, de 15 a 49 años (1977):	Estudiantes de la Universidad Autónoma de Barcelona (1976):
Píldora	12,0 %	26 %
DIU	0,5	0,4
Diafragma	0,1	0,4
Condón	4,9	8,3
Ritmo	6,3	4,1
Coito interrumpido	23	8,1
Lavado vaginal	0,6	0,3
Otros métodos	5,0	1,2
Ninguno	47 %	51 %
TOTAL	100 % (5.814)	(937)

nunca han ido al ginecólogo en su vida. Hay que hacer notar que este grupo es seguramente uno de los más educados, y de clase alta, del país; lo que proporciona una idea de como debe ser en el resto de las mujeres españolas.

CON LA IGLESIA HEMOS TOPADO

La Iglesia Católica ha tendido siempre a oponerse a cualquier interferencia humana importante en la fisiología de los seres humanos, y más aún en las relativas a las relaciones sexuales. El impacto de esta opinión en España viene asociado a que los matrimonios se realizan en su inmensa mayoría por el rito católico; en concreto el 99,6 %, mientras que un 0,09 % se realiza según otra religión, y el 0,34 % con ceremonia exclusivamente civil. Por eso no es de extrañar la baja práctica contraceptiva de las parejas españolas tras el matrimonio y hasta el primer nacimiento.

De media el número ideal de hijos e hijas deseados por las mujeres-católicas-practicantes (2,8 hijos) es algo mayor que el número deseado por las mujeres-no-creyentes (2,5). Sin embargo las diferencias no son tan grandes, sobre todo si

tenemos en cuenta las diferencias de edad. Las divergencias máximas se encuentran en el caso de las mujeres que tienen estudios universitarios, pues las católicas-practicantes desean bastantes más hijas e hijos (3,0) que las no-creyentes (1,7). La pauta es que *cuanto mayor es el nivel educativo de la mujer mayor es entonces la influencia de la religiosidad*. En el caso de mujeres sin estudios (y analfabetas) la religiosidad no crea diferencias de número de hijos e hijas deseados. En el caso concreto de las familias de jornaleros agrícolas las mujeres no-creyentes llegan incluso a desear más hijas e hijos (3, 7), que las católicas-practicantes (3, 1), o las católicas-no-practicantes (3, 5). Curiosamente, son las no-creyentes las que en números relativos desean más tener otro embarazo (en parte explicado porque seguramente son más jóvenes en edad):

Religiosidad:	MUJERES CASADAS QUE DESEAN UN NACIMIENTO	
	Si	No
Católica practicante	27 %	61 %
Católica no-practicante	22	67
No creyente	32	51
TOTAL	29 % (1.462)	66 % (3.363)

La religión (católica en este caso) juega un doble papel: en la clase baja aumenta el conocimiento y paradójicamente la racionalidad sobre la fecundidad, así como el número de hijas e hijos que se puede educar y cuidar; en la clase alta supone una afirmación ideológica de sus valores, y por lo tanto propicia las familias numerosas (27). En resumen, *el efecto de la religiosidad católica sobre la fecundidad es mayor cuanto mayor es la clase social* (28).

(27) LUIS GONZÁLEZ SEARA y JUAN DIEZ NICOLÁS, «Progresismo y conservadurismo en el catolicismo español», *Anales de Sociología* I (1966): 56-67.

(28) De nuevo, se da aquí un sesgo con arreglo a la distribución por edad (ya que las no-creyentes son más jóvenes), pero que con los datos que poseemos no podemos diferenciar.

Estudios de la mujer:	NUMERO MEDIO DE HIJAS E HIJOS, SEGUN SEA LA MUJER:	
	Católica practicante:	No creyente:
Superiores	2,1	0,6
Medios	2,5	1,4
Bachillerato Superior	2,3	1,1
Bachillerato Elemental	2,2	1,1
Primaria	2,4	2,0
Sin estudios	2,8	2,8
Analfabeta	3,6	4,0
TOTAL	2,5	2,2

Se observa que entre las mujeres sin estudios la religiosidad católica no introduce grandes diferencias, pero sí en las universitarias o mujeres con estudios medios o secundarios.

La religiosidad (católica) —contra lo que podría suponerse inicialmente— no mantiene una influencia grande sobre las pautas de control de natalidad. Efectivamente las mujeres no-creyentes controlan incluso menos (49 %) que las católicas-no-practicantes (57 %), y sólo un poco más que las católicas-practicantes (43 %). Eliminando los casos que no dan información sobre su conducta contraceptiva la distribución de casos es la siguiente:

Religiosidad de la mujer:	Nunca han controlado la natalidad:	Han controlado, pero no en la actualidad:	Controlan actualmente la natalidad:
Católica practicante	43 %	11	46
Católica no-practicante	27	13	61
Creyente de otra religión	35	11	54
TOTAL	39 %	11 %	49 %

La religiosidad de corte católico se asocia (pero también con poca intensidad) con el uso del método del ritmo, de tal forma que a mayor religiosidad más es su utilización. Por otra parte las católicas-practicantes utilizan la píldora en mucha menor medida (8 %) que las católicas-no-practicantes (21 %), o las no-creyentes (20 %). En cualquier caso, ya es

curioso que el 8 % de las católicas que se autodenominan «practicantes» utilicen la píldora que es reprobada por la norma católica; o que el 4 % utilice el condón, y el 21 % el coito interrumpido, ambos también prohibidos. Aproximadamente *un tercio de las mujeres católicas-practicantes realizan un control de natalidad prohibido por la Iglesia Católica en la actualidad.* (Véase la *Tabla 7.9*). En resumen, la religiosidad católica de las mujeres no introduce diferencias grandes en cuanto a las pautas contraceptivas, y contra lo que podría esperarse el influjo de la moral y la doctrina católicas sobre la conducta privada de los matrimonios es mínimo. Del total de mujeres (casadas) que se autodenominan «católicas-practicantes», y que practican algún método de contracepción, el 85 % utilizan algún método expresamente prohibido por la Iglesia Católica.

TABLA 7.9

MÉTODOS DE CONTRACEPCION UTILIZADOS EN 1977
SEGUN LA RELIGIOSIDAD DE LA MUJER

Método de contracepción utilizado actualmente:	RELIGIOSIDAD DE LA MUJER:			
	Católica practicante	Católica no practicante	Creyente de otra religión	No creyente
Coito interrumpido	21 %	20	22	17
Píldora	7,8	21	13	20
Ritmo	6,4	4,0	2,2	2,0
Condón	4,2	6,1	5,5	2,3
Otros métodos	3,2	6,1	1,1	7,0
TOTAL	43 % (4.463)	57 % (961)	44 % (91)	49 % (300)

FUENTE: INE, *Encuesta de fecundidad* (Madrid: INE, 1978), p. 175.

En la *Tabla 7.10* comparamos la utilización de métodos de contracepción en España y los Estados Unidos, en el total-de-mujeres *versus* las mujeres-católicas. (En el caso de España se analizan las «católicas-practicantes».) En los USA las católicas utilizan más que las no-católicas el método del ritmo, mientras que en España las diferencias son mínimas (aún cuando se utiliza el ritmo un poco más que en los Estados Unidos). Las diferencias por religiosidad, en general, son pe-

queñas —salvo una mayor utilización del ritmo y una menor de la píldora en las católicas— pero sí que hay diferencias entre las católicas españolas y las católicas norteamericanas: las norteamericanas utilizan mucho más la píldora y la esterilización y mucho menos el coito interrumpido. En general tanto unas como otras apenas siguen las indicaciones de la Iglesia Católica: el 85 % de las católicas españolas que practican la contracepción, o el 92 % de las católicas norteamericanas, utilizan algún método proscrito por la Iglesia Católica.

TABLA 7.10
UTILIZACION DE METODOS DE CONTRACEPCION
POR LAS MUJERES CATOLICAS (CASADAS),
EN ESPAÑA Y LOS ESTADOS UNIDOS

Métodos de control	ESPAÑA, 1977		USA, 1973	
	Total:	Católicas practicantes:	Total:	Católicas:
Píldora	12 %	7,8 %	25 %	23 %
Condón	4,9	4,2	9,4	10
Ritmo	6,3	6,4	2,8	5,5
Coito interrumpido	23	21	1,5	1,9
Otros sistemas	6,8	3,2	31	26
Ninguno	47	57	30 %	34
TOTAL	100 %			
	(5.315)	(4.463)	(26.646)	(7.661)
% respecto del total:	—	84 %	—	29 %

FUENTES: INE, *Encuesta de fecundidad* (Madrid: INE, 1978), pp. 175 y 180. Kathleen Ford, *Contraceptive Utilization in the United States* (Hyattsville, Md.: National Center for Health Statistics, 1979), pp. 14, 31 y 32.

NOTAS: (a) Fundamentalmente: esterilización (16 %), DIU (7 %), espuma (3 %) y diafragma (2 %).

(b) Fundamentalmente: esterilización (18 %), DIU (6 %), espuma (3 %) y diafragma (2 %).

En España, como antes habíamos sugerido, la religiosidad juega un papel fundamental en el control de natalidad en el caso de mujeres que todavía no han tenido descendencia.

Las diferencias entre mujeres-*sin-hijos* (hijas/hijos se entiende) católicas-practicantes y no-creyentes son máximas. No es que la religiosidad haga que las mujeres controlen la natalidad mucho más en números globales, sino que adopten una pauta más tradicional. Sólo las mujeres no-creyentes

% DE MUJERES CASADAS (Y NO
EMBARAZADAS) QUE CONTROLAN LA
NATALIDAD O HAN SIDO ESTERILIZADAS:

Religiosidad de la mujer:	En total:	Sin hijos ni hijas:
Católica practicante	47 %	7,5 %
Católica no-practicante	64	9,7
No creyente	59	67
TOTAL	50 % (5.315)	14 % (285)

parecen adoptar una conducta moderna; pues las dos terceras partes de ellas controlan la natalidad *antes de* tener la primera hija o hijo. La religiosidad es más influyente en las grandes ciudades, y nada en los pueblos donde las pautas culturales son suficientes. La religiosidad es pues un elemento diferenciador precisamente allí donde la capacidad de control y de decisión es mayor:

NUMERO IDEAL DE HIJAS E HIJOS
SEGUN LAS MUJERES CASADAS

Lugar de residencia:	No creyente:	Católica-practicante:
Pueblos (de menos de 10.000 habitantes)	2,9	2,9
Grandes ciudades	2,0	2,7

En general, parece que la mujer no-creyente es más realista, controla más la natalidad, y se ajusta más a los deseos de número ideal de hijos que las mujeres-católicas-practicantes. A pesar pues de la insistencia de la Iglesia Católica en definir una moral privada sobre la contracepción para todos los españoles, y su oposición pública decidida a la contracepción (salvo el ritmo), y a la IVE, resulta que ni siquiera los creyentes más religiosos siguen en la práctica la doctrina de la Iglesia Católica.

Cuarta Parte

POLITICA DEMOGRAFICA

8. TRABAJO DE LA MUJER Y NATALIDAD

El trabajo femenino ha acaparado la atención de toda clase de especialistas en estas últimas décadas, pero muy especialmente el trabajo de la mujer casada. En efecto, mientras que la actividad laboral de los varones es relativamente fácil de predecir, sobre todo en sus aspectos cuantitativos, la participación de la mujer en la población activa está sujeta a todo un conjunto de condiciones que hacen difícil la predicción de sus aspectos cuantitativos además de los cualitativos. De todo varón se espera que, al llegar a cierta edad, que puede variar en el espacio y en el tiempo, se incorpore a alguna actividad laboral de una forma permanente, hasta llegar a otra edad (también variable en el espacio y en el tiempo) en la que, generalmente por disminución de sus aptitudes físicas y mentales, abandona su actividad laboral. En otras palabras, se espera que todo varón adulto trabaje.

Las expectativas de la sociedad respecto al trabajo femenino son diferentes. Para empezar, el específico papel familiar de la mujer, sancionado por la sociedad, parece fijarla al hogar, hasta tal punto que el trabajo femenino fuera del hogar es en muchas de las sociedades todavía la excepción más que la regla. Y ello ha llevado, por otra parte, a una cierta minusvaloración del trabajo femenino en el hogar. En realidad, y aceptando que el concepto «trabajo» es, como todo concepto, difícilmente operacionable, existen dos dimensiones que pueden ayudar a precisar mejor su significado, en especial por lo que respecta a la mujer. Dichas dimensiones son las de si se trata de una actividad remunerada o no remunerada, y la de si está realizada dentro o fuera del hogar.

Combinando ambas dimensiones podríamos clasificar la mayor parte de los trabajos femeninos en:

(A) Trabajos no remunerados dentro del hogar, donde se incluirán las llamadas faenas caseras (limpiar la casa, cuidar de los hijos e hijas, cocinar, lavar, planchar).

(B) Trabajos no remunerados fuera del hogar, como los que la mujer aporta en explotaciones familiares (en la agricultura, pesca, comercio, talleres de artesanía), pero también se incluirán aquí los trabajos realizados como servicio social (visitas, cuidado de enfermos, trabajos en la parroquia, en centros comunitarios).

(C) Trabajos remunerados dentro del hogar, generalmente derivados de las llamadas faenas caseras realizadas para otros (lavado y planchado, confección de vestidos o de alimentos), aunque también incluye ciertas labores artesanas e incluso industriales.

(D) Trabajos remunerados fuera del hogar, que son los que generalmente reciben socialmente la calificación de «trabajos» propiamente dichos.

No es éste el momento de precisar el significado del trabajo femenino, pero es necesario llamar la atención sobre algunas cuestiones con frecuencia olvidadas a la hora de su conceptualización. En primer lugar, se suele diferenciar entre trabajo productivo y no productivo, incluyendo en este último las faenas hogareñas; el absurdo de este proceder se pone de manifiesto cuando nos percatamos de que esas mismas faenas realizadas en otro hogar que el propio (servicio doméstico) reciben una remuneración y son generalmente calificadas como actividades laborales. En segundo lugar, no se suelen considerar como laborales las actividades de la mujer que ayuda a su marido o su familia en las faenas agrícolas, o en el pequeño comercio, mientras que nadie dudaría en afirmar que la ocupación del marido, por ejemplo, es la de agricultor o comerciante. En tercer lugar, los trabajos remunerados que muchas mujeres realizan en el hogar (modistería, lavado y plancha), son olvidados por éstas a la hora de auto-calificarse como trabajadoras. En cuarto lugar, si ciertos trabajos de asistencia social se realizan gratuitamente no suelen ser

calificados como tales trabajos, pero sí lo son cuando se recibe alguna remuneración por ellos.

La mujer siempre ha trabajado considerablemente por lo que respecta a los tres primeros grupos de actividades, y sólo más recientemente ha comenzado a participar en los trabajos remunerados fuera del hogar, razón por la cual se ha afirmado con excesiva ligereza que la mujer «no trabaja». Hay que señalar la injusticia de tal afirmación, ya que, incluso en las sociedades tradicionales, la mujer ha participado en muchas actividades, remuneradas o no, que eran consideradas como «trabajo» si quienes las realizaban eran varones (por ejemplo, trabajo en la agricultura, ganadería, pesca, pequeño comercio, artesanía, servicios personales, asistencia social). Sin embargo, incluso la mujer, interiorizando la imagen que de sí misma recibía de la sociedad, ha pasado siglos afirmando que su ocupación principal eran «sus labores», olvidando así muchas de estas otras ocupaciones.

A esta situación contribuyó, evidentemente, el papel de la mujer en la institución familiar. En la sociedad tradicional, pre-industrial cuando la esperanza de vida era de unos 35 años (en otras palabras y para no ir más lejos, la España de principios de este siglo XX), el ciclo vital de la mujer solía ser el siguiente: Si permanecía soltera, su papel se limitaba a profesar, o si no lo hacía así, quedaba adscrita al hogar paterno con la misión de cuidar de los padres y otros familiares, y al faltar los padres, iba a vivir con algún familiar, dedicándose preferentemente a actividades del tipo *A*, aunque también y eventualmente del tipo *B* y *C*. Si se casaba, lo hacía generalmente a edad temprana, y su principal obligación consistía en ocuparse del hogar y tener hijas e hijos, con pocas posibilidades de dedicarse a actividades del tipo *D* en este caso, el ciclo vital coincidía con el ciclo reproductivo, de forma que, si la mujer no moría en alguno de los partos (cosa relativamente frecuente), le quedaban pocos años después de acabar la crianza de los hijos e hijas para dedicarse a otra cosa.

La revolución industrial tuvo, entre otras muchas consecuencias, dos que aquí interesan: el alargamiento de la esperanza de vida, y la incorporación de la mujer al trabajo industrial y a ciertos servicios de las nuevas ciudades industriales. En la actualidad, y después de un largo proceso de industrialización (en los países que lo han experimentado, que no son muchos), el ciclo vital de la mujer parece haber cambiado.

En primer lugar, la mujer recibe más y mejor educación, y aunque ésta es todavía menor de la que suele recibir el varón, son cada vez más las mujeres que poseen conocimientos que les permiten realizar trabajos del tipo *D*. Cada vez es más frecuente que la mujer tenga algún trabajo fuera del hogar y remunerado antes de casarse, aunque gran número de ellas lo abandonan al casarse. Pero, y aquí es donde interviene también el factor demográfico, la esperanza de vida ha aumentado de 35 a 73 años, aproximadamente, lo que implica que la mujer de hoy piensa en esos casi 40 años que tiene por delante después de acabar su ciclo reproductivo y la crianza de los hijos e hijas. De aquí que se pueda afirmar, al menos como tendencia: que en la actualidad es cada vez mayor el número de mujeres que se dedica a actividades del tipo *D* antes de casarse; que cada vez es también mayor el número de mujeres que continúan trabajando remuneradamente fuera del hogar después de casadas, aunque es evidente el abandono de muchas por la crianza de los hijos e hijas; y que está aumentando el número de mujeres casadas que se incorpora a ese tipo de actividades después de acabada la crianza de los hijos e hijas.

En las sociedades urbano-industriales, la mujer no sólo se incorpora cada vez en mayor número a actividades laborales remuneradas fuera del hogar, sino que con evidente rapidez está haciendo desaparecer la tradicional división del trabajo en el hogar y la tradicional división de las ocupaciones en *masculinas* y *femeninas*. Como tendencia al menos, y con todas las limitaciones que se quiera, se observa una incorporación de la mujer a toda clase de actividades.

En nuestro país son muchas las investigaciones que se han ocupado del tema del trabajo femenino. Buena parte de estos trabajos son realizados por mujeres, como los de Margarita Pérez Botija, Ana María López, la condesa de Campo Alange, María Aurelia Capmany, María Angeles Durán, entre otras (1). Precisamente María Angeles Durán ha publicado su tesis doc-

(1) MARGARITA PÉREZ BOTIJA, *El trabajo femenino en España* (Madrid: Colección Congreso, 1961); ANA MARÍA LÓPEZ, «Situaciones de la mujer en el mundo laboral español»; *Eidos* 29 (1968); CONDESA DE CAMPO ALANGE, *La mujer española* (Madrid: Aguilar, 1964); CONDESA DE CAMPO ALANGE et al., *Habla la mujer* (Madrid: Cuadernos para el Diálogo, 1967); MARÍA AURELIA CAPMANY, *La dona a Catalunya: Consciencia i situació* (Barcelona: Edicions 62, 1966); MARÍA ANGELES DURÁN, *El trabajo de la mujer en España* (Madrid: Tecnos, 1972); «Mujer y sociedad», *Papers: Revista de So-*

toral sobre *El trabajo de la mujer en España*, que constituye, sin menospreciar otras aportaciones, una de las mejores y más completas que actualmente existen. Otros investigadores, como del S. Campo, A. de Miguel, o J. M. Maravall, han contribuido igualmente al tema desde una perspectiva sociológica (2).

Este capítulo deriva de un interés no por el trabajo de la mujer en sí, como variable dependiente, sino por la influencia que el trabajo (considerado como actividad remunerada), de la mujer casada, puede tener sobre sus actitudes y comportamientos familiares y sociales, entre ellos el control de natalidad. En efecto, dentro de una amplia investigación realizada en la década de los setenta sobre la *Natalidad y planificación familiar en España*, mediante una ayuda de investigación de la Fundación Ford, el trabajo de la mujer casada ha constituido una de las variables explicativas a la que más atención hemos dedicado (3).

En resumen, el cambio operado en estas últimas décadas en el papel social de la mujer española podría caracterizarse por los siguientes rasgos: (a) Ha crecido considerablemente el número absoluto y relativo de mujeres que estudian (en todos los niveles) y trabajan antes de casarse. (b) Ha crecido también considerablemente el número absoluto de mujeres que trabajan después de casarse. (c) La razón fundamental por la que las

ciología 9 (1978); y ROSA MARÍA CAPEL MARTÍNEZ, *La mujer española en el mundo del trabajo: 1900-1930* (Madrid: Fundación Juan March - Serie Universitaria, 1980).

(2) SALUSTIANO DEL CAMPO, *La familia española en transición* (Madrid: Ediciones del Congreso de la Familia Española, 1960); AMANDO DE MIGUEL, «El trabajo de la mujer, asunto de todos», «La mujer-sexo y mujer-persona», y «Cuando la mujer se libera», en *España, marca registrada* (Barcelona: Kairós, 1972); JOSÉ M. MARAVALL, «Aspectos del empleo femenino en España», *Revista Española de la Opinión Pública* 19 (1970); «La mujer en la sociedad actual», *Revista del Instituto de Ciencias Sociales*, 27-28 (1976); y JESÚS M. DE MIGUEL, *El mito de la inmaculada concepción* (Barcelona: Anagrama, 1979). Una bibliografía bastante completa es la de JULIO IGLESIAS DE USSEL, *Elementos para el estudio de la mujer en la sociedad española: Análisis bibliográfico* (Madrid: Ministerio de Cultura, 1980), que cubre el período 1940 a 1979.

(3) Véase JUAN DIEZ NICOLÁS, «La mujer española ante la planificación familiar» *Tauta* 8 (1973); «Actitudes de la mujer española hacia los métodos de planificación familiar», *Revista Española de la Opinión Pública* 31 (1973); «La mujer casada ¿la pata quebrada...?», *Gentleman* 3 (1973); y «La mujer española y el control de la natalidad», *XIV Reunión Nacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Esterilidad y la Fertilidad* (Universidad de La Laguna, junio 1973).

TABLA 8.1

BATERIA DE PREGUNTAS SOBRE EXPERIENCIA LABORAL.

Pregunta 68

Y ahora respecto a Vd. misma, ¿ha trabajado Vd. alguna vez (me refiero a trabajo remunerado) antes o después de casarse?

1. Sí	5. No (PASE A P. 70)
-------	----------------------

P. 68a. ¿Está usted trabajando ahora?	1. Sí	5. No (PASE A P. 69)
---------------------------------------	-------	----------------------

P. 68b. ¿Trabajó Vd. antes de casarse?	1. Sí	5. No (PASE A P. 68d)
--	-------	-----------------------

P. 68c. ¿Durante cuánto tiempo? _____ meses
--

P. 68d. ¿Cuál es su trabajo actual? (ESPECIFICAR)

P. 68e. ¿Es un trabajo de jornada completa, de media jornada, o sin horario concreto?

1. Jornada completa
3. Media jornada
5. Sin horario concreto

P. 68f. De las siguientes razones que las mujeres suelen dar para trabajar, ¿cuáles les diría Vd. que han sido importantes en su caso? (MULTIPLE)

1. Para tener una ocupación y ejercer una profesión.
2. Me gusta trabajar y disfruto haciéndolo.
3. Necesito ayudar económicamente al hogar.
4. Me gusta tener dinero para mis cosas.
5. Otras razones: ¿cuáles?

P. 68h. ¿Durante cuántos años piensa Usted seguir trabajando en el futuro?

1. Muchos.
2. Algunos más.
3. Pienso dejarlo pronto.

SI LA ENTREVISTADA HA TRABAJADO
PERO NO ESTA TRABAJANDO AHORA

P. 69. ¿Ha trabajado Vd. de forma remunerada desde que se casó?

1. Sí

5. No

P. 68a. ¿Durante cuánto tiempo trabajó Vd. antes de casarse?

_____ meses

P. 68b. ¿Por qué dejó Vd. de trabajar? _____

(PASE A P. 69e)

P. 69c. ¿Trabajó Vd. antes de casarse?

1. Sí

5. No (PASE A P. 69e)

P. 69c. ¿Durante cuánto tiempo? _____ meses

P. 69d. ¿Por qué dejó Vd. de trabajar? _____

P. 69e. ¿Piensa Vd. volver a trabajar en el futuro?

1. Sí 5. No

SOLO A LAS QUE NO HAN TRABAJADO
NUNCA

P. 70. ¿Piensa Vd. trabajar en el futuro?

1. Sí 5. No

mujeres que trabajan dejan de hacerlo después de casarse es la procreación y crianza ulterior de los hijos e hijas. (d) Ha crecido el número absoluto y relativo de mujeres que se incorporan o reincorporan a la población activa después de finalizado el período de reproducción y crianza de los hijos e hijas.

(e) Se está operando un cambio importante en la tradicional división del trabajo entre marido y mujer en el hogar. (f) Están disminuyendo las ocupaciones «reservadas» para hombres o para mujeres exclusivamente.

El trabajo de la mujer es analizado aquí como *variable dependiente* (que, por tanto, tiene que ser explicada, en función de otras variables socioeconómicas) y como *variable independiente* (para explicar diferencias de actitudes y comportamientos relativos a la natalidad y a la planificación familiar.

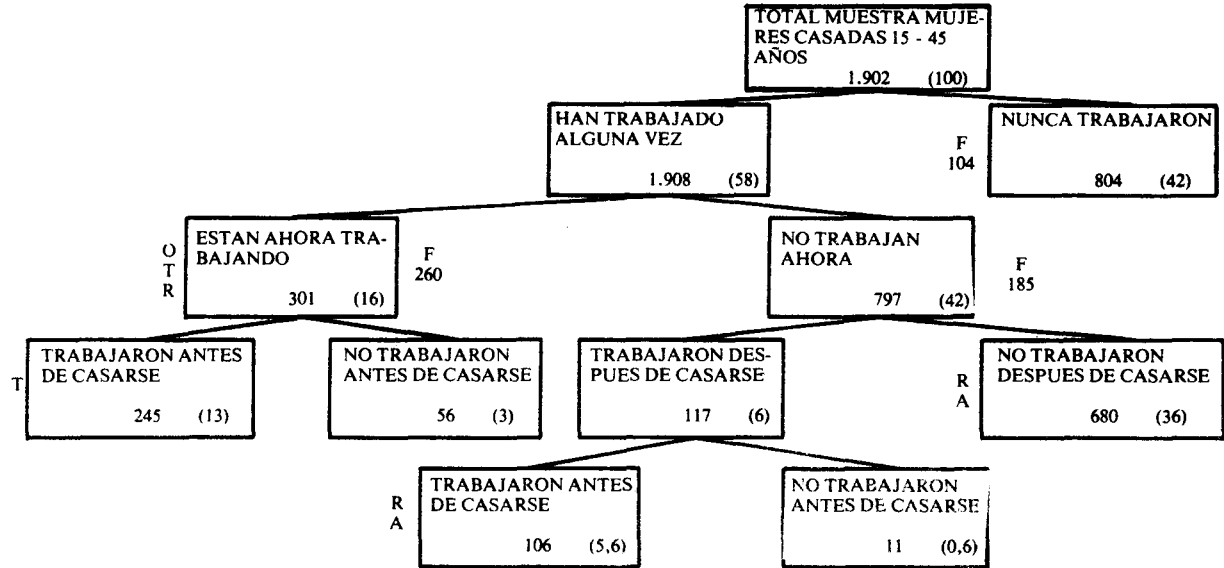
CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS DE LAS MUJERES CASADAS QUE TRABAJAN

La investigación a que nos referimos aquí consistió en una encuesta mediante entrevista personal realizada con una muestra nacional y representativa de 1.902 mujeres casadas, de 15 a 45 años de edad. La batería de preguntas relativas a la experiencia laboral de las entrevistadas, tal y como fue incluida en el cuestionario es la que aparece en la *Tabla 8.1*. En el *Gráfico 8.1* se puede ver la clasificación de las mujeres casadas entrevistadas según su actividad laboral. Como se ve, de las 1.902 mujeres entrevistadas, 1.098 (un 58 %) han trabajado alguna vez de forma remunerada, y 804 (un 42 %) no han trabajado nunca, aunque de estas últimas, 104 (un 13 %) esperan trabajar en el futuro. De las 1.098 que han trabajado alguna vez, sólo 301 (27 %) estaban trabajando cuando se las entrevistó, mientras que 797 (73 %) no estaban trabajando entonces. De las 301 que estaban trabajando en el momento de la entrevista, 260 (86 %) pensaban continuar trabajando muchos o algunos años más, y de las 797 mujeres que no se encontraban trabajando, 185 (23 %) esperaban trabajar en el futuro.

De las 301 que estaban trabajando en el momento de la entrevista, 245 (81 %) trabajaron antes de casarse, y sólo 56 (19 %) no lo hicieron así (no es preciso insistir en que el hecho de estar trabajando en el momento de la entrevista las

GRAFICO 8.1

ACTIVIDAD LABORAL DE UNA MUESTRA NACIONAL DE MUJERES CASADAS DE 15 A 45 AÑOS DE EDAD



* Entre paréntesis aparece la proporción respecto de una cohorte de 100 mujeres.

incluye ya en el grupo de las que han trabajado después de casadas).

Respecto a las 797 que no estaban trabajando en el momento de la entrevista, se pudo averiguar que 117 (15 %) trabajaron después de casarse, pero 680 (85 %) no lo hicieron así. Y de las 117 que trabajaron después de casarse (pero no trabajaban al ser entrevistadas) 106 (91 %) trabajaron también antes de casarse, mientras que 11 (9 %) no lo hicieron.

Todos los datos anteriores pueden ser agrupados con el fin de entenderlo mejor. En efecto, se puede decir que del total de 1.902 mujeres casadas entrevistadas, 804 (42 %) no han trabajado nunca, 680 (36 %) trabajaron sólo antes de casarse, 11 (1 %) trabajaron sólo después de casarse (aunque no en el momento de ser entrevistadas), 106 (6 %) trabajaron antes de casarse (aunque no en el momento de ser entrevistadas), 56 (3 %) estaban trabajando cuando se las entrevistó (pero no habían trabajado antes de casarse) y 245 (13 %) trabajaron antes de casarse, después de casarse y en el momento de la entrevista. Dicho de otro modo, *casi la mitad de las mujeres entrevistadas no han trabajado nunca, y de las que sí han trabajado, la mayoría lo hicieron sólo antes de casarse.* El matrimonio parece haber sido la causa de que gran número de mujeres dejaran, pues, su trabajo. Clasificando los datos aún de otra manera, se observa que un 54 % de las mujeres entrevistadas han trabajado antes de casarse, un 22 % ha trabajado después de casarse y sólo un 16 % se encontraban trabajando cuando se les entrevistó. Un 29 %, sin embargo, esperan trabajar en el futuro.

En base a los datos anteriores se pueden hacer las siguientes afirmaciones:

(a) Cuatro de cada diez mujeres casadas de 15 a 45 años, aproximadamente, no han trabajado nunca de forma remunerada.

(b) De las mujeres que sí han trabajado, nueve de cada diez lo hicieron antes de casarse, pero el matrimonio hizo que buena parte de ellas lo dejara inmediatamente o poco tiempo después, de forma que sólo una pequeña proporción estaban trabajando al ser entrevistadas.

(c) Concretamente, y precisando lo anterior, sólo 16 de cada 100 mujeres casadas, de 15 a 45 años de edad, estaban trabajando cuando se las entrevistó.

(d) Las probabilidades de que una mujer trabaje después

de casada son considerablemente mayores si ya trabajó antes de casarse, que si no lo había hecho entonces.

(e) En la base a lo anterior, parecen muy razonables las expectativas de trabajo futuro que muestran las entrevistadas. En efecto, casi nueve de cada diez mujeres que estaban trabajando al ser entrevistadas pensaban trabajar en el futuro, mientras que 23 de cada 100 mujeres que no estaban trabajando pero sí habían trabajado anteriormente esperaban hacerlo en el futuro. Sólo 13 de cada 100 mujeres casadas que nunca habían trabajado esperaban hacerlo en el futuro.

Con el fin de comprender algo mejor estos datos descriptivos, se formularon algunas preguntas a las mujeres casadas que estaban trabajando en el momento de ser entrevistadas. Así, por ejemplo, a las que además habían trabajado antes de casarse se les preguntó por cuánto tiempo lo habían hecho, pudiéndose averiguar que sólo un 2 % trabajó menos de un año, un 25 % trabajó entre uno y cinco años, y un 66 % trabajó más de cinco años.

A las mujeres que estaban trabajando cuando se las entrevistó se les preguntó también por el tipo de trabajo que realizaban, el tiempo que dedicaban al trabajo y las razones por las cuales trabajaban. Pues bien, respecto a la primera cuestión, se puede decir que sólo un 1 % tenían ocupación de alto estatus, como profesionales y directivas, mientras que el 50 % eran trabajadoras manuales especializadas y no especializadas; de las trabajadoras no manuales, la mayoría se ocupaban en servicios poco o nada especializados. Relacionado con lo anterior está el hecho de que sólo un tercio de las mujeres que estaban trabajando tenían jornada completa: cuatro de cada diez carecían de horario fijo.

Finalmente, a la pregunta de por qué trabajaban, un 66 % afirmaron que la razón más importante era que necesitaban ayuda económica en su hogar; un 10 % afirma que por tener una ocupación y ejercer su profesión, un 11 % dice que le gusta trabajar y disfruta haciéndolo, un 8 % lo hace para tener dinero para sus gastos, y un 2 % da otras razones. En resumen, y según sus propias respuestas, dos tercios de las mujeres que trabajan lo hacen por necesidad económica, y sólo un tercio lo hace por vocación profesional o por realizarse.

Evidentemente, al llegar aquí se planteaba la cuestión de si el trabajo tiene el mismo significado para todas las mujeres con independencia de la posición que cada una de ellas ocupa en la estructura social. Por ello, y tomando los ingresos fa-

miliares como indicador de estratificación, puede averiguarse que: entre las mujeres que tienen ingresos familiares bajos, las que trabajan lo hacen principalmente en ocupaciones muy poco especializadas (que requieren pocos estudios formales), y generalmente trabajan sin horario fijo (ocupaciones poco estables, imaginamos, y poco burocráticas) o con jornada completa (trabajo en fábricas o comercios). Por el contrario, entre las mujeres con ingresos familiares altos, más del 80 % tienen ocupaciones no normales, e incluso un 5 %, aproximadamente, tienen ocupaciones como profesionales y directivas; la mayoría tienen trabajos de jornada completa o de media jornada. En cuanto a las razones de que trabajen, las diferencias son radicales. Mientras ocho de cada diez mujeres con ingresos bajos trabaja porque necesita ayudar económicamente en su hogar, sólo tres o cuatro de las de ingresos altos dan esa razón.

También interesaba confirmar la cuestión de si el matrimonio era o no la principal causa de que la mujer abandone su trabajo. En efecto, preguntadas las mujeres que sólo trabajaron antes de casarse y las que trabajaron antes y después (pero luego lo dejaron) parece existir un consenso casi general en afirmar que abandonaron porque se casaron y/o porque tuvieron un hijo o hija.

En la *Tabla 8.2* se han resumido una serie de características socioeconómicas relativas a mujeres con diferente experiencia laboral. Concretamente se ha dividido a las mujeres con respecto a tres posibles experiencias laborales, según hayan trabajado o no alguna vez, según estuviesen o no trabajando en el momento de ser entrevistadas, y según piensen o no trabajar en el futuro. El objetivo de esto era el comprobar si ciertas variables estructurales influyen o no en que la mujer trabaje. Brevemente, se pueden resumir los resultados de la *Tabla 8.2* en varios puntos.

La experiencia laboral, en cualquiera de sus tres dimensiones temporales, está negativamente relacionada con la edad, en el sentido de que cuanto mayor es la edad de las mujeres, menor es su experiencia laboral pasada, presente, y futura.

La relación entre experiencia laboral y nivel de estudios de la entrevistada parece ser curvilínea, con un mínimo de experiencia entre las mujeres con pocos estudios (primarios). En efecto, parece que la experiencia laboral de las mujeres

sin estudios es superior a la de aquellas mujeres que tienen estudios primarios probablemente porque necesitan ganar algún dinero trabajando en lo que sea, pero a partir del nivel de estudios primarios, cuanto mayor es el nivel de estudios mayor es también la proporción de mujeres que han trabajado, estaban trabajando, o esperan trabajar en el futuro.

El hecho de tener ayuda en las tareas del hogar (servicio o algún familiar), facilita comprensiblemente la posibilidad de trabajo en el presente e incluso explica el que existan expectativas más altas para el futuro. Pero es igualmente comprensible que esta variable no influya sobre la experiencia laboral pasada.

El medio ecológico parece tener también una importante relación con el trabajo femenino. En efecto, las mujeres que proceden de núcleos rurales o semi-urbanos, que residen en municipios de pocos habitantes, han trabajado, trabajan y esperan trabajar en menores proporciones que las mujeres procedentes de núcleos urbanos y metropolitanos, que las mujeres que habitan en grandes ciudades. Este hallazgo que probablemente puede tomarse como cierto, encubre, sin embargo, el fenómeno a que antes nos hemos referido de, que muchos trabajos femeninos típicos de las zonas rurales (ayuda familiar no remunerada) no son considerados como «trabajo» por las propias mujeres.

Existen importantes diferencias regionales de experiencia laboral de la mujer, pero la mayoría de ellas apuntan a una explicación similar a la anteriormente ofrecida, ya que son las zonas industriales las que muestran mayor participación femenina en el trabajo. Es muy posible que si se incluyesen algunas de las otras formas del trabajo femenino a que antes aludíamos, las diferencias interregionales serían menores.

En resumen, que se puede afirmar la existencia de dos variables principales que influyen decisivamente en que la mujer trabaje o no: la *edad* y el *medio urbano-industrial*. En efecto, el nivel de estudios está muy relacionado con la edad, pues a principios de la década de los setenta las mujeres jóvenes solían tener mayor nivel de estudios realizados. Por otra parte, un medio urbano-industrial (característico de ciertas regiones, y propio de municipios con gran número de habitantes), ofrece a la mujer mayores oportunidades de trabajo remunerado fuera del hogar.

TABLA 8.2

CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS DE LAS MUJERES CASADAS QUE TRABAJAN
Y LAS QUE NO TRABAJAN, EN 1972

Características Socioeconómicas:	TOTAL	Experiencia laboral					
		PASADO		PRESENTE		FUTURO	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
Total	(1.902)	58	42	16	84	29	71
Edad:							
15-19 años	(5)	60	40	60	60	60	40
20-24.....	(157)	68	32	27	73	43	57
25-29.....	(393)	65	35	16	84	33	67
30-34.....	(351)	57	43	15	85	28	72
35-39.....	(473)	52	48	14	86	27	73
40-45.....	(517)	55	45	15	85	22	78
Nivel de Estudios:							
Ninguno.....	(197)	62	38	15	85	26	74
Primarios.....	(1.268)	56	44	13	87	26	74
Secundarios y profesionales	(314)	60	40	19	81	33	67
Superiores	(95)	73	27	41	59	56	44

Ocupación del marido:

Estatus alto	(50)	52	48	16	84	18	82
Estatus medio-alto	(307)	56	44	21	79	34	66
Estatus medio-bajo	(511)	46	54	14	86	25	75
Trabajadores especializados	(670)	64	36	14	86	28	72
Trabajadores no especializados	(292)	63	37	15	85	32	68

Estatus socioeconómico familiar:

Alto	(32)	47	53	16	84	19	81
Medio-alto	(122)	55	45	25	75	30	70
Medio	(368)	59	41	21	79	33	67
Medio-bajo	(844)	59	41	14	86	26	74
Bajo	(493)	58	42	14	86	31	69

Composición en el hogar:

2 personas	(122)	66	34	34	66	42	58
3 a 6 personas	(1.524)	59	41	15	85	30	70
7 y más personas	(226)	47	53	9	91	16	84

TABLA 8,2
(continuación)

Características Socioeconómicas:	TOTAL	Experiencia Laboral					
		PASADO		PRESENTE		FUTURO	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
Tiene ayuda en tareas del hogar:							
Sí.....	(576)	57	43	22	78	34	55
No	(1.304)	58	42	13	87	26	60
Origen rural-urbano:							
Rural	(816)	50	50	14	86	29	71
Semi-urbano	(622)	59	41	15	85	25	75
Urbano	(242)	61	39	17	83	31	69
Metropolitano.....	(198)	83	17	23	77	37	63

Tamaño del municipio:

Menos de 2.000 habitantes	(203)	41	59	8	92	26	74
De 2.000 a 10.000	(469)	49	51	14	86	28	72
De 10.000 a 50.000	(395)	54	46	16	84	25	75
De 50.000 a 250.000	(367)	65	35	17	83	28	72
De más de 250.000	(165)	55	45	14	86	26	74
<i>Madrid y Barcelona</i>	(271)	81	19	23	77	41	59

Región:

Galicia	(131)	44	56	19	81	32	68
Vasco-Cantábrica	(219)	50	50	11	89	24	76
Castilla la Vieja	(152)	39	61	9	91	26	74
Catalano-Aragonesa	(362)	74	26	24	76	31	69
Levante	(211)	68	32	21	79	35	65
Castilla la Nueva-Extremadura	(344)	64	36	14	86	31	69
Andalucía Oriental	(169)	48	52	11	89	34	66
Andalucía Occidental	(239)	49	51	11	89	19	81
Canarias	(46)	54	46	28	72	30	70

TABLA 8.3
EXPERIENCIA LABORAL Y NATALIDAD

Historia de natalidad:	TOTAL	Experiencia laboral					
		PASADO		PRESENTE		FUTURO	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
TOTAL	(1.902)	(1.098)	(804)	(301)	(1.601)	(549)	(1.353)
Promedio de edad al casarse (en años)...	23,40	23,60	23,20	23,50	23,40	23,40	23,50
Promedio de meses casada	127,40	118,20	140,00	113,90	130,00	112,00	138,40
Promedio de número de embarazos.....	2,75	2,61	2,95	2,36	,83	2,47	2,94
Promedio de número de hijas e hijos vivos.....	2,63	2,48	2,81	2,35	2,67	2,39	2,77
Promedio de número de meses de embarazo	24,50	23,30	26,10	22,30	24,90	22,50	25,80
Proporción que tuvo su último hijo o hija en hospital (%)	67 %	73	60	70	67	70	64
Proporción que quería tener su último hijo o hija (%)	63 %	64	62	68	63	70	61

Proporción cuyo último embarazo comenzó cuando quería (%)	52 %	54	50	57	51	59	48
Proporción que no puede (o no está segura de poder) tener (más) hijos o hijas (%)	19 %	17	20	18	19	16	21
Proporción que espera más hijos o hijas (%)	45 %	47	44	45	45	49	43
Promedio de hijos o hijas esperadas en total (Esperan tener más)	3,55	3,52	3,61	3,50	3,57	3,52	3,59
Proporción que no está segura de tener los hijos o hijas que quiere (%)	56 %	54	61	37	61	47	63
Promedio de hijas e hijos esperados en total (No esperan tener más)	3,68	3,57	3,83	3,64	3,69	3,58	3,77
Promedio de hijas o hijos deseados si hubiesen podido elegir	3,34	3,32	3,38	3,32	3,35	3,38	3,37
Promedio de hijos e hijas considerado como ideal	3,17	3,09	3,27	3,08	3,22	3,17	3,20

CONSECUENCIAS DEL TRABAJO EN LA MUJER CASADA

Hasta ahora hemos considerado el trabajo femenino como variable dependiente que tenía que ser explicada por otras variables de carácter socioeconómico. Pero ahora utilizaremos esta variable como independiente, como factor explicativo y predictivo de ciertas actitudes y comportamientos. En otras palabras, se trata de averiguar si, como es frecuente escuchar, las mujeres casadas que trabajan difieren de las que no trabajan respecto a ciertas cuestiones de natalidad y otras actitudes y comportamientos hacia la familia. Es bien conocida la hipótesis según la cual la familia está en peligro de deterioro y casi desaparición, como consecuencia de que la mujer casada trabaje.

Con el fin de contrastar, al menos provisionalmente, esta tesis, hemos examinado las diferencias entre mujeres con experiencia laboral y sin ella respecto a ciertas cuestiones de natalidad y respecto a ciertas actitudes y comportamientos sociales. Por lo que respecta a la natalidad, en la *Tabla 8.3* se observan las siguientes relaciones:

Apenas existen diferencias en la edad a la que se casaron las mujeres con y sin experiencia laboral, aunque parece observarse una muy ligera tendencia a que las mujeres que han tenido, tienen o piensan tener una experiencia laboral contrajeron matrimonio a una edad algo superior que las que no tuvieron o no tienen experiencia laboral.

Puesto que ya hemos señalado la relación entre la edad y experiencia laboral no puede sorprender que las mujeres que han tenido, tienen, o piensan tener una experiencia laboral lleven menos tiempo casadas, y hayan tenido un número menor de embarazos, de hijas e hijos vivos, y de meses de embarazo. En otras palabras, las mujeres que tienen experiencia laboral han tenido menos embarazos, pero es posible que ello resulte no tanto de que trabajen o hayan trabajado, sino del hecho de ser, en general, más jóvenes.

Como ejemplo de modernidad se puede observar que la proporción de mujeres que tuvo su último hijo o hija en una clínica u hospital es ligeramente superior entre las que tienen experiencia laboral, pero es posible que se deba a que las mujeres con experiencia laboral son, en general, más jóvenes y con mayor nivel de estudios, y residen en mayor

proporción en áreas urbano-industriales (mejor dotadas de servicios sanitarios).

Diversos indicadores de actitudes hacia la natalidad parecen mostrar que las mujeres que no trabajan son algo más pasivas, más providencialistas, que las que tienen experiencia laboral. Aunque las diferencias entre ambos grupos son pequeñas, son suficientemente consistentes como para ser tomadas en consideración. En efecto, la proporción de mujeres que tuvo su último hijo o hija sin desearlo, cuyo último embarazo comenzó antes o después de cuando hubiera deseado, y que no está segura de lograr tener el número de hijos e hijas que desearía es, consistentemente, superior entre las mujeres que han trabajado, trabajan, o esperan trabajar. Es posible que estas diferencias se deban no tanto a la experiencia laboral en sí como al hecho de que las que tienen experiencia laboral son, como promedio, algo más jóvenes y con mayor nivel de estudios que las que no tienen experiencia laboral.

La proporción de mujeres que no puede (o no está segura de poder) tener más hijas e hijos es algo inferior entre las que tienen experiencia laboral (posiblemente a causa de su mayor juventud). Ello parece explicar, al mismo tiempo, el hecho de que la proporción que espera tener más nacimientos sea también algo superior entre las mujeres que han trabajado, trabajan, o esperan trabajar.

Como era de esperar, finalmente, la experiencia laboral parece estar negativamente relacionada con las actitudes hacia la natalidad. En efecto, las mujeres que han trabajado, trabajan o esperan trabajar, muestran promedios más bajos de hijos e hijas esperadas, deseadas e ideales. Se debe resaltar, en primer lugar, que tanto entre las mujeres con experiencia laboral como entre las que carecen de ella, existe una cierta «natalidad no deseada», pues, como es fácil comprobar, los correspondientes promedios de embarazos esperados son considerablemente más altos que los promedios de embarazos deseados si hubiesen podido elegir. El promedio de hijos e hijas considerado como ideal es, en cada caso, inferior a las otras dos medidas, reflejando así lo que ya ha sido un hecho comprobado en muchas otras investigaciones en España y en otros países.

En conclusión, la evidencia disponible parece indicar que *la experiencia laboral de las mujeres casadas influye sobre su natalidad, pero más a nivel de actitudes que de comportamien-*

tos. En efecto, ya hemø señalado que el promedio de hijas e hijos esperados, deseados y considerados ideales, es inferior entre las mujeres que han tenido experiencia laboral. Sin embargo, en el comportamiento real las diferencias son considerablemente menores, ya que la diferencia existente entre un grupo y otro de mujeres por lo que respecta a número de hijas e hijos vivos, y número de embarazos, se puede atribuir en parte a que las mujeres con experiencia laboral han estado casadas menos tiempo, lo cual se debe, a su vez, a que son más jóvenes. En cualquier caso, la supuesta influencia «negativa» que el trabajo de la mujer casada puede tener sobre la natalidad no parece muy justificada.

Pero no es sólo la repercusión sobre la natalidad lo que perocupa a algunas personas. Piensan que, además, el trabajo de la mujer casada influye notablemente sobre sus actitudes y comportamientos. En este sentido, analizamos hasta qué punto esa afirmación es sostenible y en qué medida. En la *Tabla 8.4* se presentan datos relativos a la relación entre la experiencia laboral de la mujer y ciertas actitudes y comportamientos sociales. La hipótesis de que las mujeres que han tenido experiencia laboral serán más progresistas en general, y respecto a la estructura y pautas familiares en concreto, parece basarse en una imagen relativamente parcial del trabajo femenino. En efecto, tal afirmación parece siempre responder a la idea de un trabajo femenino de carácter creador, pero posiblemente olvida trabajos como los del servicio doméstico, el trabajo de las fábricas, etc. Los datos parecen reflejar, efectivamente, una cierta diferencia entre las mujeres con y sin experiencia laboral respecto a su progresismo-tradicionalismo hacia la estructura familiar, en el sentido de que las primeras son algo más progresistas, y las segundas algo más tradicionales. Las diferencias son, sin embargo, pequeñas, y más pequeñas aún en el caso de como se dividen el trabajo del hogar entre marido y mujer. Si nos at nemos a lo que las mujeres dicen, más del 80 % de los hogares tienen una división del trabajo relativamente igualitaria, aunque la tendencia hacia una estructura patriarcal sea ligeramente más frecuente entre las mujeres que no han tenido experiencia laboral. Dos de los ítems que componen el índice de tradicionalismo-progresismo han sido incluidos separadamente en la *Tabla 8.4*: la opinión respecto a que *la mujer casada trabaje aunque no sea necesario*, y la opinión respecto a que *lo más importante que puede hacer una mujer en la vida es casarse y fundar*

un hogar. En ambos casos las diferencias existentes entre las mujeres que tienen experiencia laboral y las que no la tienen es relativamente pequeña (salvo cuando se examina la situación laboral presente). No deja de ser sorprendente, en este sentido, que más de la mitad de las mujeres entrevistadas muestren su desacuerdo con el hecho de que la mujer trabaje si no le es necesario, y que tres cuartas partes de ellas estén de acuerdo en que lo más importante que puede hacer una mujer en la vida es casarse y fundar un hogar. Respecto a la comunicación en el matrimonio, la mayoría de las mujeres dieron contestaciones que fueron clasificadas como propias de un grado medio o alto de comunicación entre marido y mujer. Pero, además, los datos parecen indicar ligeramente cierta tendencia a que las mujeres que están trabajando muestren un grado algo más alto de comunicación intramatrimonial, correspondiendo el grado más bajo a las que nunca han trabajado. Si esta hipótesis pudiera verificarse con más seguridad, habría que concluir que el trabajo de la mujer contribuye a incrementar el grado de comunicación entre marido y mujer, lo cual, por otra parte, podría atribuirse al hecho de que ambos compartirían una misma experiencia vital, la laboral. Algo más de la mitad de las mujeres entrevistadas se muestran, también, relativamente satisfechas con la vida que llevan, y, una vez más, se ponen de manifiesto ciertas diferencias aparentemente importantes entre las mujeres que trabajan y las que no trabajan, en el sentido de que las que trabajan están, según sus propias palabras, considerablemente menos satisfechas que las que no trabajan. ¿Cabría deducir de aquí que la idea de que la mujer se «libera» mediante el trabajo es una racionalización de ciertas minorías de mujeres, generalmente procedentes de estatus sociales altos y medio-altos? Si la hipótesis fuese cierta, los datos deberían ser interpretados como ilustrativos de que la mujer prefiere no trabajar para ganarse la vida (recuérdese que la mayor parte de las mujeres que trabajan es porque no tiene otra alternativa, razón por la cual lo hace a disgusto). Otra interpretación plausible de estos resultados es que la mujer que trabaja tiene otra experiencia de la vida, se le abren nuevas perspectivas y horizontes, y ello le lleva a contemplar la sociedad y su posición dentro de ella con otra perspectiva más crítica, que incrementa sus aspiraciones y expectativas y, por consiguiente, se manifiesta en una mayor insatisfacción con su situación presente. Aunque carecemos de los

TABLA 8.4

EXPERIENCIA LABORAL, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS SOCIALES

Actitudes y Comportamientos Sociales:	TOTAL	Experiencia laboral					
		PASADO		PRESENTE		FUTURO	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
TOTAL	(1.902)	(1.098)	(804)	(301)	(1.061)	(549)	(1.353)
Indice de actitudes hacia la estructura familiar:							
Tradicional	48	43	54	33	50	39	54
Progresistas	50	54	44	61	48	56	45
Muy progresistas	2	3	2	6	2	5	1
Indice de división del trabajo en el hogar:							
Patriarcal	16	14	19	14	17	14	18
Igualitaria	83	84	80	85	82	84	81
Matriarcal	1	2	1	1	1	1	1

Indice de comunicación en el matrimonio:

Baja	6	7	6	7	6	7	6
Media	70	66	74	66	71	67	73
Alta	24	27	20	27	23	26	21

Indice de satisfacción en la vida:

Satisfechas	51	49	56	40	54	46	54
Indiferentes	39	40	37	43	38	41	37
Insatisfechas	10	11	7	17	8	13	9

Indice de conciencia de movilidad social:

Móviles ascendentes	72	73	71	71	72	71	73
Estables	23	22	24	23	23	21	24
Inestables	2	2	2	1	2	3	1
Móviles descendentes	3	3	3	5	3	5	2

Indice de movilidad ocupacional:

Móviles ascendentes	29	29	27	29	30	27	29
Estables	52	51	55	50	56	52	53
Móviles descendentes	19	20	18	21	14	21	18

TABLA 8.4
(Continuación)

Actitudes y Comportamientos Sociales:	TOTAL	Experiencia laboral					
		PASADO		PRESENTE		FUTURO	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
Indice de «exhibicionismo» social:							
Alto	73	72	72	69	74	72	72
Medio.....	24	24	26	25	24	24	26
Bajo.....	3	4	2	6	2	4	2
Indice de exposición a medios de comunicación de masas:							
Alto	23	24	22	25	23	22	24
Medio.....	60	59	63	56	61	58	61
Bajo.....	17	17	15	19	16	20	15

Indice de religiosidad católica:

Religiosas-Practicantes	63	58	70	56	65	60	68
Practicantes-Ritualistas	5	6	5	6	5	5	5
Religiosas-No Practicantes	3	4	2	5	3	3	3
Indiferentes	25	28	22	28	25	29	22
No Religiosas-No Practicantes	4	4	1	5	2	3	2

Opinión respecto a que la mujer casada trabaje aunque no le sea necesario:

De acuerdo	46	48	43	60	44	59	40
En desacuerdo	54	52	57	40	56	41	60

Opinión respecto a que lo más importante que puede hacer una mujer en la vida es casarse y fundar un hogar:

De acuerdo	74	72	76	65	75	68	78
En desacuerdo	26	28	24	35	25	32	22

datos necesarios para aceptar una hipótesis u otra, la segunda parece más acorde con la teoría respecto a la movilidad social y la estratificación social. Las mujeres que trabajan y las que no trabajan prácticamente no difieren respecto a la conciencia que tienen de su propia movilidad social (que, de aceptar sus respuestas sobre sí mismas, parece fundamentalmente ascendente). Tampoco parecen diferir respecto a la movilidad ocupacional realmente experimentada por sus respectivos maridos. Y tampoco resultan muy aparentes las diferencias respecto al grado de «exhibicionismo» social de unas y otras (aunque en este aspecto parece que las que trabajan son las menos «exhibicionistas»). Finalmente, la exposición a medios de comunicación de masas es muy similar entre las mujeres que trabajan y las que no trabajan. En lo que sí parecen existir diferencias importantes es respecto al grado de religiosidad (católica) en el sentido de que éste suele ser menor entre las mujeres que están trabajando y máximo entre las que no han trabajado nunca. En efecto, mientras la proporción de religiosas-practicantes es bastante superior entre las mujeres que nunca han trabajado, la proporción de indiferentes y de no religiosas-no-practicantes es realmente superior entre las que estaban trabajando cuando se las entrevistó. La conclusión más inmediata sería la de que el trabajo femenino puede alterar sus actitudes en el sentido de secularizarlas, pero caben también otras interpretaciones como las relativas a las diferencias de edad y de clase social entre las mujeres que trabajan y las que no trabajan. En cualquier caso, parece que la primera hipótesis sería bastante plausible, no en el sentido de que el trabajo de la mujer sea la causa de que ésta sea menos practicante (en religión católica), sino en cuanto que es razonable que, conjuntamente con otras variables estructurales e individuales, contribuya a una mayor indiferentismo (o mejor secularización) y falta de práctica en materias religiosas.

En resumen, en España no parece que el trabajo femenino influya en las actitudes y comportamientos familiares de las mujeres tanto como algunos estudios han sugerido. En realidad es incluso posible que otras variables socioeconómicas expliquen las actitudes y comportamientos citados mejor que la variable «trabajo de la mujer». Lo anterior no impide, sin embargo, que existan ciertas diferencias apreciables entre las mujeres casadas que estaban trabajando cuando se las entrevistó, las que no estaban trabajando, y las que no han trabajado nunca. En

efecto, parece que los datos sugieren cierta influencia del trabajo femenino sobre las actitudes y comportamientos familiares de la mujer. Así, por ejemplo, parece que las mujeres que trabajan son algo más progresistas, se comunican algo más con sus maridos, están algo menos satisfechas de como les va en la vida, y son algo menos religiosas-practicantes.

La cuestión de la denominada «liberación» de la mujer no puede, sin más, relacionarse con la cuestión del trabajo remunerado de la mujer fuera del hogar. En primer lugar porque la Revolución Industrial ya significó una cierta incorporación de la mujer (¡incluso de los niños y niñas!) al trabajo, y han hecho falta muchas décadas de reivindicaciones sindicales para lograr unas garantías de condiciones de trabajo protectoras, especialmente de la mujer gestante y de los (y las) jóvenes. Es preciso diferenciar entre los conceptos de «trabajo-diversión» y «trabajo-necesidad». La mayor parte de los seres humanos trabajamos por necesidad (salvo unos pocos privilegiados), y es por relación a ese tipo de trabajo por lo que se habla generalmente de alineación (en un esquema muy simplificado). Si el trabajo-necesidad puede ser alineante, el trabajo-diversión es generalmente liberador, en cuanto que suele ser más creador y ejercido libremente. Teniendo esto en cuenta, parece que cuando se habla de la liberación de la mujer a través del trabajo, se suele estar pensando en el trabajo-diversión, es decir, el que se realiza por parte de ciertas mujeres que no *necesitan* trabajar para mantener una familia. Es evidente que en estos casos la relación laboral es muy distinta a la que se produce en situación de trabajo-necesidad.

Entre los rasgos que caracterizan a la actividad denominada «trabajo-diversión» se podrían resaltar los siguientes: (a) *Desigualdad favorable de partida*, en el sentido de que las mujeres que pueden optar al trabajo-diversión proceden de clases sociales altas o media-altas, lo que les ha permitido adquirir una especialización o utillaje de trabajo difícilmente asequible a mujeres procedentes de otras clases. Por ejemplo, un puesto de secretaria de dirección muy cualificada requiere relaciones sociales personales amplias (que suelen basarse en las relaciones familiares previamente existentes), y buen conocimiento de idiomas (que se suele adquirir mediante frecuentes, largos, y costosos viajes al extranjero). Otro ejemplo puede ser el de «estheticienne»; entre dos especialistas, una de estatus bajo y otra de estatus alto, la prime-

ra (si es que ha logrado pagar el alto costo de los cursillos que dan acceso al diploma) tendrá que «alquilar» sus servicios y trabajar a sueldo por cuenta ajena, mientras que la segunda podrá «imponer» su propio negocio, adquiriendo el utillaje necesario para asegurarse el éxito. (b) *Desigualdad en la relación laboral*, en el sentido de que la relación de dominación-sumisión con el superior es muy distinta según se trate del trabajo-diversión o del trabajo-necesidad. En este último caso la sumisión por parte de la mujer trabajadora está condicionada obviamente por el miedo a perder el empleo, mientras que en el primer caso es muy probable que no exista tal relación de sumisión (o si existe será en un grado inferior), e incluso puede hasta producirse la curiosa situación en que el superior «dependa» realmente de la mujer trabajadora (por la pertenencia de ésta a un alto estrato social que le da acceso a ciertas relaciones personales con personas que a su vez mantienen relaciones de dominación con el citado superior). (c) *Desigualdad en el trabajo en sí*, en cuanto que, generalmente al menos, la mujer trabajadora-por-diversión puede dedicarse a actividades más creadoras, frente a la mujer trabajadora-por-necesidad, cuyas actividades son más rutinarias. En el primer caso parece lógico aceptar que el trabajo puede ser un instrumento de liberación, pero para muchas de las mujeres-trabajadoras-por-necesidad, la liberación se logra precisamente dejando de trabajar. No olvidemos que, en el caso de las mujeres-trabajadoras-por-diversión, el trabajo suele significar el abandono por parte de la mujer de las rutinarias faenas caseras y la dedicación a una labor creadora, y es en este sentido en el que el trabajo puede justamente ser calificado de liberador. Pero, en el caso de las mujeres-trabajadoras-por-necesidad, las faenas del hogar, en una pareja conservadora, suelen acumularse a las propias del trabajo (trabajo que no suele ser muy creador), por lo que los aspectos liberadores no parecen muy visibles.

En resumen, y para terminar, podría afirmarse que: es preciso plantearse la problemática del trabajo femenino en su totalidad, y no limitado al trabajo-remunerado-fuera-del-hogar. Es innegable, sin embargo, la rápida y creciente incorporación de la mujer española a la población activa; gran parte de las mujeres que trabajan dejan de hacerlo al casarse o al tener su primer hijo o hija; está aumentando el número de mujeres que se incorporan a la población activa después de finalizar la crianza de las hijas e hijos; el trabajo feme-

nino no parece alterar significativamente los comportamientos relativos a la vida familiar y natalidad; pero sí influye sobre los comportamientos a medio y largo plazo; y, el trabajo femenino puede ser un elemento liberador en ciertos grupos de mujeres, pero quizás no en otros, y en cualquier caso debería venir acompañado de otros condicionantes sociales complementarios. No puede analizarse el tema del control de natalidad separado del trabajo de la mujer, estructura familiar, y valores sociales. Y viceversa.

9. HACIA UNA POLITICA DE POBLACIÓN EN ESPAÑA

El control de natalidad en España es un proceso tardío, débil, y diferente respecto del resto de los países europeos. En esto sigue la pauta demográfica de ser mitad-Europa y mitad-Latinoamérica. Es un país atípico para su nivel de desarrollo, en el que a finales de la década de los setenta todavía menos de la mitad de las parejas controlaban la natalidad, y menos de una de cada cuatro practicaban un método *eficaz* de contracepción (frente a tres de cada cuatro parejas en otros países desarrollados). Cada país parece tener sus métodos, relacionados con su historia reciente; España es país de coitos interrumpidos.

Pero no sólo existe un retraso llamativo en las prácticas de control de natalidad, sino también en el análisis de sus causas y consecuencias. No fue hasta 1964 que se iniciaron los primeros estudios, imperfectos; y no es hasta 1977 que se estudió por primera vez las pautas reales de contracepción de la población total (y no sólo las actitudes). A pesar de ello, se tardaron tres años más en analizar esas pautas y comentar esos datos fiables. Así pues, las conclusiones que aquí siguen son más bien una docena de hipótesis de partida para futuros estudios sobre el control de natalidad en España; los que irremediamente tendrán que realizarse en los años ochenta.

1. Hemos visto que la noción de control de natalidad contiene, al menos, dos procesos: el de *espaciamiento* de los nacimientos entre ellos, y entre la celebración del matrimonio y el primer embarazo; y el de la *limitación* del número total de hijas e hijos que se desean tener. En España, donde el

control de natalidad es tardío y débil, se tiende moderadamente a limitar los nacimientos, pero sólo en una minoría de casos a espaciarlos voluntariamente. La proporción de parejas que practican el control de natalidad antes del primer embarazo es muy baja, y así el *intervalo protogenésico* es corto. Desciende, eso sí, el número total de nacimientos que se tienen, pero no las pautas de cuándo, y cómo, tenerlos. Sólo en algunos pocos centros desarrollados-y-urbanos (*Barcelona* y *Madrid* sobre todo) se inicia ya la pauta de espaciamiento, primero separando racionalmente los nacimientos entre sí, y posteriormente retrasando el primer nacimiento. Se observa así un complicado proceso que va pasando, aproximadamente, por las siguientes etapas:

a) Ningún control de natalidad racional; no se planifica ni la limitación ni el espaciamiento de los nacimientos.

b) Se empieza a limitar el número total de nacimientos que se desean.

c) Se trata de espaciar los embarazos, especialmente a partir del primer nacido-vivo.

d) Se produce un aumento sensible del intervalo protogenésico (duración entre el matrimonio y el primer nacido-vivo).

e) La combinación de las pautas de limitación, espaciamiento, y retraso del primer nacimiento se empiezan a corregir mediante sistemas de control de alta eficacia (píldora, DIU, esterilización) y cada vez menos mediante sistemas tradicionales.

f) Se produce un aumento sensible del número de mujeres esterilizadas, y cada vez es mayor la tasa de vasectomías (esterilizaciones masculinas).

España se encuentra todavía en la tercera etapa: el intervalo protogenésico es todavía muy corto. Más de la mitad de las parejas tienen el primer nacido-vivo durante el primer año de casados, y sólo una minoría (una de cada siete parejas) controla la natalidad durante ese intervalo. Es por ello, que el mejor indicador actual de cambio es *la proporción de parejas que controlan la natalidad, por un método de alta*

eficacia, durante el intervalo protogenésico, hasta que deciden tener un embarazo. Otro indicador aceptable sería *la duración del intervalo protogenésico, en años*.

2. El control de natalidad, tal y como ahora se entiende, supone una interferencia racional de los procesos naturales de la fecundidad humana. Según algunas personas esta interferencia es «excesiva», aunque no tienen en cuenta que su necesidad viene motivada por otra interferencia anterior: la caída de la tasa de mortalidad debida al desarrollo del conocimiento médico, su aplicación a la población, y el aumento del nivel de vida. Lo que sorprende es que el control de natalidad en España mantiene todavía una relativa *pauta de irracionalidad*. Es decir, que la práctica del control de natalidad no sigue a situaciones de deseo de limitación de nacimientos, sino a variables familiares estructurales (edad de la mujer, nivel de estudios, ocupación, años de matrimonio, clase social, etc.). Menos de la tercera parte de las parejas han hablado alguna vez entre ellos sobre el tema del número total de hijas e hijos que desearían. Más aún; no existen diferencias significativas de pautas de control de natalidad (ni métodos concretos de contracepción) según el deseo o rechazo de un posible embarazo. Esto es más llamativo si tenemos en cuenta que la proporción de parejas que controlan la natalidad a finales de los años setenta es baja (menos de una de cada dos parejas). Tampoco varían las prácticas de control conforme al número de hijas o hijos que ya se tienen, ni si la mujer trabaja fuera del hogar. Sólo entre las mujeres más jóvenes parece que el hecho de tener ya varios hijos e hijas, o trabajar (fuera del hogar), representa una diferencia sensible. No es pues de extrañar que no exista una adecuación entre el deseo y la realidad: el número de hijas e hijos que se querían tener y el que luego se terminan teniendo. El hecho de que el control de la natalidad *no* dependa del número de hijas e hijos que ya se tienen, ni de los deseos de un embarazo futuro, tiene otra explicación sociológica. Se considera todavía que el sexo y la fecundidad no son actos racionales; al contrario, que sólo se disculpan si son pasionales, impulsivos, y no premeditados racionalmente. Sin embargo, aunque no se apliquen esquemas racionales al sexo y la fecundidad, los resultados sí son analizados con realismo. Nos encontramos así con que a finales de la década de los setenta cerca de un tercio de las mujeres-casadas no deseaban su último embarazo, y que casi las dos terceras partes

no desean otro nacimiento. A pesar de ello menos de la mitad de las parejas utiliza un método realmente eficaz. La mitad pues de las mujeres que no desean otro nacimiento terminan embarazadas.

3. En la utilización de métodos de control de natalidad conviene distinguir entre *eficacia* y *seguridad*. Un método cualquiera es «eficaz» si evita el nacimiento (o el embarazo); «seguro» si no tiene efectos secundarios, y sobre todo si la tasa de mortalidad es baja. La combinación de estos dos factores es diferente en cada método, y a su vez se relaciona con las pautas de limitación y espaciamento. Cuando no se desea otro nacimiento puede primar la eficacia sobre la seguridad; en el mero espaciamento algunas parejas tienden a primar la seguridad sobre la eficacia. No hay, sin embargo, métodos totalmente eficaces ni totalmente seguros; lo que es peor, los métodos altamente eficaces son en general poco seguros, con lo que se explica la ansiedad de las parejas actuales respecto del control de natalidad. Por otro lado, la baja utilización de métodos eficaces (pildora, DIU, esterilización) refleja en el fondo la indecisión de las parejas sobre si tener o no más embarazos, y sobre todo cuándo tener el último nacimiento. La *eficacia real*, es decir del uso en la práctica, es baja; una de cada seis mujeres quedó embarazada utilizando un método de contracepción. Estas mujeres ya no cambian a métodos más eficaces; sólo las jóvenes, con baja fecundidad, practican métodos eficaces. Estos métodos eficaces no sólo son más racionales, sino que no están relacionados directamente con el coito, con lo que su aceptación debería ser más fácil. La solución a esta aparente contradicción es que (salvo en algunos centros de *Barcelona* o *Madrid*) algunos métodos de alta eficacia están todavía prohibidos en España. Además, todo nos hace sospechar que *cuanto más eficaz es un método de control de natalidad mayor es la oposición del gobierno, y menor es la colaboración de la profesión médica establecida*. El método más eficaz (y curiosamente también el más seguro) es la vasectomía —o esterilización masculina— prácticamente desconocida en España. Respecto de la seguridad hay que tener en cuenta que todo método de control de natalidad comporta un riesgo fatal (de mortalidad); sin embargo, éste suele ser inferior al del embarazo-parto-puerperio (salvo el caso de la pildora en mujeres-maduras, y la IVE ilegal).

4. Las pautas de control de natalidad en España (por lo

menos hasta 1981) no dependen pues de variables de fecundidad sino de factores sociales estructurales. Los dos factores que explican el actual retraso y la baja incidencia del control de natalidad han sido el régimen franquista y la ideología católica integrista. En términos generales, la variable que mejor explica el *conocimiento* sobre métodos de control de natalidad es la clase social; la *utilización en el pasado* es la edad; y la *utilización actual* es la educación de la mujer y el lugar de residencia de la familia. Todo ello hace suponer que el control de natalidad es una pauta asociada estrechamente por un lado con el desarrollo socioeconómico y por otro con los procesos de urbanización. Así se observa que *Barcelona* y *Madrid* (capitales) adoptan las posturas más progresistas (son, por ejemplo, las dos áreas donde el consumo de píldora es mayor); y que las comunidades más conservadoras son las «ciudades medias» (10.000 a 50.000 habitantes), y sobre todo del *macizo de la raza* (como Ridruejo denominaba a Castilla la Vieja). Esto hace suponer que existen otros factores importantes que explican el control de natalidad.

5. En los países desarrollados apenas hay diferencias de control de natalidad según la edad de la población. Esto no es así en España, en donde la edad es una de las variables que introduce más cambios en las opiniones y conducta sobre el control de natalidad. Esto supone, de entrada, que los procesos de cambio en la actualidad son muy rápidos, y que todavía la situación no se ha estabilizado. Las personas jóvenes tienen pues poco en común con las de más edad, lo que explica el alto nivel de desacuerdo, y polémica, dentro de la población. Todo hace suponer que hacia el año 2000 las actitudes serán más homogéneas, y que eso permitirá la legalización de los métodos más eficaces (DIU, esterilización, e incluso IVE). En la actualidad las personas jóvenes no sólo controlan *más* la natalidad sino *mejor*, es decir con mayor eficacia (aunque no necesariamente con mayor seguridad). La variable edad es tan importante que se llega a producir una falacia ecológica típica: *las mujeres que desean otro embarazo controlan más la natalidad que las que no desean otro embarazo*. La aparente contradicción depende de una *pauta de jóvenes-maduras* que se produce; es decir la tendencia de las mujeres *jóvenes* a no controlar la natalidad porque todavía desean más nacimientos para empezar o completar la familia, y de las mujeres *maduras* a no controlar porque son tradicionales, nunca han controlado antes, o ya

no necesitan controlar. En ambos casos los extremos se parecen, lo que confirma la conclusión previa de que a finales de los años setenta en España se limita ya el número de nacimientos, pero no se planifica su espaciamento.

6. Junto al nivel global de desarrollo (crecimiento económico y urbanización) el factor que mejor explica las variaciones de control de natalidad es la clase social (como combinación de indicadores: ocupación, educación, riqueza). Cuanto mayor es la clase social, y sobre todo el nivel de educación de la mujer, mayor es también el control de natalidad. Esto supone un alto nivel de desigualdad social, en perjuicio de las clases bajas. La población con menos recursos económicos controla menos la natalidad, utiliza métodos menos eficaces y menos seguros, tiene más embarazos no queridos, seguramente más abortos ilegales no realizados por personal sanitario técnico, una mortalidad materna más elevada (por parto y por aborto), y a pesar de todo tiene más nacimientos-no-deseados. Precisamente por eso llama la atención que sean las clases altas, y la propia profesión médica, quien se oponga a una mejor distribución social de recursos de control de natalidad entre la población. Se produce en España una *pauta pobres-ricos*, en que los dos extremos de la pirámide social tienen bastantes hijas e hijos: los ricos por motivos ideológicos tradicionales (políticos y religiosos) y los pobres por ignorancia. Curiosamente los dos extremos se parecen: los cuadros superiores urbanos y los jornaleros rurales. La variable *educación de la mujer* es la que más discrimina en la actualidad, por encima de la religiosidad y clase social. De todas formas un alto nivel de estudios en la mujer no parece cambiar las pautas de control de natalidad hasta muy recientemente, con lo que las mujeres con estudios superiores pero de edad madura mantienen sus pautas tradicionales.

7. Una de las conclusiones más importantes es que la influencia considerable de la Iglesia Católica en las políticas nacionales de control de natalidad no se refleja en la conducta privada de las personas, ni siquiera en aquellas que se autodenominan como «católicas-practicantes». El método del *ritmo* (el único permitido por la ideología católica) es utilizado como sistema de contracepción por una proporción pequeña de parejas (una de cada diecisiete), no muy superior a otros países no-católicos. Por otro lado, un tercio de las mujeres casadas, y que se consideran católicas-practicantes, controlan la natalidad por algún método prohibido por la Iglesia Cató-

lica. Tan sólo se nota una cierta influencia de la religiosidad en las mujeres que todavía no han quedado nunca embarazadas. Entre las que tienen ya hijas o hijos el factor religiosidad no sólo no reduce la práctica contraceptiva sino que a veces parece aumentarla. Lo mismo sucede en las clases bajas. Sólo en las clases altas, estratos muy urbanos, y niveles altos de educación parece que la religiosidad mantiene una influencia sensible sobre la conducta contraceptiva. Todo parece indicar que la ideología católica es un factor relevante en aquellos grupos en donde la capacidad de decisión sobre la fecundidad es mayor.

8. Las anteriores conclusiones nos llevan a considerar que la forma concreta de control de natalidad no es indiferente de sus objetivos (limitación *versus* espaciamiento) ni sus características (efectividad *versus* seguridad). Es factible pues llegar en el caso de España (y en la década de los ochenta) a una tipología de métodos de contracepción. Los diversos métodos de contracepción se pueden agrupar en tres tipos, que indican a su vez conductas determinadas: *primitivos* (poco o no-eficaces, que no permiten ni la limitación real ni el espaciamiento racional); *tradicionales* (poco eficaces pero seguros, conformes con la moral y las pautas culturales); y *modernos* (en general de alta eficacia; píldora, DIU, y esterilización; con problemas de seguridad pero que permiten tanto la limitación como el espaciamiento). Dentro de esta tipología habría que tener en cuenta un cuarto grupo: las parejas que *no* utilizan ningún método. Curiosamente estos cuatro grupos coinciden, aproximadamente, con una evolución histórica del control de natalidad en la sociedad, con la única excepción de la dificultad de situar la IVE en la tipología.

9. No sólo el cambio de actitudes sobre el control de natalidad ha tenido un impacto sobre la utilización de métodos, sino que el descubrimiento de nuevos métodos (o su perfeccionamiento) ha supuesto cambios importantes en las pautas de control de natalidad. El caso más claro es el de *la píldora*, cuya entrada en España ha permitido un aumento considerable de parejas que controlan por un método eficaz. Sin embargo su penetración no ha venido acompañada de una revisión médica suficiente. Se da la paradoja de que ahora que el uso de la píldora se pone en cuestión en el resto del mundo, es cuando más a ciegas se acepta en España. La actitud (y responsabilidad) de grupos progresistas, populares,

y feministas es ambigua, pues por un lado se defiende la píldora (como forma de controlar el propio cuerpo y permitir una sexualidad más libre), y por otro lado se ataca (por sus efectos secundarios, mortalidad, y por ser la mujer la que carga con las consecuencias). Es parte de la pauta de que los métodos se comercializan en España precisamente cuando su consumo empieza a descender (relativamente) en el resto del mundo, o cuando los controles técnicos (médico-farmacéuticos) en otros países encarecen mucho el producto. De todas formas a finales de los años setenta el problema no era todavía agudo; la mayoría de las mujeres que ingieren la píldora la llevan tomando menos de dos años. Se puede predecir, pues, que el consumo va a aumentar todavía unos años (hasta un máximo de la cuarta parte de las parejas en edad fértil) para luego descender, y ser utilizada solamente por mujeres jóvenes, no fumadoras, en muchos casos solteras, y con propósitos sobre todo de limitación total. Las otras dos alternativas eficaces (DIU y esterilización) aumentarán entonces, superando así su bajísima utilización actual en España.

10. Llama la atención que la esterilización, que en el resto del mundo es un método cada vez más popular de *limitación* de la natalidad (por obvias razones no lo es de *espaciamiento*) apenas si se utiliza en España. En concreto, la *vasectomía* (esterilización masculina) no es sólo de gran efectividad, y total seguridad, sino que es el único método de alta eficacia accesible a varones; pero en España (en 1978) apenas se utiliza en cinco casos cada diez mil varones (en edad fértil). La mayoría de las (pocas) esterilizaciones femeninas que se realizan son «por razones médicas», es decir supuestamente sin fines contraceptivos. Sin embargo, todos los datos nos indican que muchas de esas esterilizaciones cubren objetivos directos de contracepción. La utilización de la esterilización como forma de control de natalidad supone un cambio radical en la forma de entender las relaciones de fecundidad, e incluso la estructura familiar. No sólo se acepta la alteración racional y voluntaria de los procesos de fecundidad (es decir la contracepción), sino que hay que aceptar además la decisión racional de no tener más descendencia —y convertirse en una persona estéril— a una edad relativamente temprana (cada vez más temprana). Sociológicamente lo que más llama la atención es que esa actitud prospere, precisamente en una sociedad en la que la tendencia

actual es a dudar de las decisiones, a considerar las uniones matrimoniales cada vez más como temporales, y a defender la reversibilidad de todas las decisiones personales y profesionales. España aparece retrasada en esta evolución, pero todo indica que va a iniciar ese proceso antes del año 2000; caminando quizás hacia una «sociedad estéril», en donde más de la tercera parte de las parejas (incluyendo todas las parejas, incluso las jóvenes) estén esterilizadas. Esta operación va a ser cada vez más aceptada precisamente por las clases altas, y por los varones.

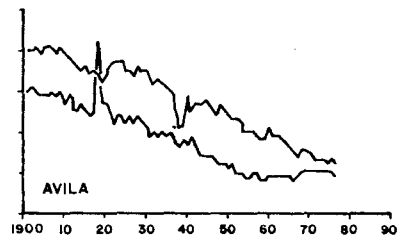
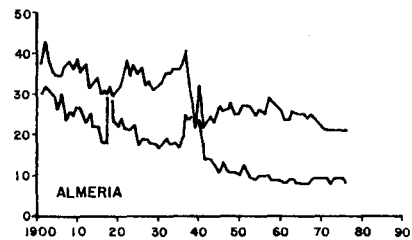
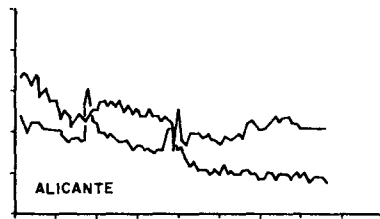
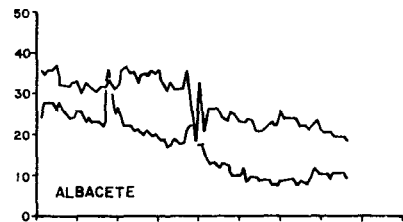
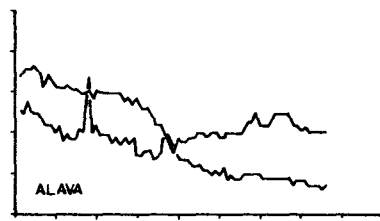
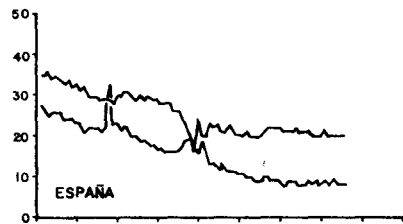
11. Desde un punto de vista científico el control de natalidad considera tanto el control del embarazo como el del nacimiento; es decir, que incluye también la *interrupción voluntaria del embarazo* (IVE). Dado el ataque frontal a la IVE actualmente en España, y a su estatus de ilegalidad, la posibilidad de conseguir datos fiables es mínima. Tampoco debe extrañar esto, pues los primeros datos fiables sobre contracepción no se publicaron hasta 1978. Todo parece indicar que España es uno de los primeros países exportadores de abortos. El evitar la IVE va a ser uno de los argumentos más utilizados a partir de ahora no sólo para legalizar los métodos de contracepción, sino incluso para permitir su difusión y su financiación pública en algunos casos. Paradójicamente en una primera etapa esta liberalización va a suponer un aumento (y no una reducción) del número de IVEs, lo que puede producir además un aumento sensible de la mortalidad femenina. Es decir, que el propio deseo de reducir la IVE va a aumentarla, con lo que las polémicas en torno al tema van a ser importantes. Estamos de acuerdo con que, «la completa eliminación de la IVE a través del uso efectivo de contraceptivos es un objetivo distante y probablemente no obtenible» (1). Para los organismos internacionales el problema no se trata solamente de legalizar la contracepción, la IVE, y la esterilización, sino que los gobiernos deben ser responsables de hacer accesible métodos efectivos de control de natalidad, gratis o al mínimo coste de producción, a cualquier persona en edad fértil. Pero con este *wishful thinking* llegamos ya a la última conclusión del libro.

(1) Véase, por ejemplo, el informe de la National Academy of Sciences (y la AID): *Rapid Population Growth: Consequences and Policy Implications* (Baltimore: Johns Hopkins Press, 1971), vol. 1: «Summary and Recommendations», p. 57, y *passim*.

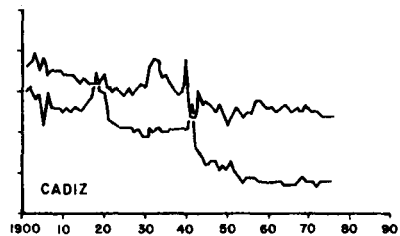
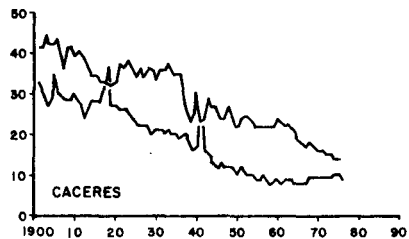
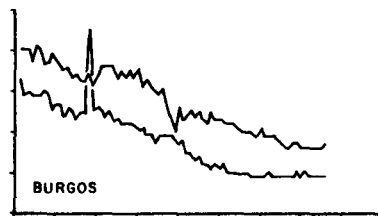
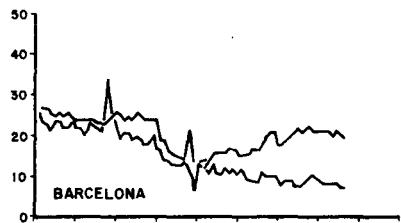
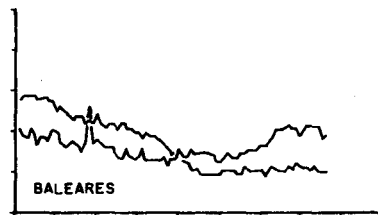
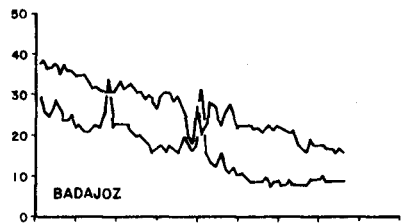
12. Observamos que el control de natalidad, como un fenómeno sociológico bien definido, no hace más que reflejar los cambios de la estructura social española, y las transformaciones del papel de la mujer. Una sociedad más capitalista, hedonista, e incluso «narcisista», como es la de los años ochenta, tiene forzosamente que producir un mayor consumo (o «consumismo» si se prefiere) de todo, incluyendo relaciones sexuales y control de natalidad. En ese sentido el control de natalidad va por delante de las leyes (como se ha visto ejemplificado en el caso de la IVE) e incluso de las normas morales y religiosas (las parejas católicas españolas practican masivamente métodos de control de natalidad prohibidos por la Iglesia Católica). Todo esto supone un doble estándar normativo, y un alto nivel de desigualdad social. Por eso la intervención gubernamental sobre el control de natalidad en los países desarrollados no ha significado un gran incremento del número de parejas que controlan la natalidad (un porcentaje difícil de cambiar con leyes), sino la reducción drástica de: *embarazos no queridos*, *mortalidad femenina* (debida a falta de intervención médica y asistencia sanitaria adecuada), y *desigualdades sociales* de procreación entre ricos y pobres (población educada y analfabetos). Los dos objetivos y responsabilidades públicas son entonces la relativa igualdad de *información* sobre métodos de control de natalidad, y la igualdad de *acceso* a métodos eficaces (y seguros). Los movimientos feministas se han unido a estas reivindicaciones —también en España— pidiendo el acceso a métodos de control de natalidad eficaces, baratos, seguros, y fáciles de obtener. Desde un punto de vista técnico se ha demostrado que el sistema más seguro de control de natalidad sería un cambio en las pautas de penetración (siempre asociadas a las relaciones sexuales), junto a la combinación de un método *no*-altamente-eficaz (pero muy seguro), utilizado con el máximo de cuidado, y asociado a una IVE precoz realizada en un hospital (a ser posible dentro del sector público) para cubrir los posibles fallos. Con este sistema triple se minimiza el *riesgo de mortalidad*; en el futuro uno de los criterios que se van a considerar básicos para la utilización de métodos de control de natalidad en España. Quizás por primera vez las personas no sólo van a preocuparse por controlar la natalidad, sino también por no enfermar. Y con ello volveremos a empezar, otra vez, la historia de la medicina.

**APENDICE DE GRAFICOS Y TABLAS
PROVINCIALES**

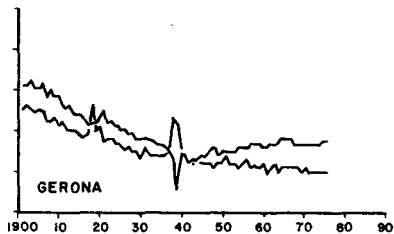
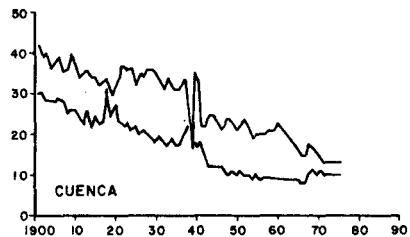
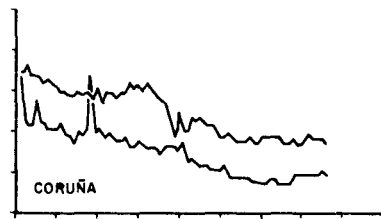
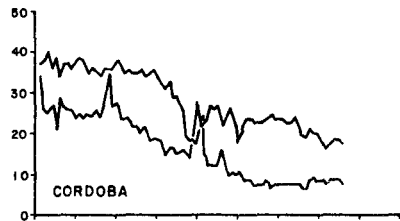
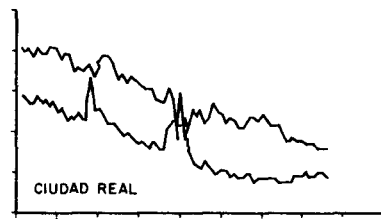
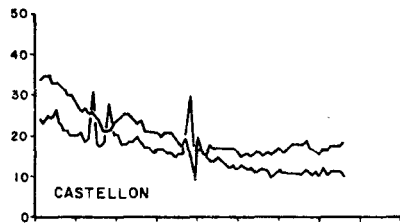
TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS, 1901-76



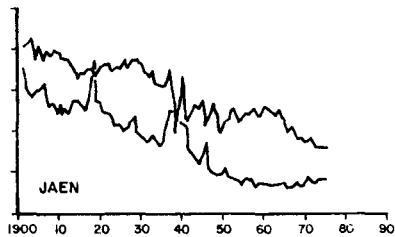
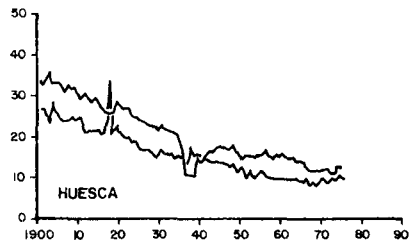
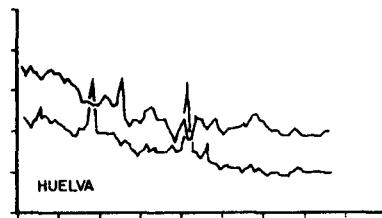
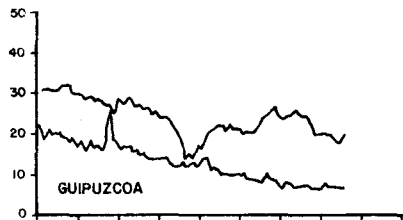
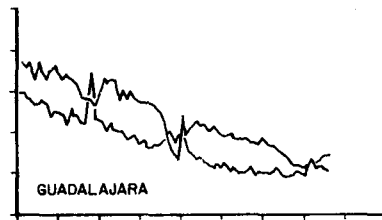
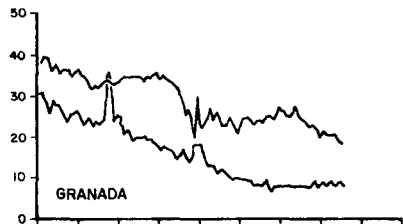
TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS, 1901-76



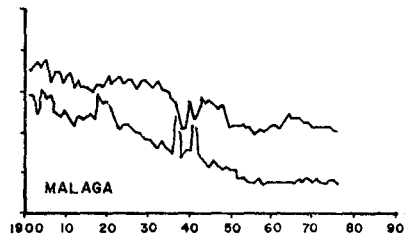
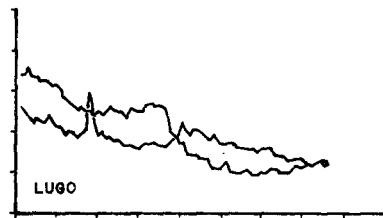
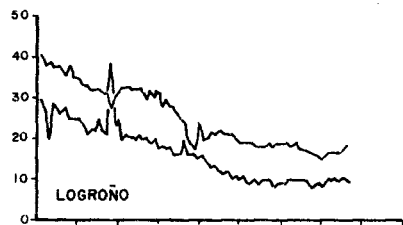
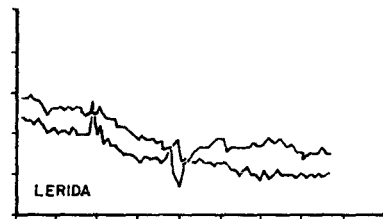
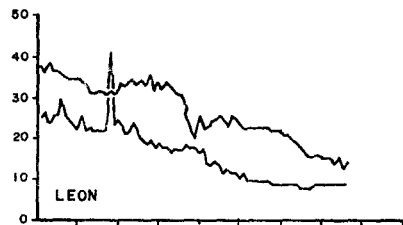
TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS, 1901-76



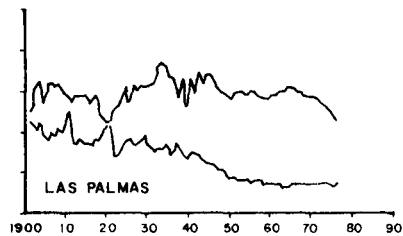
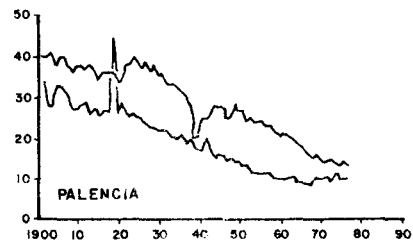
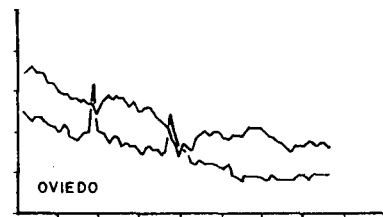
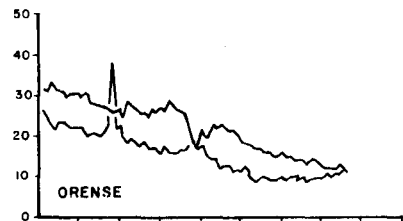
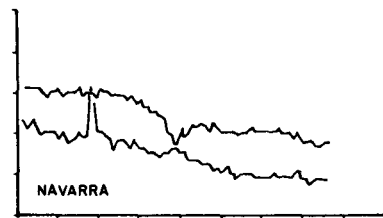
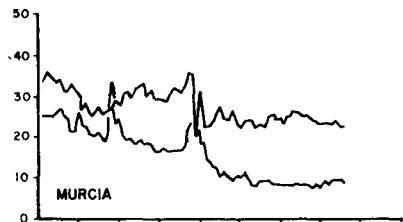
TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS, 1901-76



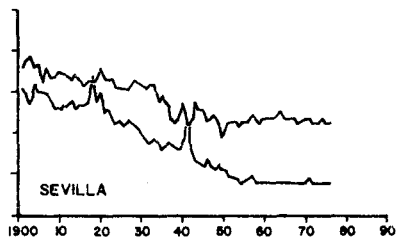
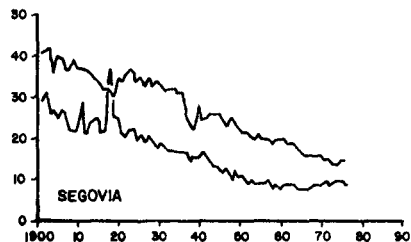
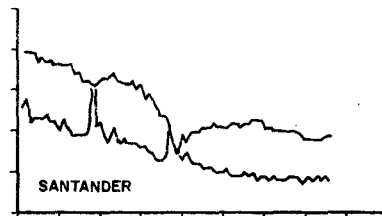
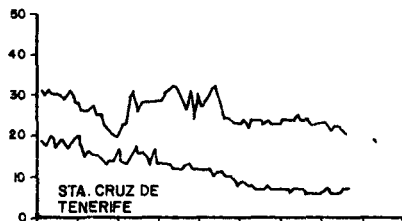
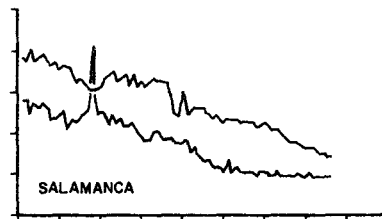
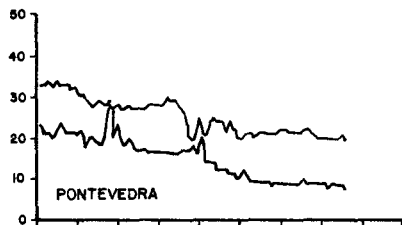
TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS, 1901-76



TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS, 1901-76



TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS, 1901-76



PROPORCION DE MUJERES CASADAS QUE, EN 1972, OPINAN QUE TODOS LOS MATRIMONIOS
QUE PUE DAN DEBERIAN TENER HIJAS E HIJOS

	%	Total		%	Total
TOTAL	82	(1.902)	<i>Control de natalidad:</i>		
<i>Número de hijas e hijos nacidos vivos:</i>			Casi seguro	81	(1.057)
Ninguno	79	(149)	Muy probable	84	(394)
1	78	(392)	Probable	85	(184)
2-4	83	(1.202)	Nulo	79	(113)
5-7	87	(132)	<i>Número de hermanos de la entrevistada:</i>		
8 y más	85	(27)	Hija única	68	(117)
<i>Edad:</i>			1-3	80	(1.007)
15-19 años	60	(5)	4-5	86	(434)
20-24	80	(157)	6 y más	85	(321)
25-29	80	(393)	<i>Estudios de la entrevistada:</i>		
30-34	86	(351)	Ninguno	86	(197)
35-39	81	(473)	Primarios	84	(1.262)
40-45	81	(517)	Medios y profesionales	73	(314)
<i>Origen rural-urbano:</i>			Superiores	74	(95)
Rural	85	(816)	<i>Nivel ocupacional del marido:</i>		
Semiurbano	83	(622)	Alto	72	(50)
Urbano	77	(242)	Medio alto	79	(307)
Metropolitano	69	(198)	Medio bajo	80	(511)

Tamaño del municipio de residencia:

Menos de 2.000 habitantes	85	(203)
2.000-10.000	84	(469)
10.000-50.000	85	(395)
50.000-250.000	86	(367)
Más de 250.000	67	(165)
Madrid y Barcelona	75	(271)

Región:

Galicia	90	(131)
Vasco-Cantábrica	84	(219)
Castilla la Vieja	83	(152)
Catalano-Aragonesa	71	(362)
Levante	76	(211)
Castilla la Nueva-Extremadura	85	(344)
Andalucía Oriental	85	(169)
Andalucía Occidental	87	(239)
Canarias	87	(46)

Estructura familiar:

Extensa	81	(423)
Nuclear	82	(1.479)

Trabajador especializado	84	(670)
Trabajador no especializado	84	(292)

Clase social subjetiva:

Alta	80	(20)
Media	84	(1.145)
Baja	76	(505)

Experiencia laboral:

Han trabajado	81	(1.098)
Trabajan	77	(301)
Piensen trabajar	81	(548)

Ingresos familiares mensuales:

Menos de 6.000 pesetas	83	(347)
6.000-12.000	83	(758)
12.000-20.000	81	(410)
20.000-30.000	81	(188)
Más de 30.000	80	(74)
Sin respuesta	77	(125)

Tradicionalismo-progresismo:

Muy tradicionales	100	(3)
Tradicionales	84	(912)
Progresistas	81	(943)
Muy progresistas	55	(44)

TABLA 4.7

PROPORCION DE MUJERES CASADAS QUE, EN 1972, OPINAN QUE LOS MATRIMONIOS DEBEN DECIDIR EL NUMERO DE HIJAS E HIJOS QUE TIENEN Y CUANDO TENERLOS

	%	Total		%	Total
TOTAL	52	(1.902)	<i>Estructura familiar:</i>		
<i>Número de hijas e hijos nacidos vivos:</i>			Extensa	51	(423)
Ninguno	59	(149)	Nuclear	53	(1.479)
1	62	(392)	<i>Estudios de la entrevistada</i>		
2-4	51	(1.202)	Ninguno	36	(197)
5-7	32	(132)	Primario	48	(1.262)
8 y más	11	(27)	Medios y profesionales	75	(314)
<i>Edad:</i>			Superiores	69	(95)
15-19 años	60	(5)	<i>Nivel ocupacional del marido:</i>		
20-24	68	(157)	Alto	78	(50)
25-29	60	(393)	Medio alto	67	(307)
30-34	56	(351)	Medio bajo	54	(511)
35-39	50	(473)	Trabajador especializado	52	(670)
40-45	41	(517)	Trabajador no especializado	34	(292)

Origen rural-urbano:

Rural	44	(816)
Semiurbano	56	(622)
Urbano	57	(242)
Metropolitano	71	(198)

Tamaño del municipio de residencia:

Menos de 2.000 habitantes	27	(203)
2.000-10.000	47	(469)
10.000-50.000	56	(395)
50.000-250.000	55	(367)
Más de 250.000	61	(165)
Madrid y Barcelona	66	(271)

Región:

Galicia	40	(131)
Vasco-Cantábrica	58	(219)
Castilla la Vieja	28	(152)
Catalano-Aragonesa	59	(362)
Levante	72	(211)
Castilla la Nueva-Extremadura	50	(344)
Andalucía Oriental	35	(169)
Andalucía Occidental	57	(239)
Canarias	50	(46)

Clase social subjetiva:

Alta	70	(20)
Media	59	(1.146)
Baja	44	(505)

Experiencia laboral:

Han trabajado	56	(1.098)
Trabajan	62	(301)
Piensen trabajar	58	(548)

Ingresos familiares mensuales:

Menos de 6.000 pesetas	34	(347)
6.000-12.000	48	(758)
12.000-20.000	65	(410)
20.000-30.000	70	(188)
Más de 30.000	77	(74)

Tradicionalismo-progresismo:

Muy tradicionales	33	(3)
Tradicionales	40	(912)
Progresistas	62	(943)
Muy progresistas	82	(44)

TABLA 4.8

OPINION DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS, EN 1972, Y PERCEPCION DE LA OPINION DE SUS RESPECTIVOS MARIDOS SOBRE EL CONTROL DE NATALIDAD

	ENTREVISTADA					M A R I D O					TOTAL
	MF	F	I	C	MC	MF	F	I	C	MC	
TOTAL	19%	23%	27%	19%	11%	19%	22%	28%	17%	11%	(1.902)
<i>Clase social subjetiva:</i>											
Alta	10	30	35	20	—	10	25	40	20	—	(20)
Media	19	24	25	18	12	20	23	26	17	12	(1.146)
Baja	19	23	29	20	9	19	22	30	18	8	(505)
<i>Tamaño del municipio de residencia:</i>											
Menos de 2.000	7	21	25	25	20	6	20	30	21	19	(203)
2.000-10.000	19	18	31	19	12	18	17	33	18	11	(469)
10.000-50.000	18	21	31	19	10	18	22	29	17	10	(395)
50.000-250.000	23	25	22	19	10	24	22	24	17	10	(367)
Más de 250.000	12	35	28	19	5	11	32	35	15	6	(165)
Madrid y Barcelona	30	27	23	12	9	30	25	22	10	10	(271)
<i>Región:</i>											
Galicia	13	22	27	24	13	13	21	30	21	13	(131)
Vasco-Cantábrica	22	27	26	20	3	23	25	29	17	3	(219)
Castilla la Vieja	9	14	34	28	15	9	13	39	23	15	(152)

Catalano-Aragonesa	26	27	21	15	10	25	26	23	14	11	(362)
Levante	27	22	29	13	9	26	23	27	13	9	(211)
Castilla la Nueva-Extremadura .	16	23	29	18	13	16	22	29	15	10	(34)
Andalucía Oriental	14	11	25	27	18	13	11	28	22	18	(169)
Andalucía Occidental	18	29	31	13	7	18	28	30	13	7	(239)
Canarias	15	24	13	22	24	17	15	15	24	22	(46)

Número de hijos e hijas nacidos vivos:

Ninguno	21	21	28	16	13	21	19	27	14	13	(149)
1	26	27	25	16	5	25	26	26	15	5	(392)
2-4	18	23	28	18	12	18	22	30	17	11	(1.202)
5-7	10	19	22	32	16	11	16	24	29	17	(132)
8 y más.....	4	4	30	44	19	—	4	37	33	26	(27)

Edad:

15-19 años	80	—	—	20	—	80	—	20	—	—	(5)
20-24.....	35	22	15	20	7	34	22	15	18	7	(157)
25-29.....	23	26	25	15	10	22	26	26	14	9	(393)
30-34.....	19	25	30	17	7	20	24	32	15	7	(351)
35-39.....	16	22	28	21	12	16	20	30	19	13	(473)
40-45.....	13	21	30	20	15	13	19	32	19	14	(517)

Origen rural-urbano:

Rural	17	19	29	19	14	16	19	30	17	14	(816)
Semiurbano	19	23	28	19	9	19	22	28	18	9	(622)
Urbano	18	31	24	18	8	17	29	29	16	8	(242)
Metropolitano	30	27	22	17	3	30	23	24	13	7	(198)

TABLA 4.8
(Continuación)

	ENTREVISTADA					MARIDO					TOTAL
	MF	F	I	C	MC	MF	F	I	C	MC	
TOTAL.....	19%	23%	27%	19%	11%	19%	22%	28%	17%	11%	(1.902)
<i>Experiencia laboral:</i>											
Han trabajado	22	23	25	19	10	21	22	27	17	10	(1.098)
Están trabajando.....	25	24	22	19	10	26	24	22	16	9	(301)
Piensen trabajar.....	23	24	22	18	12	24	24	23	15	12	(548)
<i>Ingresos familiares mensuales:</i>											
Menos de 6.000 pesetas	14	18	32	19	14	14	17	33	18	13	(347)
6.000-12.000	16	23	28	22	10	16	22	30	19	11	(758)
12.000-20.000	23	26	24	16	10	23	24	25	16	10	(410)
20.000-30.000	27	30	17	14	9	29	27	20	13	8	(188)
Más de 30.000	34	28	18	12	7	34	27	18	11	8	(74)
<i>Tradicionalismo-progresismo:</i>											
Muy tradicionales	—	—	33	33	33	—	—	67	—	33	(3)
Tradicionales	12	20	31	22	13	12	19	32	19	13	(912)
Progresistas	24	26	24	16	9	24	24	25	15	9	(943)
Muy progresistas	48	34	11	7	—	48	23	16	9	—	(44)

Estudios de la entrevistada:

Ninguno	15	19	32	18	11	15	16	35	16	12	(197)
Primario	17	21	28	20	13	16	21	29	19	12	(1.262)
Medios y profesionales	26	31	23	12	7	27	29	24	12	6	(314)
Superiores.....	29	28	17	20	4	31	27	18	17	5	(95)

Estudios del marido:

Ninguno	14	13	29	20	16	13	11	30	21	14	(98)
Primarios	16	22	29	20	11	16	21	31	18	11	(1.161)
Medios y profesionales	21	24	27	18	9	22	23	28	16	9	(382)
Superiores.....	29	31	17	12	9	29	28	19	12	9	(229)

Nivel ocupacional del marido:

Alto	24	38	20	12	4	26	34	20	10	6	(50)
Medio alto	26	26	19	17	11	26	25	21	15	10	(307)
Medio bajo	18	22	31	20	9	18	21	31	19	9	(511)
Trabajador especializado	19	24	27	18	11	18	23	28	17	11	(670)
Trabajador no especializado.....	15	15	30	23	14	15	15	33	18	14	(292)

NOTAS: MF (muy favorable); F (favorable); I (indiferente); C (contraria); MC (muy contraria).

TABLA 4.9

OPINIONES DE LAS MUJERES CASADAS SOBRE INFORMACION RELATIVA AL CONTROL DE NATALIDAD, EN 1972

	A	B	C	TOTAL		A	B	C	TOTAL
TOTAL	15%	68 %	12%	(1.902)					
<i>Experiencia laboral:</i>					<i>Tamaño del municipio de residencia:</i>				
Han trabajado	13	69	13	(1.098)	Menos de 2.000.....	27	61	6	(203)
Trabajan	10	74	12	(301)	2.000-10.000	21	64	10	(469)
Piensen trabajar	12	68	15	(548)	10.000-50.000	15	64	13	(395)
					50.000-250.000	11	69	15	(367)
					Más de 250.000	8	77	13	(165)
					Madrid y Barcelona	3	78	16	(271)
<i>Ingresos familiares mensuales:</i>					<i>Región:</i>				
Menos de 6.000 pesetas ..	25	50	14	(347)	Galicia	19	61	15	(131)
6.000-12.000	16	68	11	(758)	Vasco-Cantábrica.....	11	78	7	(219)
12.000-20.000	7	76	14	(410)	Castilla la Vieja	28	54	12	(152)
20.000-30.000	3	82	12	(188)	Catalano-Aragonesa	9	79	8	(362)
Más de 30.000	4	84	12	(74)	Levante	8	77	14	(211)
					Castilla la Nueva-Extre-				
					madura	14	67	12	(344)
					Andalucía Oriental.....	25	50	12	(169)
					Andalucía Occidental ...	17	60	21	(239)
					Canarias	13	65	15	(46)
<i>Tradicionalismo-progresismo:</i>									
Muy tradicionales.....	67	—	13	(3)					
Tradicionales	21	60	12	(912)					
Progresistas	9	75	12	(943)					
Muy progresistas	—	89	9	(44)					

Estudios de la entrevistada:

Ninguno.....	25	51	12	(197)
Primarios.....	16	67	12	(1.262)
Medios y profesionales ..	4	81	13	(314)
Superiores.....	5	84	11	(95)

Nivel ocupacional del marido:

Alto.....	2	88	10	(50)
Medio alto.....	6	78	15	(307)
Medio bajo.....	14	69	12	(511)
Trabajador especiali- zado.....	16	67	12	(670)
Trabajador no especiali- zado.....	25	55	10	(292)

Clase social subjetiva:

Alta.....	15	70	10	(20)
Media.....	12	73	13	(1.146)
Baja.....	17	63	13	(505)

Número de hijos e hijas nacidos vivos:

Ninguno.....	11	72	13	(149)
1.....	11	70	13	(392)
2-4.....	14	68	12	(1.202)
5-7.....	23	60	12	(132)
8 y más.....	48	37	4	(27)

Edad de la entrevistada:

15-19 años.....	20	80	—	(5)
20-24.....	11	68	17	(157)
25-29.....	11	74	12	(393)
30-34.....	13	70	13	(351)
35-39.....	15	65	12	(473)
40-45.....	20	65	10	(517)

Origen rural-urbano:

Rural.....	20	64	10	(816)
Semiurbano.....	12	68	12	(622)
Urbano.....	9	75	14	(242)
Metropolitano.....	5	76	16	(198)

NOTAS: A: No debe haber ningún tipo de información sobre métodos para limitar el número de hijos o espaciar su nacimiento.

B: Debe haber información amplia y completa sobre todos los métodos, dejando que cada cual los utilice o no según su conciencia.

C: A partir de un determinado número de hijos, la limitación de la natalidad debería ser obligatoria.

TABLA 5.1

PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE DIEZ METODOS DE CONTROL DE NATALIDAD

Métodos de control de natalidad	Antigüedad	Facilidad de utilización	Eficacia	Efectos físicos secundarios	Amplitud de utilización
Coito interrumpido	Muy antiguo	Muy fácil	Baja	Ninguno	Muy grande
Lavado vaginal	Antiguo	Fácil	Muy baja	Algunos	Pequeña y decreciente
Lactancia prolongada	Muy antiguo	Muy fácil	Muy baja	Algunos	Muy pequeña
Condón	Antiguo	Difícil	Alta	Muy raros	Muy grande
Diafragma	Moderno	Difícil	Alta	Muy raros	Grande y creciente
Espermicidas	Moderno	Difícil	Muy baja	Muy raros	Pequeña
Ritmo	Moderno	Fácil	Baja	Ninguno	Grande y decreciente
Pastilla	Muy moderno	Difícil	Muy alta	Bastantes	Grande y creciente
Dispositivos intrauterinos	Muy moderno	Muy difícil	Muy alta	Bastantes	Pequeña y creciente
Esterilización	Moderno	Muy difícil	Muy alta	Algunos	Pequeña y creciente

TABLA 5.6

CONOCIMIENTO DE LOS DIFERENTES METODOS DE CONTROL DE LA NATALIDAD,
POR REGION DE RESIDENCIA

METODOS DE CONTROL	REGION DE RESIDENCIA									TOTAL
	GALICIA	VASCO- CANTABRICA	CASTILLA LA VIEJA	CATALANO- ARAGONESA	LEVANTE	CASTILLA LA NUEVA- EXTREMADURA	ANDALUCIA ORIENTAL	ANDALUCIA OCCIDENTAL	CANARIAS	
<i>Coitus interruptus</i>	32 %	53	15	30	41	33	24	41	43	35 %
Preservativo	44	50	19	40	44	41	32	52	61	42
Lavado o ducha vaginal	30	38	17	36	29	29	18	21	41	29
Ogino	52	70	50	68	64	52	38	54	63	58
Pildora	66	84	61	75	72	67	62	78	78	72
Diafragma	9	21	10	20	14	16	20	13	22	16
Otros	1	3	—	1	7	2	1	2	7	2
No contestan	25	15	34	17	23	26	33	10	22	21
TOTAL	(131)	(219)	(152)	(362)	(211)	(344)	(169)	(239)	(46)	(1.902)

TABLA 5.7

CONOCIMIENTO DE LOS METODOS DE CONTROL DE NATALIDAD, POR DIFERENTES INDICADORES DE CLASE SOCIAL, EN 1972

	METODOS DE CONTROL								TOTAL
	COITUS INTERRUPTUS	PRESERVATIVO	LAVADO O DUCHA VAGINAL	OGINO	PILDORA	DIAFRAGMA	OTROS	NO CONTESTAN	
TOTAL	35	42	29	58	72	16	2	21	(1.902)
<i>Nivel de estudios de la entrevistada:</i>									
Ninguno	22	29	10	31	53	8	1	36	(197)
Primarios	31	38	26	54	70	13	2	23	(1.268)
Medios y profesionales	49	59	43	86	89	30	3	9	(314)
Superiores	63	66	55	82	81	36	6	16	(95)
<i>Ocupación del marido:</i>									
Estatus ocupacional alto	56	50	52	76	74	38	6	24	(50)
Estatus ocupacional medio alto	51	61	47	84	87	26	1	10	(307)
Estatus ocupacional medio bajo	32	41	26	64	75	15	3	17	(511)
Trabajadores especializados ...	33	40	28	52	69	16	1	23	(670)
Trabajadores no especializados	21	24	14	31	56	8	2	37	(292)

Clase social subjetiva:

Alta	55	40	35	60	63	25	—	25	(20)
Media	38	47	35	68	80	20	3	15	(1.146)
Baja	31	34	20	43	61	12	1	30	(505)

Ingresos familiares mensuales:

Menos de 6.000 pesetas	22	28	14	33	50	9	1	42	(347)
De 6.000 a 12.000	35	41	27	56	72	16	2	19	(758)
De 12.000 a 20.000	39	45	36	70	81	17	2	14	(410)
De 20.000 a 30.000	49	61	47	85	89	29	4	9	(188)
Más de 30.000	57	64	51	80	85	36	8	15	(74)
Sin respuesta	18	28	17	46	69	9	2	27	(125)

TABLA 5.10

OPINION SOBRE CUAL ES EL METODO DE CONTROL DE NATALIDAD MAS UTILIZADO EN ESPAÑA,
POR DIFERENTES VARIABLES SOCIOECONOMICAS, EN 1972

VARIABLES SOCIOECONOMICAS	METODOS DE CONTROL							TOTAL
	COITUS INTERRUPTUS	PRESERVATIVO	LAVADO O DUCHA VAGINAL	OGINO	PILDORA	DIAFRAGMA	NO CONTESTAN	
TOTAL	11	11	2	23	20	—	40	(1.902)
<i>Nivel de estudios de la entrevistada:</i>								
Ninguno	10	13	1	9	13	—	60	(197)
Primarios	10	10	2	18	19	—	45	(1.268)
Medios y profesionales	11	12	1	39	30	1	15	(134)
Superiores	20	12	3	53	12	1	11	(95)
<i>Nivel ocupacional del marido:</i>								
Alto	14	6	4	58	32	—	10	(50)
Medio alto	11	11	2	39	21	—	22	(307)
Medio bajo	8	9	1	27	21	1	38	(511)
Trabajadores especializados . . .	13	13	2	14	20	1	43	(670)
Trabajadores no especializados	9	10	1	11	16	—	59	(292)
<i>Clase social subjetiva:</i>								
Alta	20	5	—	25	25	5	25	(20)
Media	12	11	2	27	23	1	31	(1.146)
Baja	10	13	2	15	16	—	49	(505)

Ingresos familiares mensuales:

Menos de 6.000 pesetas	9	8	1	10	12	1	64	(347)
De 6.000 a 12.000	12	14	1	21	19	—	39	(758)
De 12.000 a 20.000	12	12	1	25	22	—	32	(410)
De 20.000 a 30.000	11	8	2	42	26	1	19	(188)
Más de 30.000	12	8	—	43	28	—	18	(74)
Sin respuesta	5	5	3	21	26	—	47	(125)

Región de residencia:

Galicia	10	8	2	24	18	—	42	(131)
Vasco-Cantábrica	21	11	3	36	17	—	20	(219)
Castilla la Vieja	2	4	3	28	9	1	56	(152)
Catalano-Aragonesa	6	12	1	25	19	1	41	(362)
Levante	16	13	—	18	24	—	36	(211)
Castilla la Nueva-Extremadura	10	11	2	19	19	—	43	(344)
Andalucía oriental	10	7	—	9	18	—	57	(169)
Andalucía occidental	13	18	2	20	26	—	34	(239)
Canarias	9	7	—	17	48	—	28	(46)

Edad de la entrevistada:

15 a 19 años	20	20	—	20	—	—	40	75)
20 a 24	13	15	3	20	29	1	29	(157)
25 a 29	11	13	2	28	21	1	33	(393)
30 a 34	12	8	2	25	22	—	37	(351)
35 a 39	10	10	1	18	19	—	44	(473)
40 a 45	10	11	1	21	15	—	46	(517)

TABLA 7.5

MÉTODOS DE CONTRACEPCIÓN UTILIZADOS EN LAS DIVERSAS REGIONES, EN 1977

% DE MUJERES CASADAS (Y NO EMBARAZADAS) QUE ASCTUALMENTE UTILIZAN ALGUN MÉTODO DE CONTRACEPCIÓN:						
REGIONES DEL INE	Coito interrumpido	Píldora	Ritmo	Condón	Otros métodos	TOTAL
Castilla la Nueva, y Extremadura	23 %	13	6,3	6,3	4,3	53 % (1.150)
Andalucía, y Canarias	28	9,6	3,2	5,1	5,4	51 (1.140)
Cataluña	17	19	6,1	4,7	3,4	50 (1.032)
País Vasco, y Aragón	22	7,1	11	2,9	2,3	46 (589)
Baleares, Valencia, y Murcia	18	7,2	5,9	4,3	4,4	40 (834)
Galicia, y Asturias	19	5,7	2,8	3,3	2,1	33 (612)
Castilla la Vieja, y León	14	7,0	5,4	2,0	2,8	31 (458)
TOTAL	21 %	11	5,7	4,5 %	3,8 %	46 % (5.814)

FUENTE: INE, *Encuesta de fecundidad* (Madrid: INE, 1978), p. 168.

TABLA 7.6

MÉTODOS DE CONTRACEPCIÓN UTILIZADOS SEGUN ESTRATOS DE POBLACION, EN 1977

Métodos de contracepción que utilizan actualmente	TAMAÑO DEL MUNICIPIO				TOTAL
	Grandes ciudades:	Más de 50.000 habitantes	De 10.000 a 50.000 habitantes	Hasta 10.000 habitantes	
Coito interrumpido	15 %	21	23	21	21 %
Pildora	23	11	9,1	3,4	11
Ritmo	7,4	7,5	3,5	4,0	5,7
Condón	4,2	6,2	3,7	3,0	4,5
Otros métodos	5,6	4,5	3,4	2,2	3,8
TOTAL	56 % (943)	50 % (2.106)	42 % (1.259)	36 % (1.507)	46 % (5.814)

FUENTE: INE, *Encuesta de fecundidad* (Madrid: INE, 1978), p. 169.

TABLA 7.7

MÉTODOS DE CONTRACEPCIÓN UTILIZADOS SEGUN CLASE SOCIAL, EN 1977

Clase social (según la ocupación del marido)	% DE MUJERES CASADAS (Y NO EMBARAZADAS) QUE ACTUALMENTE UTILIZAN ALGUN MÉTODO DE CONTRACEPCIÓN:					TOTAL
	Coito interrumpido	Píldora	Ritmo	Condón	Otros métodos	
URBANA:						
Empresarios (a)	18 %	5,1	7,6	3,2	3,8	37 % (158)
Cuadros superiores	4,8	24	16	4,1	4,8	54 (315)
Cuadros medios	14	18	11	6,3	6,3	55 (1.129)
Trabajadores independientes	27	8,6	4,8	4,6	3,9	49 (544)
Obreros especializados	25	9,5	3,5	5,2	3,0	46 (2.192)
Peones (obreros no especializados)	23	6,1	1,2	4,9	2,2	37 % (493)
RURAL:						
Propietarios (b)	19	3,0	5,1	0,3	1,2	28 (333)
Jornaleros	28	1,7	1,4	1,2	4,3	37 (419)
TOTAL (c)	21 %	11	5,7	4,5	3,8	46 % (5.814)

FUENTE: INE, *Encuesta de fecundidad* (Madrid: INE, 1978), p. 176.

NOTAS: (a) En las tablas originales se trata de «empresarios con asalariados», pero no se distingue si son urbanos o rurales.

(b) «Empresarios agrarios sin asalariados y miembros de cooperativas agrarias».

(c) Incluye 231 casos de «activos no clasificables».

TABLA 7.8

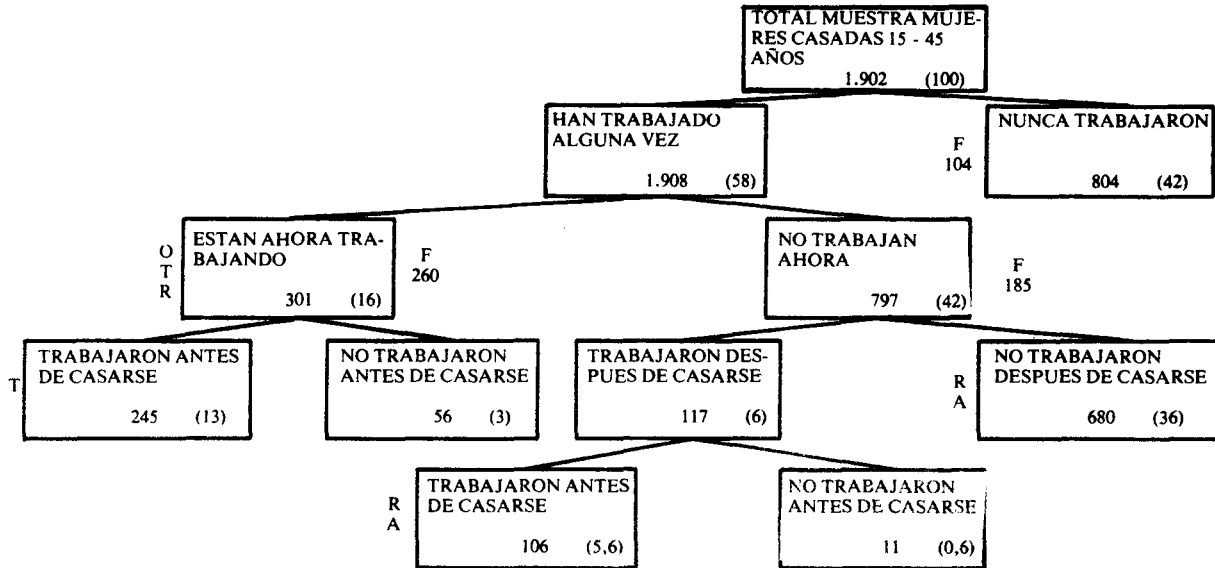
MÉTODOS DE CONTRACEPCIÓN UTILIZADOS EN 1977 SEGUN ESTUDIOS DE LA MUJER

% DE MUJERES CASADAS (Y NO EMBARAZADAS) QUE ACTUALMENTE UTILIZAN ALGUN MÉTODO DE CONTRACEPCIÓN:						
Estudios de la mujer	Coito interrumpido	Píldora	Ritmo	Condón	Otros métodos	TOTAL
Superiores	0 %	41	8,8	2,9	7,4	60 (68)
Medios	5,5	27	14	5,5	5,0	57 (198)
Bachillerato superior	5,2	22	15	6,5	7,8	57 (232)
Bachillerato elemental	8,9	17	12	4,8	8,6	51 (392)
Primaria	22	10	5,8	5,3	3,0	46 (3.353)
Sin estudios	27	6,2	1,8	1,9	3,7	41 (1.053)
Analfabetas	26	3,9	0,4	3,7	2,7	37 (515)
TOTAL	21 %	11	5,7	4,5	3,8	46 % (5.810)

FUENTE: INE, *Encuesta de fecundidad* (Madrid: INE, 1978), p. 170.

GRAFICO 8.1

ACTIVIDAD LABORAL DE UNA MUESTRA NACIONAL DE MUJERES CASADAS DE 15 A 45 AÑOS DE EDAD



* Entre paréntesis aparece la proporción respecto de una cohorte de 100 mujeres.

TABLA 8.2

CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS DE LAS MUJERES CASADAS QUE TRABAJAN
Y LAS QUE NO TRABAJAN, EN 1972

Características Socioeconómicas:	TOTAL	Experiencia laboral					
		PASADO		PRESENTE		FUTURO	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
Total	(1.902)	58	42	16	84	29	71
Edad:							
15-19 años	(5)	60	40	60	60	60	40
20-24.....	(157)	68	32	27	73	43	57
25-29.....	(393)	65	35	16	84	33	67
30-34.....	(351)	57	43	15	85	28	72
35-39.....	(473)	52	48	14	86	27	73
40-45.....	(517)	55	45	15	85	22	78
Nivel de Estudios:							
Ninguno.....	(197)	62	38	15	85	26	74
Primarios.....	(1.268)	56	44	13	87	26	74
Secundarios y profesionales	(314)	60	40	19	81	33	67
Superiores	(95)	73	27	41	59	56	44

Ocupación del marido:

Estatus alto	(50)	52	48	16	84	18	82
Estatus medio-alto	(307)	56	44	21	79	34	66
Estatus medio-bajo	(511)	46	54	14	86	25	75
Trabajadores especializados	(670)	64	36	14	86	28	72
Trabajadores no especializados	(292)	63	37	15	85	32	68

Estatus socioeconómico familiar:

Alto	(32)	47	53	16	84	19	81
Medio-alto	(122)	55	45	25	75	30	70
Medio	(368)	59	41	21	79	33	67
Medio-bajo	(844)	59	41	14	86	26	74
Bajo	(493)	58	42	14	86	31	69

Composición en el hogar:

2 personas	(122)	66	34	34	66	42	58
3 a 6 personas	(1.524)	59	41	15	85	30	70
7 y más personas	(226)	47	53	9	91	16	84

TABLA 8,2
(continuación)

Características Socioeconómicas:	TOTAL	Experiencia Laboral					
		PASADO		PRESENTE		FUTURO	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
Tiene ayuda en tareas del hogar:							
Si.....	(576)	57	43	22	78	34	55
No.....	(1.304)	58	42	13	87	26	60
Origen rural-urbano:							
Rural.....	(816)	50	50	14	86	29	71
Semi-urbano.....	(622)	59	41	15	85	25	75
Urbano.....	(242)	61	39	17	83	31	69
Metropolitano.....	(198)	83	17	23	77	37	63

Tamaño del municipio:

Menos de 2.000 habitantes	(203)	41	59	8	92	26	74
De 2.000 a 10.000	(469)	49	51	14	86	28	72
De 10.000 a 50.000	(395)	54	46	16	84	25	75
De 50.000 a 250.000	(367)	65	35	17	83	28	72
De más de 250.000	(165)	55	45	14	86	26	74
<i>Madrid y Barcelona</i>	(271)	81	19	23	77	41	59

Región:

Galicia	(131)	44	56	19	81	32	68
Vasco-Cantábrica	(219)	50	50	11	89	24	76
Castilla la Vieja	(152)	39	61	9	91	26	74
Catalano-Aragonesa	(362)	74	26	24	76	31	69
Levante	(211)	68	32	21	79	35	65
Castilla la Nueva-Extremadura	(344)	64	36	14	86	31	69
Andalucía Oriental	(169)	48	52	11	89	34	66
Andalucía Occidental	(239)	49	51	11	89	19	81
Canarias	(46)	54	46	28	72	30	70

TABLA 8.3
EXPERIENCIA LABORAL Y NATALIDAD

Historia de natalidad:	TOTAL	Experiencia laboral					
		PASADO		PRESENTE		FUTURO	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
TOTAL	(1.902)	(1.098)	(804)	(301)	(1.601)	(549)	(1.353)
Promedio de edad al casarse (en años) . .	23,40	23,60	23,20	23,50	23,40	23,40	23,50
Promedio de meses casada	127,40	118,20	140,00	113,90	130,00	112,00	138,40
Promedio de número de embarazos	2,75	2,61	2,95	2,36	,83	2,47	2,94
Promedio de número de hijas e hijos vivos.....	2,63	2,48	2,81	2,35	2,67	2,39	2,77
Promedio de número de meses de embarazo	24,50	23,30	26,10	22,30	24,90	22,50	25,80
Proporción que tuvo su último hijo o hija en hospital (%)	67 %	73	60	70	67	70	64
Proporción que quería tener su último hijo o hija (%)	63 %	64	62	68	63	70	61

Proporción cuyo último embarazo comenzó cuando quería (%).....	52 %	54	50	57	51	59	48
Proporción que no puede (o no está segura de poder) tener (más) hijos o hijas (%).....	19 %	17	20	18	19	16	21
Proporción que espera más hijos o hijas (%).....	45 %	47	44	45	45	49	43
Promedio de hijos o hijas esperadas en total (Esperan tener más).....	3,55	3,52	3,61	3,50	3,57	3,52	3,59
Proporción que no está segura de tener los hijos o hijas que quiere (%).....	56 %	54	61	37	61	47	63
Promedio de hijas e hijos esperados en total (No esperan tener más).....	3,68	3,57	3,83	3,64	3,69	3,58	3,77
Promedio de hijas o hijos deseados si hubiesen podido elegir.....	3,34	3,32	3,38	3,32	3,35	3,38	3,37
Promedio de hijos e hijas considerado como ideal.....	3,17	3,09	3,27	3,08	3,22	3,17	3,20

TABLA 8.4

EXPERIENCIA LABORAL, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS SOCIALES

Actitudes y Comportamientos Sociales:	TOTAL	Experiencia laboral					
		PASADO		PRESENTE		FUTURO	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
TOTAL	(1.902)	(1.098)	(804)	(301)	(1.061)	(549)	(1.353)
Indice de actitudes hacia la estructura familiar:							
Tradicional	48	43	54	33	50	39	54
Progresistas	50	54	44	61	48	56	45
Muy progresistas	2	3	2	6	2	5	1
Indice de división del trabajo en el hogar:							
Patriarcal	16	14	19	14	17	14	18
Igualitaria	83	84	80	85	82	84	81
Matriarcal	1	2	1	1	1	1	1

Indice de comunicación en el matrimonio:

Baja	6	7	6	7	6	7	6
Media.....	70	66	74	66	71	67	73
Alta	24	27	20	27	23	26	21

Indice de satisfacción en la vida:

Satisfechas.....	51	49	56	40	54	46	54
Indiferentes.....	39	40	37	43	38	41	37
Insatisfechas	10	11	7	17	8	13	9

Indice de conciencia de movilidad social:

Móviles ascendentes.....	72	73	71	71	72	71	73
Estables	23	22	24	23	23	21	24
Inestables.....	2	2	2	1	2	3	1
Móviles descendentes.....	3	3	3	5	3	5	2

Indice de movilidad ocupacional:

Móviles ascendentes.....	29	29	27	29	30	27	29
Estables	52	51	55	50	56	52	53
Móviles descendentes.....	19	20	18	21	14	21	18

TABLA 8.4
(Continuación)

		Experiencia laboral					
		PASADO		PRESENTE		FUTURO	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
Actitudes y Comportamientos Sociales:	TOTAL						
Indice de «exhibicionismo» social:							
Alto	73	72	72	69	74	72	72
Medio.....	24	24	26	25	24	24	26
Bajo	3	4	2	6	2	4	2
Indice de exposición a medios de comunicación de masas:							
Alto	23	24	22	25	23	22	24
Medio.....	60	59	63	56	61	58	61
Bajo	17	17	15	19	16	20	15

Índice de religiosidad católica:

Religiosas-Practicantes	63	58	70	56	65	60	68
Practicantes-Ritualistas	5	6	5	6	5	5	5
Religiosas-No Practicantes	3	4	2	5	3	3	3
Indiferentes	25	28	22	28	25	29	22
No Religiosas-No Practicantes	4	4	1	5	2	3	2

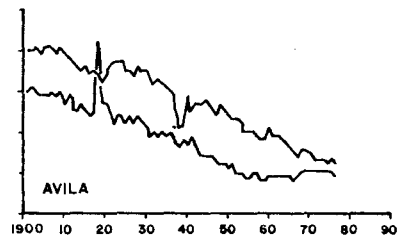
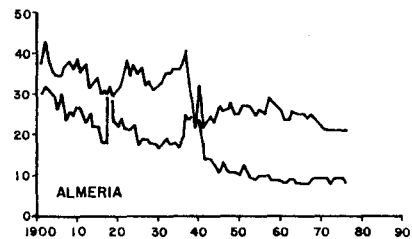
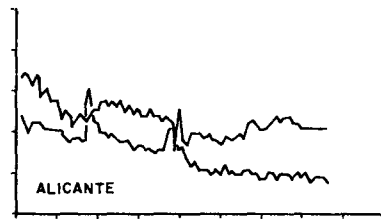
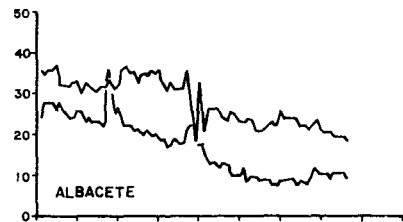
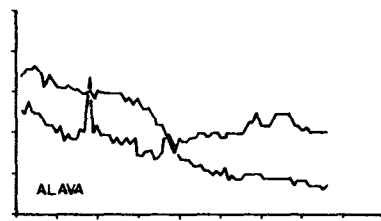
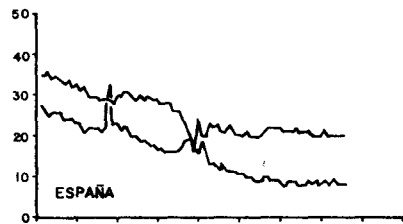
Opinión respecto a que la mujer casada trabaje aunque no le sea necesario:

De acuerdo	46	48	43	60	44	59	40
En desacuerdo	54	52	57	40	56	41	60

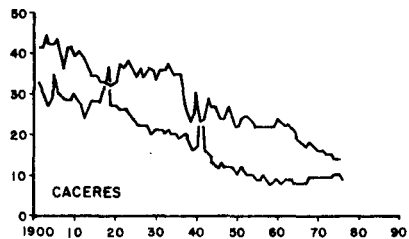
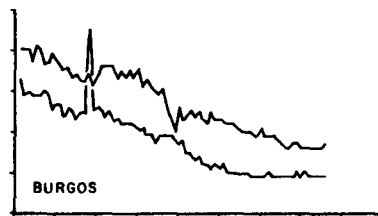
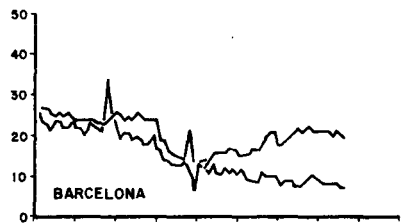
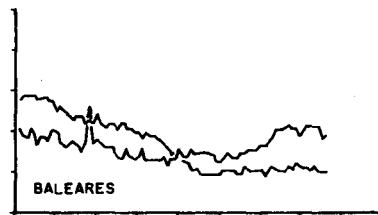
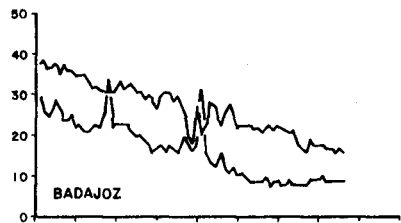
Opinión respecto a que lo más importante que puede hacer una mujer en la vida es casarse y fundar un hogar:

De acuerdo	74	72	76	65	75	68	78
En desacuerdo	26	28	24	35	25	32	22

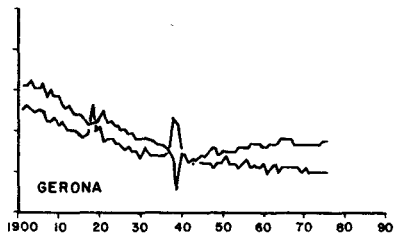
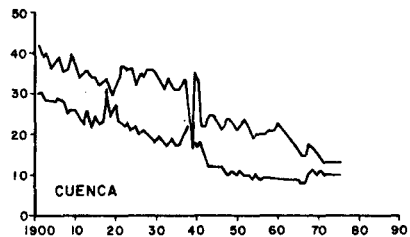
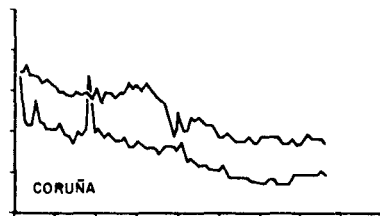
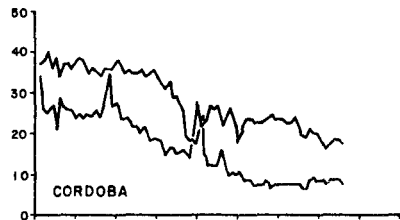
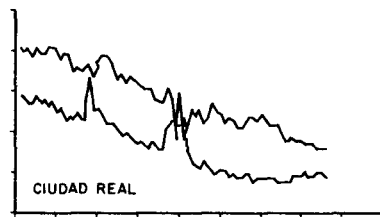
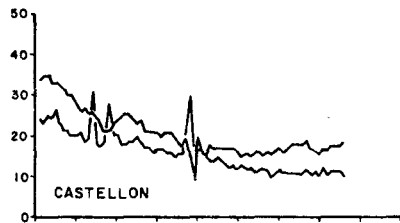
TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS, 1901-76



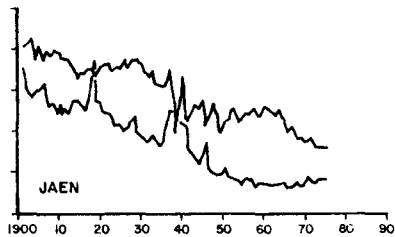
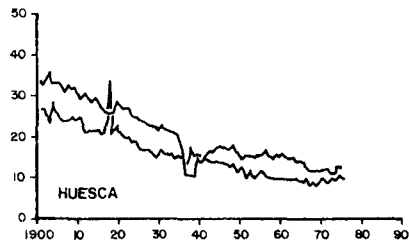
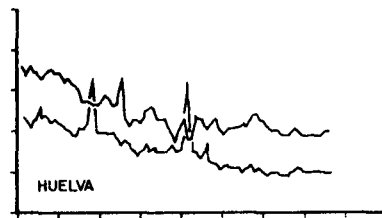
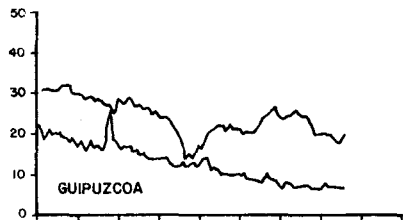
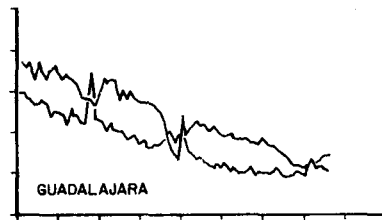
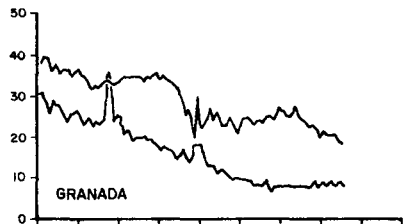
TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS, 1901-76



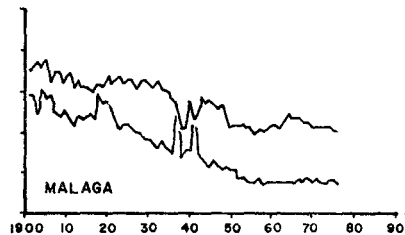
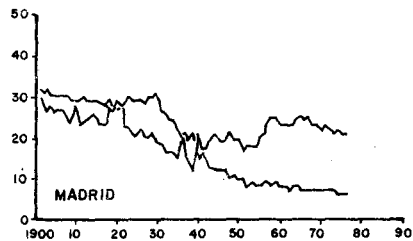
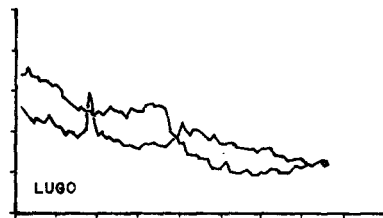
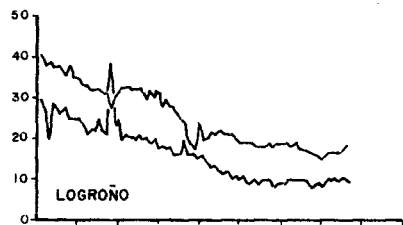
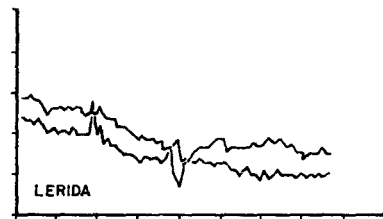
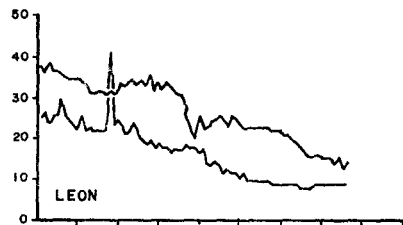
TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS, 1901-76



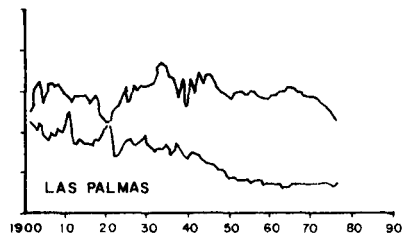
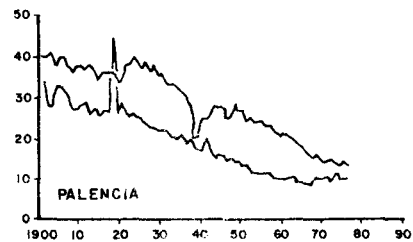
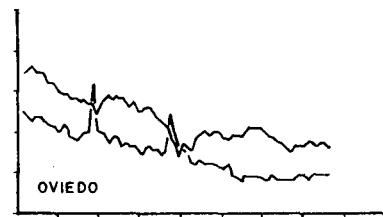
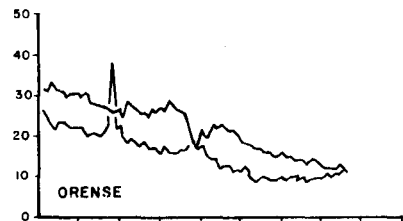
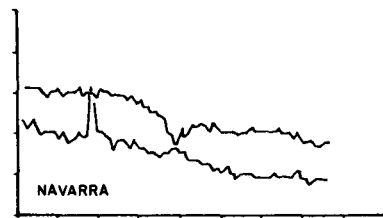
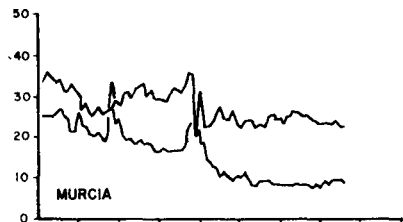
TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS, 1901-76



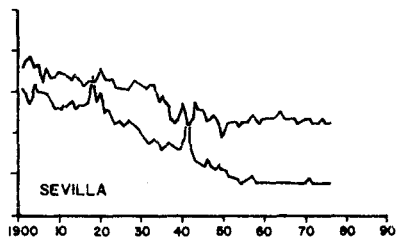
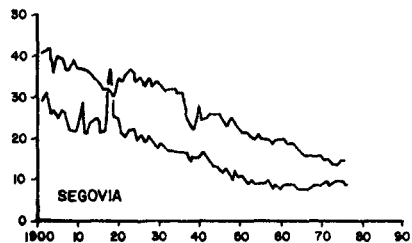
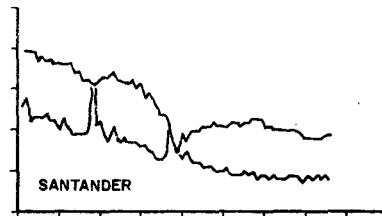
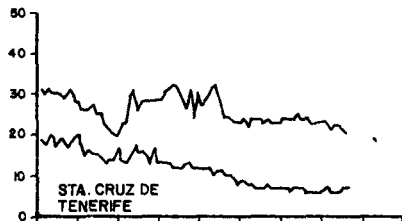
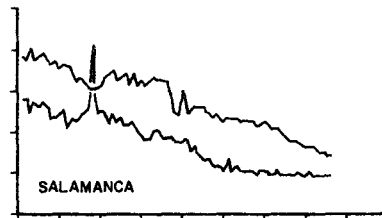
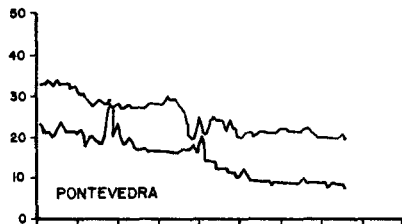
TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS, 1901-76



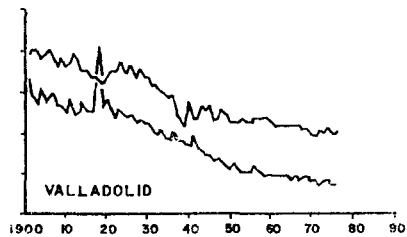
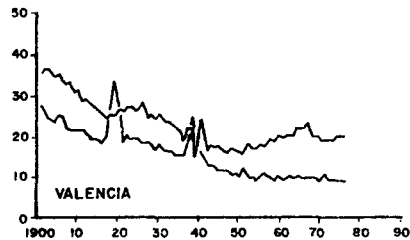
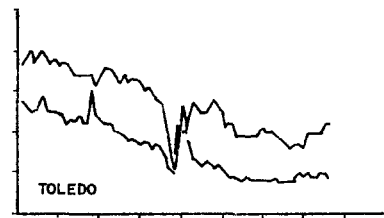
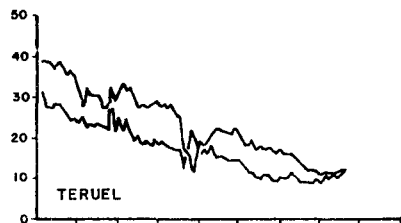
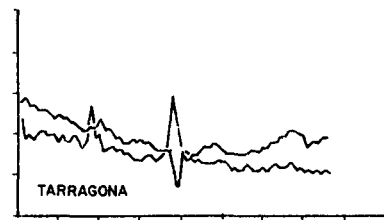
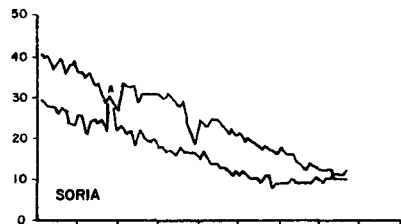
TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS, 1901-76



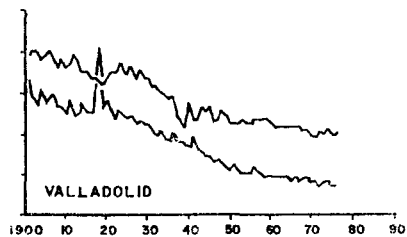
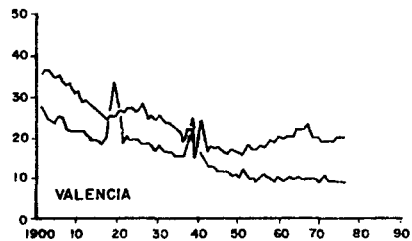
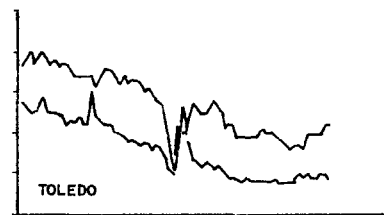
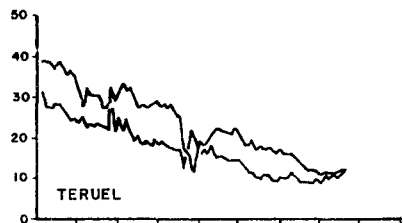
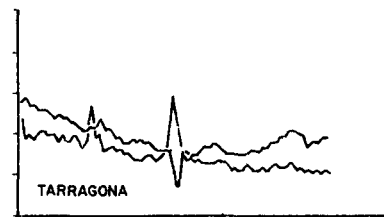
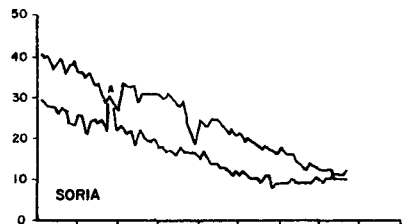
TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS, 1901-76



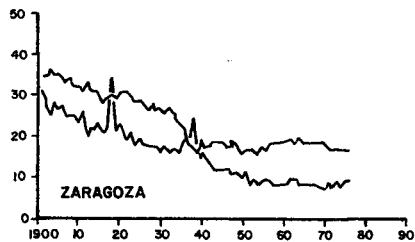
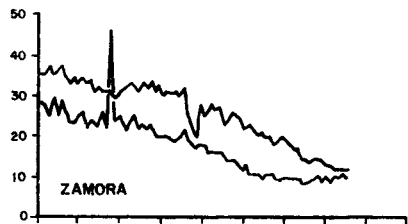
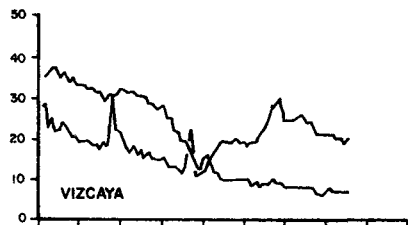
TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS, 1901-76



TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS, 1901-76



TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD DE LAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS, 1901-76



NACIDOS VIVOS POR 1.000 HABITANTES

Natalidad	1901	1902	1903	1904	1905
España.....	35	35	36	34	35
Alava.....	34	35	36	36	37
Albacete.....	36	35	36	33	35
Alicante.....	33	35	34	32	34
Almería.....	37	43	38	35	34
Ávila.....	40	40	41	39	41
Badajoz.....	38	39	39	37	38
Baleares.....	28	29	29	29	28
Barcelona.....	27	27	27	26	25
Burgos.....	40	40	40	37	41
Cáceres.....	41	41	44	42	42
Cádiz.....	36	37	39	35	38
Castellón.....	34	35	35	33	33
Ciudad Real.....	41	40	41	38	41
Córdoba.....	37	38	40	36	39
Coruña (La).....	35	35	37	34	34
Cuenca.....	42	39	40	36	38
Gerona.....	31	31	32	30	30
Granada.....	38	40	40	37	38
Guadalajara.....	37	36	37	33	37
Guipúzcoa.....	31	31	31	32	31
Huelva.....	36	34	36	34	34
Huesca.....	34	33	36	33	33
Jaén.....	41	42	43	38	41
León.....	38	37	39	37	37
Lérida.....	29	29	30	28	28
Logroño.....	41	38	39	38	38
Lugo.....	34	34	36	33	33
Madrid.....	31	31	32	30	30
Málaga.....	35	36	38	36	38
Murcia.....	33	36	34	33	34
Navarra.....	31	31	31	31	31
Orense.....	32	32	34	32	31
Oviedo.....	34	35	36	35	34
Palencia.....	40	40	41	38	40
Palmas (Las).....	25	31	32	27	32
Pontevedra.....	33	33	34	32	34
Salamanca.....	38	37	40	37	38
Sta. Cruz de Tenerife.....	31	30	31	30	30
Santander.....	39	39	39	39	37
Segovia.....	41	41	42	36	40
Sevilla.....	36	38	39	36	37
Soria.....	41	40	40	37	39
Tarragona.....	28	29	27	27	26
Teruel.....	38	38	38	37	38
Toledo.....	36	38	40	37	38
Valencia.....	35	36	36	34	35
Valladolid.....	39	40	40	38	39
Vizcaya.....	35	36	37	37	35
Zamora.....	35	35	37	35	36
Zaragoza.....	35	35	36	35	35

NACIDOS VIVOS POR 1.000 HABITANTES

Natalidad	1906	1907	1908	1909	1910
España	34	33	34	32	33
Alava	35	31	35	33	32
Albacete	32	32	32	33	33
Alicante	29	30	31	28	28
Almería	34	37	38	36	39
Ávila	41	40	39	41	39
Badajoz	35	38	36	36	35
Baleares	28	28	28	27	25
Barcelona	26	25	26	25	24
Burgos	39	36	37	39	37
Cáceres	43	36	41	41	39
Cádiz	34	35	35	35	34
Castellón	32	31	30	30	28
Ciudad Real	39	39	41	41	40
Córdoba	34	37	37	36	38
Coruña (La)	33	32	33	32	31
Cuenca	39	35	36	40	37
Gerona	31	28	30	28	28
Granada	36	37	37	35	37
Gualajara	35	33	35	36	34
Guipúzcoa	32	32	32	30	30
Huelva	33	35	35	34	34
Huesca	33	31	33	32	32
Jaén	38	40	39	39	40
León	36	35	35	35	35
Lérida	27	25	27	27	27
Logroño	37	45	38	35	35
Lugo	32	32	32	31	31
Madrid	30	30	30	29	29
Málaga	32	35	35	32	34
Murcia	31	31	33	31	30
Navarra	30	28	30	30	31
Orense	31	30	31	31	31
Oviedo	34	32	32	31	30
Palencia	40	38	36	38	38
Palmas (Las)	32	31	31	29	28
Pontevedra	33	33	33	32	32
Salamanca	39	37	36	37	35
Sta. Cruz de Tenerife	30	29	31	29	28
Santander	38	37	37	36	36
Segovia	39	37	37	39	37
Sevilla	32	36	34	34	35
Soria	40	36	38	39	36
Tarragona	26	26	25	24	25
Teruel	37	35	36	34	31
Toledo	40	38	37	38	36
Valencia	33	32	33	30	31
Valladolid	40	38	36	38	36
Vizcaya	36	34	35	33	33
Zamora	37	34	33	34	33
Zaragoza	34	33	34	32	32

NACIDOS VIVOS POR 1.000 HABITANTES

Natalidad	1911	1912	1913	1914	1915
España	31	32	30	30	30
Alava	31	31	32	31	31
Albacete	30	33	32	31	31
Alicante	24	26	24	22	24
Almería	35	37	31	32	34
Ávila	38	37	36	35	36
Badajoz	35	35	33	32	32
Baleares	26	25	24	23	24
Barcelona	24	24	24	24	23
Burgos	35	35	35	33	34
Cáceres	40	38	36	34	34
Cádiz	34	34	32	33	33
Castellón	26	27	25	26	24
Ciudad Real	38	40	38	35	36
Córdoba	39	37	35	36	36
Coruña (La)	30	30	29	29	30
Cuenca	34	35	36	34	34
Gerona	26	25	26	24	24
Granada	36	35	34	32	33
Guadalajara	33	34	33	32	31
Guipúzcoa	30	29	29	29	28
Huelva	32	33	32	31	28
Huesca	30	31	30	29	30
Jaén	38	38	37	34	35
León	34	33	31	31	32
Lérida	26	27	26	27	27
Logroño	33	33	32	32	32
Lugo	30	28	27	26	25
Madrid	29	30	29	29	29
Málaga	35	31	33	31	31
Murcia	27	28	25	26	27
Navarra	29	30	30	30	31
Orense	30	31	28	28	28
Oviedo	29	29	28	28	27
Palencia	37	38	37	34	36
Palmas (Las)	27	29	29	29	28
Pontevedra	30	30	28	27	29
Salamanca	36	36	34	32	33
Sta. Cruz de Tenerife	26	26	26	27	25
Santander	36	36	36	34	34
Segovia	37	37	36	35	34
Sevilla	34	34	33	34	33
Soria	36	35	36	33	33
Tarragona	24	24	23	23	22
Teruel	27	32	30	30	30
Toledo	37	37	35	33	34
Valencia	28	29	28	27	26
Valladolid	37	39	37	35	35
Vizcaya	33	32	32	31	31
Zamora	34	33	33	31	32
Zaragoza	31	33	31	31	30

NACIDOS VIVOS POR 1.000 HABITANTES

Natalidad	1916	1917	1918	1919	1920
España	29	29	29	28	30
Alava	30	30	31	28	31
Albacete	32	32	34	31	32
Alicante	25	23	24	26	26
Almería	30	31	30	30	31
Ávila	34	35	34	32	34
Badajoz	31	31	31	31	32
Baleares	24	22	23	22	24
Barcelona	23	23	24	25	26
Burgos	32	31	34	31	33
Cáceres	33	33	32	32	33
Cádiz	32	32	32	33	34
Castellón	22	21	21	23	24
Ciudad Real	35	36	37	33	38
Córdoba	34	36	36	36	38
Coruña (La)	30	29	20	28	31
Cuenca	32	33	34	29	33
Gerona	23	21	22	22	23
Granada	33	34	34	33	33
Guadalajara	28	28	28	26	29
Guipúzcoa	28	27	27	25	29
Huelva	27	28	26	26	27
Huesca	27	26	26	26	29
Jaén	35	36	36	35	36
León	32	31	32	31	34
Lérida	25	25	26	25	27
Logroño	31	31	27	30	32
Lugo	26	25	25	24	25
Madrid	28	28	27	26	29
Málaga	30	32	32	31	34
Murcia	25	26	27	29	27
Navarra	29	30	30	28	31
Orense	28	27	26	26	27
Oviedo	28	27	27	24	26
Palencia	36	36	36	33	35
Palmas (Las)	27	29	24	22	22
Pontevedra	29	28	28	27	28
Salamanca	32	31	30	30	31
Sa. Cruz de Tenerife	25	22	21	20	20
Santander	32	32	32	31	32
Segovia	33	32	32	30	35
Sevilla	32	33	33	33	36
Soria	31	29	31	28	27
Tarragona	21	21	22	22	24
Teruel	27	27	29	28	31
Toledo	34	34	34	31	34
Valencia	25	24	25	25	26
Valladolid	34	33	33	31	33
Vizcaya	29	31	31	30	32
Zamora	31	31	31	29	30
Zaragoza	28	29	31	29	31

NACIDOS VIVOS POR 1.000 HABITANTES

Natalidad	1921	1922	1923	1924	1925
España	30	31	31	30	29
Alava	30	30	30	30	30
Albacete	36	37	35	35	33
Alicante	28	28	27	28	27
Almería	33	38	34	37	35
Avila	36	37	37	37	35
Badajoz	34	32	33	32	31
Baleares	22	21	22	22	21
Barcelona	25	24	25	24	26
Burgos	36	36	36	35	33
Cáceres	37	36	38	36	34
Cádiz	31	30	31	30	29
Castellón	25	26	25	24	23
Ciudad Real	39	39	37	35	33
Córdoba	37	35	36	35	35
Coruña (La)	27	30	30	29	29
Cuenca	37	37	36	36	32
Gerona	25	22	22	21	20
Granada	34	35	35	35	35
Guadalajara	33	32	33	32	28
Guipúzcoa	28	28	29	28	27
Huelva	29	28	26	26	33
Huesca	28	27	27	25	25
Jaén	37	37	35	36	36
León	33	34	35	33	34
Lérida	25	24	24	22	22
Lorgoño	33	33	32	32	32
Lugo	24	25	26	25	25
Madrid	28	28	30	29	29
Málaga	32	33	34	32	33
Murcia	31	31	29	32	32
Navarra	30	30	29	29	29
Orense	25	29	28	27	26
Oviedo	28	29	28	29	28
Palencia	38	38	40	38	37
Palmas (Las)	25	26	28	31	27
Pontevedra	27	27	28	27	27
Salamanca	33	34	35	32	33
Sta. Cruz de Tenerife	23	23	30	31	26
Santander	33	33	34	33	32
Segovia	34	36	37	36	34
Sevilla	34	33	33	31	31
Soria	34	33	33	33	29
Tarragona	23	21	21	19	19
Teruel	33	31	32	30	27
Toledo	36	36	35	34	32
Valencia	26	27	27	26	26
Valladolid	35	35	37	36	34
Vizcaya	31	31	31	30	30
Zamora	31	32	33	32	31
Zaragoza	31	31	30	29	29

NACIDOS VIVOS POR 1.000 HABITANTES

Natalidad	1926	1927	1928	1929	1930
España.....	30	29	30	29	29
Alava.....	30	28	29	27	29
Albacete.....	35	35	36	35	36
Alicante.....	28	25	27	25	26
Almería.....	36	32	33	31	32
Ávila.....	35	34	36	35	35
Badajoz.....	31	29	30	29	27
Baleares.....	22	21	21	20	20
Barcelona.....	25	24	24	24	24
Burgos.....	35	33	35	33	35
Cáceres.....	36	34	36	35	33
Cádiz.....	31	29	31	32	31
Castellón.....	242	21	21	21	21
Ciudad Real.....	35	32	34	33	32
Córdoba.....	36	34	35	36	34
Coruña (La).....	30	30	32	31	32
Cuenca.....	35	34	36	36	35
Gerona.....	20	19	19	18	18
Granada.....	35	34	35	35	36
Guadalajara.....	30	28	30	28	27
Guipúzcoa.....	27	26	26	25	25
Huelva.....	23	21	23	23	22
Huesca.....	24	24	23	23	22
Jaén.....	38	36	38	38	37
León.....	35	33	36	33	34
Lérida.....	22	21	20	19	20
Logroño.....	32	30	32	30	32
Lugo.....	25	24	26	25	25
Madrid.....	29	28	30	30	31
Málaga.....	33	31	33	33	32
Murcia.....	33	30	31	29	29
Navarra.....	29	28	29	27	28
Orense.....	26	25	27	26	27
Oviedo.....	28	26	27	25	25
Palencia.....	39	36	38	35	36
Palmas (Las).....	31	30	31	31	31
Pontevedra.....	27	27	28	28	28
Salamanca.....	34	31	34	31	32
Sa. Cruz de Tenerife.....	28	28	28	28	28
Santander.....	33	31	32	30	31
Segovia.....	35	33	35	33	34
Sevilla.....	31	31	33	33	32
Soria.....	31	30	31	31	31
Tarragona.....	18	18	19	18	19
Teruel.....	28	27	28	29	28
Toledo.....	34	32	33	33	32
Valencia.....	28	24	25	24	25
Valladolid.....	36	33	35	33	33
Vizcaya.....	30	28	28	27	28
Zamora.....	33	32	33	31	32
Zaragoza.....	28	27	28	27	27

NACIDOS VIVOS POR 1.000 HABITANTES

Natalidad	1931	1932	1933	1934	1935
España.....	28	28	28	26	26
Alava.....	26	26	25	24	22
Albacete.....	33	31	33	31	31
Alicante.....	24	24	26	24	24
Almería.....	33	35	35	36	36
Ávila.....	32	33	33	32	31
Badajoz.....	30	31	31	29	30
Baleares.....	19	20	19	19	18
Barcelona.....	19	19	17	16	15
Burgos.....	31	33	31	30	29
Cáceres.....	36	36	37	35	35
Cádiz.....	36	38	37	33	34
Castellón.....	20	21	21	20	18
Ciudad Real.....	31	31	31	28	28
Córdoba.....	32	31	33	29	29
Coruña (La).....	30	32	31	30	29
Cuenca.....	33	31	34	32	31
Gerona.....	18	18	17	17	16
Granada.....	34	35	34	33	32
Guadalajara.....	27	27	27	26	25
Guipuzcoa.....	24	24	23	21	20
Huelva.....	25	26	26	23	23
Huesca.....	23	23	22	21	21
Jaén.....	35	34	35	32	32
León.....	32	34	33	32	31
Lérida.....	19	19	19	18	18
Logroño.....	28	30	28	28	26
Lugo.....	25	27	27	26	26
Madrid.....	26	26	24	24	22
Málaga.....	31	33	31	30	30
Murcia.....	28	29	32	31	30
Navarra.....	26	26	25	25	24
Orense.....	26	29	28	27	26
Oviedo.....	26	26	24	23	22
Palencia.....	33	33	33	32	31
Palmas (Las).....	32	36	37	36	33
Pontevedra.....	28	30	29	29	28
Salamanca.....	31	32	33	32	32
Sta. Cruz de Tenerife.....	29	31	32	32	31
Santander.....	28	29	27	26	24
Segovia.....	33	32	32	32	31
Sevilla.....	31	32	32	28	29
Soria.....	30	31	30	29	28
Tarragona.....	18	18	17	16	16
Teruel.....	28	27	28	26	25
Toledo.....	30	31	30	28	27
Valencia.....	23	23	23	22	21
Valadolid.....	31	31	30	29	28
Vizcaya.....	25	25	22	21	19
Zamora.....	30	31	31	31	30
Zaragoza.....	26	27	26	24	23

NACIDOS VIVOS POR 1.000 HABITANTES

Natalidad	1936	1937	1938	1939	1940
España.....	25	22	20	16	24
Alava.....	22	19	17	15	19
Albacete.....	31	35	30	18	33
Alicante.....	23	24	23	16	26
Almería.....	37	40	33	22	33
Avila.....	30	25	21	21	29
Badajoz.....	28	25	20	18	28
Baleares.....	17	16	14	14	15
Barcelona.....	15	14	12	6	14
Burgos.....	30	25	22	20	26
Cáceres.....	35	28	23	24	30
Cádiz.....	32	31	29	30	38
Castellón.....	17	20	13	9	20
Ciudad Real.....	27	31	28	18	30
Córdoba.....	26	20	19	19	28
Coruña (La).....	28	25	21	19	25
Cuenca.....	31	33	26	16	35
Gerona.....	16	15	13	6	15
Granada.....	29	26	27	20	30
Guadalajara.....	23	18	15	13	24
Guipúzcoa.....	18	14	15	14	17
Huelva.....	23	20	17	18	23
Huesca.....	17	11	11	11	15
Jaén.....	31	36	29	20	34
León.....	31	26	22	20	26
Lérida.....	16	17	10	7	13
Logroño.....	25	20	18	17	24
Lugo.....	26	23	20	18	23
Madrid.....	21	16	15	11	21
Málaga.....	28	27	21	21	28
Murcia.....	32	36	35	20	31
Navarra.....	23	20	19	17	21
Orense.....	26	22	18	17	22
Oviedo.....	21	18	17	14	17
Palencia.....	30	25	20	20	25
Palmas (Las).....	32	28	33	26	33
Pontevedra.....	27	24	20	19	25
Salamanca.....	32	28	24	23	30
Sta. Cruz de Tenerife.....	29	26	31	24	30
Santander.....	24	22	17	14	19
Segovia.....	31	26	23	22	28
Sevilla.....	28	24	23	23	28
Soria.....	29	23	20	19	25
Tarragona.....	16	16	10	7	16
Teruel.....	17	16	12	11	19
Toledo.....	23	14	11	15	27
Valencia.....	19	22	22	15	24
Valladolid.....	29	24	22	21	27
Vizcaya.....	19	16	13	12	15
Zamora.....	32	26	22	20	28
Zaragoza.....	22	18	17	16	20

NACIDOS VIVOS POR 1.000 HABITANTES

Natalidad	1941	1942	1943	1944	1945
España.....	20	20	23	22	23
Alava.....	18	18	19	19	20
Albacete.....	21	25	27	26	26
Alicante.....	18	17	20	20	20
Almería.....	21	23	25	23	27
Avila.....	25	27	27	27	28
Badajoz.....	20	23	29	28	27
Baleares.....	14	14	16	15	15
Barcelona.....	13	12	14	15	16
Burgos.....	23	24	25	24	25
Cáceres.....	23	24	29	27	27
Cádiz.....	24	24	30	27	28
Castellón.....	16	15	18	17	17
Ciudad Real.....	18	22	26	24	26
Córdoba.....	22	23	27	26	27
Coruña (La).....	21	21	24	23	24
Cuenca.....	22	22	25	25	24
Gerona.....	13	12	13	13	14
Granada.....	22	24	27	24	26
Guadalajara.....	19	20	21	22	21
Guipúzcoa.....	17	17	20	21	22
Huelva.....	18	18	24	23	23
Huesca.....	14	16	17	17	18
Jaén.....	23	25	27	26	28
León.....	23	23	25	25	26
Lérida.....	13	15	16	17	17
Logroño.....	20	20	22	21	22
Lugo.....	20	19	21	20	20
Madrid.....	17	17	20	21	20
Málaga.....	23	25	29	27	28
Murcia.....	22	22	23	25	27
Navarra.....	19	20	22	21	22
Orense.....	20	20	23	22	23
Oviedo.....	16	15	18	19	20
Palencia.....	25	25	28	27	28
Palmas (Las).....	29	34	32	34	34
Pontevedra.....	21	20	24	25	24
Salamanca.....	24	25	26	26	26
Sta. Cruz de Tenerife.....	27	29	31	32	29
Santander.....	17	19	20	20	21
Segovia.....	25	25	26	26	26
Sevilla.....	22	23	28	26	26
Soria.....	24	23	25	25	24
Tarragona.....	14	14	15	15	16
Teruel.....	18	19	21	22	22
Toledo.....	19	24	27	26	25
Valencia.....	16	16	18	17	17
Valladolid.....	23	23	26	25	26
Vizcaya.....	16	15	17	19	19
Zamora.....	25	26	28	27	27
Zaragoza.....	18	18	19	19	19

NACIDOS VIVOS POR 1.000 HABITANTES

Natalidad	1946	1947	1948	1949	1950
España.....	21	21	23	21	20
Alava.....	20	19	20	20	19
Albacete.....	24	23	26	24	23
Alicante.....	19	19	20	18	17
Almería.....	26	26	28	25	25
Ávila.....	26	24	27	25	24
Badajoz.....	23	26	28	25	22
Baleares.....	15	15	15	13	13
Barcelona.....	16	16	17	17	16
Burgos.....	23	22	25	23	23
Cáceres.....	24	24	27	24	22
Cádiz.....	26	25	27	25	22
Castellón.....	17	17	17	27	16
Ciudad Real.....	22	24	27	25	24
Córdoba.....	22	24	27	23	18
Coruña (La).....	23	22	22	21	19
Cuenca.....	21	22	24	23	21
Gerona.....	14	15	16	14	15
Granada.....	23	23	25	23	21
Guadalajara.....	21	20	21	20	19
Guipúzcoa.....	22	21	22	21	21
Huelva.....	20	22	23	21	19
Huesca.....	18	17	18	18	16
Jaén.....	22	25	28	25	20
León.....	25	23	26	25	24
Lérida.....	17	18	19	19	19
Logroño.....	21	21	21	20	19
Lugo.....	19	18	19	18	17
Madrid.....	19	19	21	19	19
Málaga.....	27	26	27	24	21
Murcia.....	24	24	26	23	22
Navarra.....	21	20	22	21	20
Orense.....	22	21	22	21	19
Oviedo.....	20	19	20	20	18
Palencia.....	25	25	28	27	27
Palmas (Las).....	32	30	29	29	28
Pontevedra.....	24	21	24	22	20
Salamanca.....	24	23	24	23	22
Sta. Cruz de Tenerife.....	26	24	24	23	23
Santander.....	21	21	22	21	21
Segovia.....	24	23	25	24	23
Sevilla.....	23	24	25	23	19
Soria.....	23	21	22	21	21
Tarragona.....	17	17	18	17	16
Teruel.....	21	21	21	22	21
Toledo.....	25	26	28	26	25
Valencia.....	16	16	17	16	15
Valladolid.....	22	23	25	24	22
Vizcaya.....	19	19	20	20	19
Zamora.....	23	242	26	25	24
Zamora.....	23	24	26	25	24
Zaragoza.....	18	18	19	17	16

NACIDOS VIVOS POR 1.000 HABITANTES

Natalidad	1951	1952	1953	1954	1955
España.....	20	21	20	20	20
Alava.....	19	20	20	20	20
Albacete.....	23	24	23	21	21
Alicante.....	19	19	18	19	20
Almería.....	27	27	26	25	26
Ávila.....	23	23	22	20	20
Badajoz.....	23	23	23	22	22
Baleares.....	14	15	14	14	15
Barcelona.....	15	16	16	17	17
Burgos.....	22	22	22	21	20
Cáceres.....	24	25	24	23	22
Cádiz.....	24	26	25	24	25
Castellón.....	15	16	15	16	16
Ciudad Real.....	22	24	23	21	21
Córdoba.....	22	24	24	23	23
Coruña (La).....	19	20	19	18	18
Cuenca.....	21	23	21	19	20
Granada.....	24	25	24	23	24
Guadalajara.....	19	19	18	18	18
Guipúzcoa.....	20	20	20	20	22
Huelva.....	20	21	21	21	22
Huesca.....	15	16	16	15	16
Jaén.....	23	26	26	23	24
León.....	23	23	23	23	23
Lérida.....	16	17	18	17	17
Logroño.....	19	19	19	18	18
Lugo.....	17	17	17	16	16
Madrid.....	17	18	18	18	20
Málaga.....	22	22	22	21	21
Murcia.....	24	24	24	22	23
Navarra.....	20	20	20	19	20
Orense.....	18	18	17	17	16
Oviedo.....	18	19	19	19	20
Palencia.....	24	25	24	24	24
Palmás.....	30	30	29	29	30
Pontevedra.....	20	21	21	20	21
Salamanca.....	23	23	23	22	22
Sta. Cruz de Tenerife.....	24	22	24	24	24
Santander.....	21	22	22	21	22
Segovia.....	22	22	21	20	21
Sevilla.....	23	23	23	22	23
Soria.....	19	20	19	18	17
Tarragona.....	15	15	15	15	15
Teruel.....	18	18	19	17	18
Toledo.....	21	22	21	19	19
Valencia.....	17	18	17	17	18
Valladolid.....	22	22	23	22	22
Vizcaya.....	18	19	19	20	22
Zamora.....	22	23	22	21	21
Zaragoza.....	17	17	17	16	18

NACIDOS VIVOS POR 1.000 HABITANTES

Natalidad	1956	1957	1958	1959	1960
España.....	21	22	22	22	22
Alava.....	21	23	23	25	22
Albacete.....	21	22	23	22	26
Alicante.....	19	22	23	22	21
Almería.....	25	29	28	27	26
Ávila.....	20	19	18	18	21
Badajoz.....	21	22	23	22	23
Baleares.....	15	16	16	16	17
Barcelona.....	18	20	21	21	18
Burgos.....	20	20	20	19	21
Cáceres.....	22	22	22	22	24
Cádiz.....	25	28	28	27	26
Castellón.....	15	16	16	16	17
Ciudad Real.....	22	24	24	23	25
Córdoba.....	23	24	25	24	24
Coruña (La).....	18	19	18	18	19
Cuenca.....	20	20	21	21	23
Gerona.....	16	17	17	17	16
Granada.....	24	25	25	24	27
Guadalajara.....	18	17	17	17	18
Guipúzcoa.....	24	25	26	27	24
Huelva.....	21	24	24	23	22
Huesca.....	16	17	16	15	16
Jaén.....	25	25	26	24	27
León.....	23	23	22	22	22
Lérida.....	17	18	17	17	18
Logroño.....	18	19	18	19	19
Lugo.....	16	16	16	15	16
Madrid.....	21	24	25	25	23
Málaga.....	20	21	20	21	22
Murcia.....	22	25	25	24	24
Navarra.....	20	21	20	20	20
Orense.....	16	16	15	15	16
Oviedo.....	21	21	21	21	20
Palencia.....	23	23	21	20	21
Palmas (Las).....	29	28	28	28	29
Pontevedra.....	21	21	21	21	22
Salamanca.....	22	22	21	21	22
Sta. Cruz de Tenerife.....	23	24	23	23	23
Santander.....	22	23	23	23	21
Segovia.....	20	20	19	20	20
Sevilla.....	23	25	24	23	24
Soria.....	18	17	16	16	18
Tarragona.....	15	16	16	16	17
Teruel.....	17	17	17	16	17
Toledo.....	19	19	19	19	21
Valencia.....	18	19	19	20	20
Valladolid.....	23	23	23	23	22
Vizcaya.....	24	28	28	30	24
Zamora.....	20	20	18	19	20
Zaragoza.....	17	19	19	19	19

NACIDOS VIVOS POR 1.000 HABITANTES

Natalidad	1961	1962	1963	1964	1965
España.....	21	21	21	22	21
Alava.....	22	22	23	25	25
Albacete.....	24	24	24	24	22
Alicante.....	21	22	23	24	23
Almería.....	24	24	26	25	25
Ávila.....	19	19	18	17	16
Badajoz.....	22	22	21	21	18
Baleares.....	17	18	19	21	21
Barcelona.....	18	19	20	21	22
Burgos.....	19	19	19	18	17
Cáceres.....	23	23	22	21	19
Cádiz.....	26	25	26	27	26
Castellón.....	16	17	18	18	18
Ciudad Real.....	24	22	22	22	20
Córdoba.....	24	23	23	24	21
Coruña (La).....	18	18	18	18	17
Cuenca.....	21	20	19	18	16
Gerona.....	16	17	17	18	18
Granada.....	26	25	25	27	25
Guadalajara.....	17	16	16	15	14
Guipúzcoa.....	24	24	25	26	25
Huelva.....	21	20	21	21	19
Huesca.....	16	15	15	15	14
Jaén.....	26	25	25	26	24
León.....	21	21	20	19	18
Lérida.....	19	18	18	19	18
Logroño.....	19	18	18	19	18
Lugo.....	16	16	14	14	14
Madrid.....	23	23	23	25	25
Málaga.....	22	21	23	25	24
Murcia.....	23	25	26	26	25
Navarra.....	20	20	20	21	20
Orense.....	15	15	14	14	14
Oviedo.....	19	18	17	17	16
Palencia.....	21	20	19	18	17
Palmas (Las).....	29	30	30	31	31
Pontevedra.....	22	21	21	21	21
Salamanca.....	21	20	20	19	18
Sta. Cruz de Tenerife.....	24	24	24	25	24
Santander.....	21	20	20	20	20
Segovia.....	20	19	19	18	17
Sevilla.....	24	24	25	26	24
Soria.....	16	16	16	15	14
Tarragona.....	17	18	18	20	19
Teruel.....	16	16	16	15	14
Toledo.....	20	20	19	18	17
Valencia.....	20	20	20	22	22
Valladolid.....	21	21	21	21	21
Vizcaya.....	24	24	25	26	25
Zamora.....	19	18	17	17	15
Zaragoza.....	19	20	19	20	19

NACIDOS VIVOS POR 1.000 HABITANTES

Natalidad	1966	1967	1968	1969	1970
España.....	21	21	20	20	20
Alava.....	25	25	21	21	20
Albacete.....	22	21	22	23	20
Alicante.....	24	24	22	22	21
Almería.....	25	24	24	23	22
Avila.....	15	14	15	14	14
Badajoz.....	17	16	19	19	18
Baleares.....	21	22	20	20	19
Barcelona.....	21	22	21	20	20
Burgos.....	16	16	17	17	16
Cáceres.....	18	17	18	17	16
Cádiz.....	25	26	25	25	26
Castellón.....	18	19	17	16	16
Ciudad Real.....	18	18	19	18	18
Córdoba.....	20	20	21	20	20
Coruña (La).....	17	17	18	17	17
Cuenca.....	15	15	17	16	15
Gerona.....	18	18	16	16	16
Granada.....	24	23	23	23	21
Guadalajara.....	13	12	13	13	12
Guipúzcoa.....	24	24	21	21	21
Huelva.....	19	20	21	20	19
Huesca.....	14	13	12	12	12
Jaén.....	21	22	22	20	20
León.....	17	16	17	17	16
Lérida.....	17	17	16	16	16
Logroño.....	17	17	17	17	16
Lugo.....	13	13	13	13	13
Madrid.....	24	25	23	23	22
Málaga.....	24	24	23	23	22
Murcia.....	25	25	25	24	23
Navarra.....	20	20	19	20	18
Orense.....	13	13	14	13	12
Oviedo.....	15	16	16	16	16
Palencia.....	16	15	15	15	14
Palmas (Las).....	30	30	28	28	28
Pontevedra.....	22	22	21	21	20
Salamanca.....	17	17	18	18	17
Sta. Cruz de Tenerife.....	24	23	21	22	22
Santander.....	20	20	19	19	18
Segovia.....	16	16	16	16	16
Sevilla.....	24	24	23	22	23
Soria.....	12	13	12	13	12
Tarragona.....	21	21	18	18	17
Teruel.....	13	12	13	13	12
Toledo.....	16	16	17	17	16
Valencia.....	22	23	20	20	19
Valladolid.....	21	21	21	21	19
Vizcaya.....	24	24	21	21	21
Zamora.....	14	14	15	15	14
Zaragoza.....	19	19	18	17	17

NACIDOS VIVOS POR 1.000 HABITANTES

Natalidad	1971	1972	1973	1974	1975
España	20	19	19	19	19
Alava	21	20	20	20	20
Albacete	20	20	19	19	19
Alicante	21	21	21	21	21
Almería	21	21	21	21	21
Ávila	13	13	13	12	13
Badajoz	18	17	17	16	17
Baleares	21	21	21	21	18
Barcelona	21	21	20	21	20
Burgos	16	16	16	16	16
Cáceres	16	15	15	14	14
Cádiz	25	25	24	24	24
Castellón	16	16	17	17	17
Ciudad Real	17	17	17	16	16
Córdoba	19	17	18	19	19
Coruña (La)	17	19	18	18	18
Cuenca	14	13	13	13	13
Gerona	17	17	17	17	18
Granada	21	20	20	20	19
Guadalajara	12	13	12	13	14
Guipúzcoa	20	20	19	18	18
Huelva	19	19	19	19	20
Huesca	12	12	11	11	13
Jaén	18	19	18	17	17
León	15	15	14	15	13
Lérida	15	15	15	16	15
Logroño	16	16	16	16	17
Lugo	12	12	12	13	12
Madrid	23	22	21	22	21
Málaga	22	22	22	22	21
Murcia	23	23	23	24	22
Navarra	18	18	17	17	18
Orense	12	12	12	13	12
Oviedo	17	17	16	17	17
Palencia	14	14	14	13	14
Palmas (Las)	28	27	26	25	23
Pontevedra	20	20	20	20	21
Salamanca	16	16	15	15	14
Sta. Cruz de Tenerife	23	21	22	22	21
Santander	18	18	18	18	19
Segovia	15	15	14	14	15
Sevilla	24	23	23	24	23
Soria	12	12	11	11	11
Tarragona	17	18	18	19	19
Teruel	11	11	11	11	12
Toledo	15	15	15	15	17
Valencia	19	19	19	20	20
Valladolid	19	20	20	21	19
Vizcaya	21	21	20	20	19
Zamora	13	13	12	12	12
Zaragoza	17	17	17	17	17

NACIDOS VIVOS POR 1.000 HABITANTES

Natalidad	1976
España	19
Alava	20
Albacete	18
Alicante	21
Almería	21
Ávila	12
Badajoz	16
Baleares	19
Barcelona	19
Burgos	17
Cáceres	14
Cádiz	24
Castellón	18
Ciudad Real	16
Córdoba	18
Coruña (La)	17
Cuenca	13
Gerona	18
Granada	18
Guadalajara	14
Guipúzcoa	20
Huelva	20
Huesca	13
Jaén	17
León	14
Lérida	15
Logroño	18
Lugo	12
Madrid	21
Málaga	21
Murcia	22
Navarra	18
Oresne	11
Oviedo	16
Palencia	13
Palmas (Las)	22
Pontevedra	20
Salamanca	14
Sta. Cruz de Tenerife	20
Santander	19
Segovia	15
Sevilla	23
Soria	12
Tarragona	19
Teruel	12
Toledo	17
Valencia	17
Valladolid	20
Vizcaya	20
Zamora	12
Zaragoza	17

FALLECIDOS POR 1.000 HABITANTES

Mortalidad	1901	1902	1903	1904	1905
España.....	28	26	25	26	26
Alava.....	26	25	28	26	25
Albacete.....	24	28	28	28	26
Alicante.....	25	23	20	23	23
Almería.....	30	32	32	30	26
Avila.....	30	31	30	29	29
Badajoz.....	30	26	25	26	29
Baleares.....	21	19	18	21	17
Barcelona.....	26	23	23	22	24
Burgos.....	33	29	30	30	29
Cáceres.....	33	30	27	29	34
Cádiz.....	30	31	28	29	22
Castellón.....	24	23	25	24	27
Ciudad Real.....	29	28	27	27	29
Córdoba.....	34	26	25	27	21
Coruña (La).....	34	23	22	22	28
Cuenca.....	30	30	28	28	28
Gerona.....	25	26	25	24	25
Granada.....	31	31	26	29	28
Guadalajara.....	30	27	27	27	27
Guipúzcoa.....	22	19	21	20	20
Huelva.....	24	23	21	23	26
Huesca.....	27	27	23	29	26
Jaén.....	36	31	29	30	31
León.....	26	27	24	26	26
Lérida.....	24	23	23	22	24
Logroño.....	30	28	20	29	26
Lugo.....	26	25	23	22	23
Madrid.....	31	26	28	26	27
Málaga.....	29	29	34	31	28
Murcia.....	25	25	25	25	26
Navarra.....	23	21	22	23	20
Orense.....	27	25	23	22	24
Oviedo.....	25	24	23	24	24
Palencia.....	34	28	28	33	33
Palmas (Las).....	22	20	22	19	18
Pontevedra.....	23	21	21	20	22
Salamanca.....	28	28	25	27	26
Sta. Cruz de Tenerife.....	19	18	20	19	17
Santander.....	26	28	22	23	23
Segovia.....	29	31	26	27	25
Sevilla.....	31	28	27	32	31
Soria.....	30	29	28	28	26
Tarragona.....	24	19	20	19	21
Teruel.....	31	27	27	28	28
Toledo.....	28	27	26	25	26
Valencia.....	27	25	24	23	25
Valladolid.....	33	29	27	31	27
Vizcaya.....	28	23	25	21	22
Zamora.....	28	27	25	29	25
Zaragoza.....	31	27	25	28	27

FALLECIDOS POR 1.000 HABITANTES

Mortalidad	1906	1907	1908	1909	1910
España.....	26	24	24	24	23
Alava.....	25	23	22	22	20
Albacete.....	28	25	24	24	26
Alicante.....	23	21	21	21	21
Almería.....	30	24	26	25	27
Avila.....	29	30	29	30	27
Badajoz.....	27	24	24	25	22
Baleares.....	19	19	18	21	20
Barcelona.....	24	22	22	24	22
Burgos.....	29	30	29	25	27
Cáceres.....	30	29	28	28	30
Cádiz.....	30	26	26	26	25
Castellón.....	23	21	21	20	20
Ciudad Real.....	26	28	26	28	25
Córdoba.....	29	27	26	26	24
Coruña (La).....	23	22	21	21	21
Cuenca.....	29	28	25	26	26
Gerona.....	25	22	22	23	21
Granada.....	28	25	24	26	27
Guadalajara.....	28	27	24	25	25
Guipúzcoa.....	20	19	18	19	17
Huelva.....	23	24	22	23	22
Huesca.....	24	24	24	25	24
Jaén.....	32	27	27	29	25
León.....	30	26	25	24	23
Lérida.....	22	20	21	20	20
Logroño.....	27	29	25	25	25
Lugo.....	23	22	24	22	21
Madrid.....	27	26	23	28	24
Málaga.....	29	25	24	24	25
Murcia.....	27	24	21	21	26
Navarra.....	19	20	20	20	18
Oremse.....	24	23	22	22	22
Oviedo.....	22	22	21	21	20
Palencia.....	31	29	27	27	28
Palmas (Las).....	20	19	21	19	25
Pontevedra.....	24	21	21	21	21
Salamanca.....	27	26	23	23	24
Sa. Cruz de Tenerife.....	19	18	17	19	20
Santander.....	23	24	22	22	20
Segovia.....	27	26	22	22	22
Sevilla.....	30	30	28	28	26
Soria.....	28	27	24	23	26
Tarragona.....	21	20	20	20	18
Teruel.....	27	26	24	24	23
Toledo.....	29	26	25	25	25
Valencia.....	24	22	21	21	21
Valladolid.....	28	29	26	26	25
Vizcaya.....	24	22	20	20	19
Zamora.....	29	26	23	23	25
Zaragoza.....	27	25	25	25	23

FALLECIDOS POR 1.000 HABITANTES

Mortalidad	1911	1912	1913	1914	1915
España.....	23	21	22	22	22
Alava.....	22	18	20	19	19
Albacete.....	25	23	24	23	23
Alicante.....	21	19	18	19	19
Almería.....	26	23	25	22	22
Avila.....	29	25	25	27	25
Badajoz.....	23	21	21	22	23
Baleares.....	17	16	17	18	16
Barcelona.....	22	20	22	24	22
Burgos.....	27	24	26	25	23
Cáceres.....	28	24	26	28	28
Cádiz.....	26	25	26	25	26
Castellón.....	21	18	20	31	18
Ciudad Real.....	26	23	24	23	25
Córdoba.....	25	24	25	25	26
Coruña (La).....	22	20	19	17	20
Cuenca.....	25	22	26	22	25
Gerona.....	22	20	20	20	19
Granada.....	25	23	25	23	24
Guadalajara.....	25	21	26	24	24
Guipúzcoa.....	18	16	18	17	17
Huelva.....	21	20	19	19	21
Huesca.....	25	21	22	22	22
Jaén.....	26	25	28	28	27
León.....	26	22	23	22	22
Lérida.....	21	20	22	20	20
Logroño.....	24	21	22	22	25
Lugo.....	21	19	20	20	19
Madrid.....	23	24	25	26	24
Málaga.....	24	22	24	23	24
Murcia.....	22	22	20	20	21
Navarra.....	20	17	18	19	20
Orense.....	22	20	21	21	20
Oviedo.....	22	19	18	18	19
Palencia.....	29	26	27	27	26
Palmas (Las).....	17	17	18	17	17
Pontevedra.....	22	18	20	20	19
Salamanca.....	25	21	23	22	23
Sa. Cruz de Tenerife.....	16	15	15	15	15
Santander.....	23	21	19	19	19
Segovia.....	29	21	23	24	25
Sevilla.....	27	27	28	26	27
Soria.....	26	21	24	25	24
Tarragona.....	20	18	18	20	18
Teruel.....	25	22	23	22	23
Toledo.....	24	22	23	23	24
Valencia.....	21	19	19	20	19
Valladolid.....	28	24	25	27	25
Vizcaya.....	19	19	18	18	17
Zamora.....	26	22	23	24	22
Zaragoza.....	26	20	22	22	23

FALLECIDOS POR 1.000 HABITANTES

Mortalidad	1916	1917	1918	1919	1920
España.....	21	22	33	23	24
Alava.....	21	20	34	20	22
Albacete.....	22	22	36	25	27
Aliante.....	18	18	31	23	22
Almería.....	20	23	44	25	24
Avila.....	24	25	42	27	27
Badajoz.....	22	26	34	24	23
Baleares.....	15	17	26	17	18
Barcelona.....	21	24	34	25	24
Burgos.....	25	24	45	25	26
Cáceres.....	28	31	37	27	27
Cádiz.....	27	28	34	30	29
Castellón.....	17	19	28	20	21
Ciudad Real.....	23	23	34	25	26
Córdoba.....	24	27	35	27	28
Coruña (La).....	19	20	34	20	21
Cuenca.....	22	23	32	24	27
Gerona.....	18	19	26	20	21
Granada.....	23	25	36	24	26
Guadalajara.....	22	22	34	23	23
Guipúzcoa.....	16	18	26	19	18
Huelva.....	21	23	33	20	20
Huesca.....	21	21	34	22	23
Jaén.....	25	29	37	28	28
León.....	22	22	42	24	25
Lérida.....	20	20	28	20	22
Logroño.....	22	21	39	24	25
Lugo.....	20	20	30	22	19
Madrid.....	23	23	29	27	27
Málaga.....	25	23	30	27	28
Murcia.....	19	20	33	23	24
Navarra.....	19	19	31	20	20
Orense.....	21	23	39	22	23
Oviedo.....	20	20	32	20	20
Palencia.....	27	26	45	26	29
Palmas (Las).....	17	18	18	20	23
Pontevedra.....	18	20	29	20	23
Salamanca.....	24	25	41	24	25
Sta. Cruz de Tenerife.....	14	13	14	14	17
Santander.....	19	20	32	21	22
Segovia.....	21	22	37	25	25
Sevilla.....	27	28	34	28	30
Soria.....	25	21	33	22	23
Tarragona.....	17	18	27	19	20
Teruel.....	22	21	32	21	25
Toledo.....	22	22	31	24	23
Valencia.....	18	20	28	33	37
Valladolid.....	25	25	41	26	28
Vizcaya.....	19	18	30	22	21
Zamora.....	26	21	46	24	24
Zaragoza.....	21	22	34	21	23

FALLECIDOS POR 1.000 HABITANTES

Mortalidad	1921	1922	1923	1924	1925
España.....	21	23	21	20	20
Alava.....	20	20	20	18	19
Albacete.....	23	22	22	21	21
Alicante.....	20	20	19	20	19
Almería.....	24	21	21	22	18
Ávila.....	25	22	24	24	22
Badajoz.....	23	23	23	21	20
Baleares.....	17	16	16	16	14
Barcelona.....	19	21	21	19	20
Burgos.....	25	23	25	22	23
Cáceres.....	26	26	26	24	23
Cádiz.....	23	22	21	21	21
Castellón.....	18	18	19	19	20
Ciudad Real.....	25	22	22	22	21
Córdoba.....	24	24	24	22	22
Coruña (La).....	20	19	20	19	18
Cuenca.....	23	22	23	21	22
Gerona.....	17	18	18	17	16
Granada.....	25	21	22	19	20
Guadalajara.....	22	20	22	20	20
Guipúzcoa.....	17	17	17	16	16
Huelva.....	20	20	20	18	17
Huesca.....	21	20	20	19	19
Jaén.....	25	25	24	22	22
León.....	23	21	22	24	21
Lérida.....	18	19	17	17	16
Logroño.....	20	21	20	20	21
Lugo.....	20	18	19	18	18
Madrid.....	28	22	22	20	21
Málaga.....	26	23	21	22	22
Murcia.....	20	19	19	18	19
Navarra.....	20	19	18	16	18
Orense.....	20	19	20	19	18
Oviedo.....	19	17	19	18	16
Palencia.....	27	25	26	25	25
Palmas (Las).....	14	14	16	18	18
Pontevedra.....	20	18	20	19	17
Salamanca.....	25	22	24	22	23
Sa. Cruz de Tenerife.....	14	13	15	18	16
Santander.....	20	17	21	18	17
Segovia.....	21	20	22	22	20
Sevilla.....	25	26	23	22	23
Soria.....	23	21	22	18	22
Tarragona.....	16	16	17	16	16
Teruel.....	21	24	20	19	20
Toledo.....	22	22	20	20	20
Valencia.....	18	20	19	19	19
Valladolid.....	26	23	25	24	23
Vizcaya.....	18	16	18	16	17
Zamora.....	25	21	24	25	22
Zaragoza.....	20	19	21	18	20

FALLECIDOS POR 1.000 HABITANTES

Mortalidad	1926	1927	1928	1929	1930
España.....	19	19	18	18	17
Alava.....	17	19	17	19	15
Albacete.....	20	21	20	20	19
Alicante.....	18	18	18	16	17
Almería.....	19	19	18	18	17
Ávila.....	24	22	24	22	21
Badajoz.....	20	19	18	16	17
Baleares.....	14	16	14	12	14
Barcelona.....	19	18	18	20	17
Burgos.....	22	22	22	21	20
Cáceres.....	22	22	22	20	21
Cádiz.....	21	20	21	19	19
Castellón.....	18	17	17	16	17
Ciudad Real.....	19	20	19	18	17
Córdoba.....	20	22	18	19	19
Coruña (La).....	19	19	17	17	18
Cuenca.....	20	21	20	19	18
Gerona.....	15	16	15	15	13
Granada.....	20	20	19	19	18
Guadalajara.....	20	18	18	19	17
Guipúzcoa.....	15	15	14	14	14
Huelva.....	18	17	15	14	15
Huesca.....	17	17	17	17	15
Jaén.....	20	22	24	20	20
León.....	20	19	20	18	19
Lérida.....	15	15	15	14	13
Logroño.....	20	20	19	20	18
Lugo.....	17	17	16	16	16
Madrid.....	22	20	20	21	19
Málaga.....	21	20	20	18	18
Murcia.....	18	18	18	16	16
Navarra.....	18	17	16	18	16
Orense.....	19	18	17	17	16
Oviedo.....	17	16	16	16	14
Palencia.....	24	23	23	22	22
Palmas (Las).....	16	17	18	19	16
Pontevedra.....	17	17	16	16	16
Salamanca.....	21	21	22	20	19
Sia. Cruz de Tenerife.....	16	15	13	17	13
Santander.....	18	17	17	17	16
Segovia.....	21	19	21	19	18
Sevilla.....	22	23	22	21	20
Soria.....	20	20	19	20	18
Tarragona.....	15	15	14	14	14
Teruel.....	18	19	17	19	18
Toledo.....	19	18	18	18	17
Valencia.....	18	18	18	16	18
Valladolid.....	24	22	23	22	22
Vizcaya.....	15	16	15	15	15
Zamora.....	23	22	23	21	20
Zaragoza.....	18	18	18	18	17

FALLECIDOS POR 1.000 HABITANTES

Mortalidad	1931	1932	1933	1934	1935
España	17	16	16	16	16
Alava	15	16	16	14	14
Albacete	19	17	17	19	18
Albacete	17	16	16	15	16
Almería	18	19	18	18	17
Ávila	19	20	19	20	19
Badajoz	18	16	18	17	16
Baleares	16	13	13	13	13
Barcelona	16	14	14	13	13
Burgos	20	19	19	17	19
Cáceres	20	19	19	20	18
Cádiz	21	20	21	20	20
Castellón	17	16	16	15	16
Ciudad Real	18	16	17	18	16
Córdoba	18	15	17	17	15
Coruña (La)	17	16	16	16	15
Cuenca	20	18	17	19	17
Gerona	16	15	14	14	14
Granada	17	18	17	16	15
Guadalajara	18	16	16	17	17
Guipúzcoa	14	14	13	12	12
Huelva	17	15	16	15	15
Huesca	17	16	16	16	15
Jaén	19	18	20	18	17
León	18	18	17	18	18
Lérida	15	14	14	14	13
Logroño	18	17	18	16	16
Lugo	17	17	17	17	16
Madrid	18	16	16	16	15
Málaga	17	16	18	16	15
Murcia	17	16	16	16	16
Navarra	16	15	15	14	14
Orense	18	16	16	16	17
Oviedo	16	16	15	15	14
Palencia	22	20	20	20	21
Palmas (Las)	15	16	16	17	14
Pontevedra	16	16	16	16	16
Salamanca	18	18	20	20	18
Sa. Cruz de Tenerife	13	13	13	12	12
Santander	16	15	14	14	13
Segovia	19	17	17	17	17
Sevilla	19	17	19	18	16
Soria	18	17	17	16	18
Tarragona	15	15	14	13	15
Teruel	19	18	17	17	17
Toledo	18	16	16	17	15
Valencia	16	16	16	15	15
Valladolid	20	19	20	18	18
Vizcaya	14	13	13	12	11
Zamora	20	20	19	19	20
Zaragoza	18	16	17	17	16

FALLECIDOS POR 1.000 HABITANTES

Mortalidad	1936	1937	1938	1939	1940
España.....	17	19	19	18	16
Alava.....	16	20	17	17	14
Albacete.....	18	21	22	21	17
Alicante.....	16	20	22	10	16
Almería.....	19	25	24	27	23
Ávila.....	20	17	16	18	17
Badajoz.....	18	21	18	17	19
Baleares.....	14	12	15	14	14
Barcelona.....	13	14	22	16	11
Burgos.....	19	19	19	18	17
Cáceres.....	19	20	18	16	17
Cádiz.....	21	21	21	21	21
Castellón.....	16	20	30	19	18
Ciudad Real.....	16	21	23	24	22
Córdoba.....	16	16	14	19	18
Coruña (La).....	16	17	17	17	16
Cuenca.....	18	21	23	20	17
Gerona.....	14	16	23	21	15
Granada.....	16	17	14	18	18
Guadalajara.....	16	20	17	19	20
Guipúzcoa.....	13	12	12	13	12
Huelva.....	15	17	16	15	16
Huesca.....	16	13	18	16	16
Jaén.....	19	26	25	24	23
León.....	18	19	18	18	17
Lérida.....	14	17	18	19	13
Logroño.....	20	16	16	16	15
Lugo.....	16	17	18	19	17
Madrid.....	21	21	19	21	15
Málaga.....	16	25	14	16	16
Murcia.....	17	22	23	25	18
Navarra.....	15	15	16	16	15
Orense.....	16	17	18	17	17
Oviedo.....	16	24	19	16	16
Palencia.....	19	20	18	17	17
Palmas (Las).....	15	17	14	13	14
Pontevedra.....	17	17	17	18	16
Salamanca.....	18	18	18	17	17
Sta. Cruz de Tenerife.....	12	13	13	12	12
Santander.....	14	23	16	14	13
Segovia.....	17	17	15	16	16
Sevilla.....	17	18	17	16	18
Soria.....	17	17	17	16	16
Tarragona.....	16	19	30	20	15
Teruel.....	12	17	22	18	16
Toledo.....	14	11	10	22	21
Valencia.....	15	18	24	21	16
Valladolid.....	20	18	18	17	17
Valladolid.....	20	18	18	17	17
Vizcaya.....	13	22	11	11	12
Zamora.....	22	19	18	17	18
Zaragoza.....	20	19	25	17	15

FALLECIDOS POR 1.000 HABITANTES

Mortalidad	1941	1942	1943	1944	1945
España.....	19	15	13	13	12
Alava.....	14	14	13	12	12
Albacete.....	18	14	13	13	12
Alicante.....	17	13	12	13	11
Almería.....	20	14	14	13	11
Avila.....	19	16	15	14	14
Badajoz.....	32	17	14	13	13
Baleares.....	13	13	11	11	10
Barcelona.....	14	14	11	13	11
Burgos.....	18	15	14	13	14
Cáceres.....	25	16	15	13	12
Cádiz.....	28	18	15	14	12
Castellón.....	17	15	14	14	15
Ciudad Real.....	24	15	13	12	11
Córdoba.....	23	16	13	12	12
Coruña (La).....	18	13	14	13	12
Cuenca.....	18	14	12	12	12
Gerona.....	14	13	12	13	12
Granada.....	18	14	13	13	11
Guadalajara.....	18	15	14	13	13
Guipúzcoa.....	14	14	11	12	11
Huelva.....	32	20	15	15	13
Huesca.....	16	15	14	14	14
Jaén.....	23	16	14	13	13
León.....	18	14	14	15	14
Lérida.....	14	13	13	14	13
Logroño.....	16	14	13	13	12
Lugo.....	17	14	14	14	13
Madrid.....	17	14	12	12	12
Málaga.....	23	15	14	13	12
Murcia.....	18	14	12	12	10
Navarra.....	15	13	13	13	12
Orense.....	18	15	14	14	12
Oviedo.....	16	12	12	13	12
Palencia.....	20	17	15	16	16
Palmas (Las).....	15	14	13	12	12
Pontevedra.....	20	14	14	14	12
Salamanca.....	18	15	16	14	13
Sta. Cruz de Tenerife.....	12	12	12	10	11
Santander.....	15	13	12	12	11
Segovia.....	17	15	14	13	13
Sevilla.....	24	17	14	13	12
Soria.....	16	14	14	14	13
Tarragona.....	16	15	13	14	13
Teruel.....	17	16	18	15	15
Toledo.....	21	16	13	13	12
Valencia.....	15	13	12	12	11
Valladolid.....	19	16	15	14	14
Vizcaya.....	15	13	11	11	10
Zamora.....	18	16	16	16	16
Zaragoza.....	16	14	13	12	12

FALLECIDOS POR 1.000 HABITANTES

Mortalidad	1946	1947	1948	1949	1950
España.....	13	12	11	11	11
Alava.....	11	11	10	11	10
Albacete.....	13	12	10	10	10
Alicante.....	11	11	10	11	10
Almería.....	13	11	11	11	10
Ávila.....	14	13	12	12	11
Badajoz.....	16	12	11	12	11
Baleares.....	10	10	10	10	10
Barcelona.....	11	12	11	12	11
Burgos.....	12	12	11	12	11
Cáceres.....	13	12	12	12	10
Cádiz.....	13	13	11	12	11
Castellón.....	14	13	12	13	12
Ciudad Real.....	13	11	11	10	11
Córdoba.....	16	11	10	11	10
Coruña.....	12	12	11	11	11
Cuenca.....	12	11	10	11	10
Gerona.....	12	12	11	12	12
Granada.....	12	11	10	10	10
Guadalajara.....	12	12	11	12	11
Guipúzcoa.....	10	10	10	10	10
Huelva.....	17	12	12	12	11
Huesca.....	14	14	13	13	12
Jaén.....	18	11	10	10	10
León.....	12	13	12	12	11
Lérida.....	13	13	12	13	13
Logroño.....	11	12	10	11	10
Lugo.....	13	13	11	11	11
Madrid.....	12	12	10	11	10
Málaga.....	13	12	11	12	11
Murcia.....	11	10	9	10	10
Navarra.....	12	12	10	11	10
Orense.....	13	13	11	12	11
Oviedo.....	12	12	11	11	11
Palencia.....	14	15	14	14	13
Palmas (Las).....	12	10	10	9	8
Pontevedra.....	12	12	11	11	10
Salamanca.....	13	12	11	11	10
Sa. Cruz de Tenerife.....	11	10	10	9	8
Santander.....	11	11	10	10	10
Segovia.....	12	13	10	12	11
Sevilla.....	14	12	11	13	11
Soria.....	13	12	11	12	11
Tarragona.....	13	13	13	14	13
Teruel.....	15	14	14	14	14
Toledo.....	13	12	11	12	11
Valencia.....	11	11	10	11	10
Valladolid.....	13	13	12	11	11
Vizcaya.....	10	10	10	10	10
Zamora.....	15	14	14	13	12
Zaragoza.....	12	12	11	11	10

FALLECIDOS POR 1.000 HABITANTES

Mortalidad	1951	1952	1953	1954	1955
España.....	11	10	10	9	9
Alava.....	12	9	10	9	9
Albacete.....	12	9	10	9	9
Alicante.....	12	10	11	10	10
Almería.....	12	10	9	9	10
Ávila.....	12	10	10	9	9
Badajoz.....	11	10	9	9	9
Baleares.....	11	11	11	10	10
Barcelona.....	12	10	10	9	10
Burgos.....	12	10	10	10	10
Cáceres.....	12	10	10	10	9
Cádiz.....	12	10	9	8	9
Castellón.....	13	12	12	11	11
Ciudad Real.....	11	9	10	9	9
Córdoba.....	11	9	9	8	8
Coruña (La).....	12	9	9	9	9
Cuenca.....	11	10	10	9	10
Gerona.....	14	12	12	11	12
Granada.....	10	9	9	8	8
Guadalajara.....	12	10	11	10	10
Guipúzcoa.....	10	9	9	9	9
Huelva.....	12	11	11	11	10
Huesca.....	13	10	12	10	11
Jaén.....	11	9	9	9	8
León.....	12	10	10	10	10
Lérida.....	13	11	11	10	11
Logroño.....	11	9	10	9	10
Lugo.....	13	10	10	10	10
Madrid.....	10	8	9	8	8
Málaga.....	11	9	9	8	8
Murcia.....	11	9	8	8	9
Navarra.....	12	10	10	9	10
Orense.....	13	10	9	9	10
Oviedo.....	12	9	9	8	9
Palencia.....	13	11	11	11	11
Palmas (Las).....	9	8	8	8	7
Pontevedra.....	12	10	9	9	9
Salamanca.....	13	10	11	10	10
Sta. Cruz de Tenerife.....	9	8	8	7	7
Santander.....	11	9	9	9	10
Segovia.....	10	9	10	9	9
Sevilla.....	11	9	9	9	8
Soria.....	12	10	10	10	9
Tarragona.....	13	11	12	11	11
Teruel.....	13	11	11	10	10
Toledo.....	10	9	9	8	8
Valencia.....	12	10	10	9	10
Valladolid.....	12	10	10	10	10
Vizcaya.....	10	8	9	8	9
Zamora.....	13	11	11	11	10
Zaragoza.....	12	9	10	9	9

FALLECIDOS POR 1.000 HABITANTES

Mortalidad	1956	1957	1958	1959	1960
España.....	10	10	9	9	9
Alava.....	10	10	10	10	10
Albacete.....	9	9	8	8	9
Alicante.....	11	11	10	10	9
Almería.....	10	10	9	9	9
Avila.....	10	10	8	8	9
Badajoz.....	9	10	8	9	9
Baleares.....	12	11	11	11	11
Barcelona.....	11	10	10	10	9
Burgos.....	10	10	9	9	9
Cáceres.....	9	10	8	9	9
Cádiz.....	9	9	8	8	8
Castellón.....	12	12	10	11	12
Ciudad Real.....	10	10	8	9	9
Córdoba.....	8	9	7	8	8
Coruña (La).....	9	9	8	8	8
Cuenca.....	9	9	9	9	9
Gerona.....	131	12	11	11	12
Granada.....	8	9	7	7	8
Guadalajara.....	10	11	9	10	10
Guipúzcoa.....	9	10	9	9	8
Huelva.....	11	12	10	11	10
Huesca.....	12	11	10	10	10
Jaén.....	9	9	7	8	8
León.....	10	10	9	9	9
Lérida.....	12	10	10	9	11
Logroño.....	10	10	8	9	9
Lugo.....	11	10	9	9	10
Madrid.....	9	9	8	9	8
Málaga.....	8	9	7	8	8
Murcia.....	9	9	8	8	8
Navarra.....	10	10	9	9	9
Orense.....	10	9	9	9	10
Oviedo.....	9	9	9	9	8
Palencia.....	11	11	10	10	10
Palmas (Las).....	8	8	7	7	7
Pontevedra.....	9	9	8	9	9
Salamanca.....	10	10	9	10	10
Sta. Cruz de Tenerife.....	7	8	7	7	7
Santander.....	9	10	8	9	9
Segovia.....	9	10	8	9	8
Sevilla.....	9	10	8	8	8
Soria.....	11	11	8	9	9
Tarragona.....	13	12	11	11	12
Teruel.....	11	11	9	9	10
Toledo.....	9	9	9	8	8
Valencia.....	11	10	9	9	10
Valladolid.....	11	10	9	9	9
Vizcaya.....	9	10	9	9	8
Zamora.....	11	11	10	10	10
Zaragoza.....	10	10	9	9	9

FALLECIDOS POR 1.000 HABITANTES

Mortalidad	1961	1962	1963	1964	1965
España.....	8	9	9	9	8
Alava.....	9	9	9	9	9
Albacete.....	9	9	9	8	9
Alicante.....	9	10	10	9	10
Almería.....	8	9	9	8	8
Ávila.....	9	9	9	9	9
Badajoz.....	8	8	9	8	8
Baleares.....	10	11	12	11	11
Barcelona.....	8	9	9	8	8
Burgos.....	9	10	9	9	9
Cáceres.....	8	9	9	8	8
Cádiz.....	8	8	8	7	7
Castellón.....	11	11	11	11	11
Ciudad Real.....	9	9	9	8	8
Córdoba.....	8	8	8	8	8
Coruña.....	8	9	9	8	8
Cuenca.....	9	9	9	9	9
Gerona.....	10	11	12	10	11
Granada.....	8	8	8	8	8
Guadalajara.....	10	10	11	10	9
Guipúzcoa.....	7	8	8	7	7
Huelva.....	9	10	10	9	9
Huesca.....	10	10	10	10	10
Jaén.....	8	8	8	8	8
León.....	9	9	9	9	8
Lérida.....	9	10	11	10	10
Logroño.....	9	10	10	10	10
Lugo.....	10	11	11	10	10
Madrid.....	8	7	8	8	7
Málaga.....	8	8	8	8	8
Murcia.....	8	8	8	8	8
Navarra.....	9	9	10	9	9
Orense.....	9	10	10	10	9
Oviedo.....	8	9	8	8	8
Palencia.....	10	10	10	9	9
Palmas (Las).....	7	7	6	6	7
Pontevedra.....	9	9	9	9	9
Salamanca.....	9	9	10	9	9
Sta. Cruz de Tenerife.....	7	6	7	7	7
Santander.....	8	9	8	8	8
Segovia.....	9	9	9	8	8
Sevilla.....	8	8	8	8	8
Soria.....	9	9	10	9	9
Tarragona.....	11	12	13	12	12
Teruel.....	10	10	11	10	9
Toledo.....	8	8	9	8	8
Valencia.....	9	10	10	10	10
Valladolid.....	9	9	9	9	8
Vizcaya.....	8	8	8	8	8
Zamora.....	10	10	10	10	9
Zaragoza.....	9	10	10	9	9

FALLECIDOS POR 1.000 HABITANTES

Mortalidad	1966	1967	1968	1969	1970
España.....	8	9	8	9	8
Alava.....	9	9	7	8	8
Albacete.....	8	9	10	10	9
Alicante.....	10	10	9	10	9
Almería.....	8	8	9	9	9
Avila.....	8	9	9	10	10
Badajoz.....	8	8	9	9	9
Baleares.....	11	12	11	12	11
Barcelona.....	8	9	8	9	8
Burgos.....	9	9	9	10	9
Cáceres.....	8	8	9	9	9
Cádiz.....	7	7	7	8	7
Castellón.....	11	12	11	12	11
Ciudad Real.....	8	8	9	9	9
Córdoba.....	7	7	8	9	8
Coruña (La).....	8	8	9	9	9
Cuenca.....	8	8	10	11	10
Gerona.....	11	11	11	11	10
Granada.....	8	8	8	9	8
Guadalajara.....	9	9	11	11	10
Guipúzcoa.....	7	7	7	7	7
Huelva.....	9	10	11	11	10
Huesca.....	9	10	9	10	9
Jaén.....	7	7	8	9	8
León.....	8	8	9	9	9
Lérida.....	10	10	10	11	9
Logroño.....	10	9	9	10	9
Lugo.....	10	10	11	12	11
Madrid.....	7	7	7	7	7
Málaga.....	8	9	8	9	8
Murcia.....	8	8	8	9	8
Navarra.....	9	9	9	11	9
Orense.....	10	9	10	10	10
Oviedo.....	8	8	8	9	9
Palencia.....	9	9	10	10	10
Palmas (Las).....	7	7	6	6	6
Pontevedra.....	10	9	9	9	9
Salamanca.....	9	9	9	10	9
Sta. Crzu de Tenerife.....	6	6	6	6	6
Santander.....	9	9	9	9	8
Segovia.....	8	8	8	10	10
Sevilla.....	8	8	8	8	8
Soria.....	9	9	9	11	9
Tarragona.....	12	13	11	12	11
Teruel.....	9	9	10	12	11
Toledo.....	8	8	9	10	9
Valencia.....	10	10	10	10	9
Valladolid.....	9	8	9	9	8
Vizcaya.....	8	8	7	7	7
Zamora.....	9	9	10	11	10
Zaragoza.....	9	9	9	9	7

FALLECIDOS POR 1.000 HABITANTES

Mortalidad	1971	1972	1973	1974	1975
España.....	9	8	9	8	8
Alava.....	8	7	7	7	6
Albacete.....	10	9	10	10	10
Alicante.....	10	8	9	9	9
Almería.....	9	8	9	9	9
Ávila.....	10	10	10	10	10
Badajoz.....	10	9	10	10	10
Baleares.....	11	10	11	10	10
Barcelona.....	8	8	8	8	7
Burgos.....	10	9	9	9	9
Cáceres.....	9	9	9	10	10
Cádiz.....	8	7	8	8	8
Castellón.....	12	10	11	11	11
Ciudad Real.....	10	9	9	10	10
Ciudadobda.....	9	8	9	9	9
Coruña (La).....	9	9	9	9	10
Cuenca.....	11	10	10	10	10
Gerona.....	11	10	10	10	10
Granada.....	9	8	9	8	9
Guadalajara.....	11	13	11	11	11
Guipúzcoa.....	8	7	7	7	7
Huelva.....	10	10	10	10	10
Huesca.....	10	9	10	9	11
Jaén.....	9	8	8	9	9
León.....	9	9	9	9	9
Lérida.....	10	9	10	9	10
Logroño.....	10	9	10	9	10
Lugo.....	12	11	12	13	13
Madrid.....	7	7	7	6	6
Málaga.....	9	8	8	9	9
Murcia.....	9	8	9	9	9
Navarra.....	9	8	9	9	9
Orense.....	11	10	11	11	12
Oviedo.....	8	9	9	9	9
Palencia.....	10	9	11	10	10
Palmas (Las).....	7	7	7	6	6
Pontevedra.....	9	8	9	9	9
Salamanca.....	10	9	9	9	9
Sta. Cruz de Tenerife.....	7	6	6	6	7
Santander.....	9	8	9	8	9
Segovia.....	10	9	10	10	10
Sevilla.....	9	8	8	8	8
Soria.....	10	10	11	10	10
Tarragona.....	11	10	11	10	11
Teruel.....	11	10	11	10	12
Toledo.....	10	9	9	10	10
Valencia.....	10	9	9	9	9
Valladolid.....	8	7	8	9	7
Vizcaya.....	8	7	7	7	7
Zamora.....	10	9	10	10	11
Zaragoza.....	9	8	9	8	9

FALLECIDOS POR 1.000 HABITANTES

Mortalidad	1976
España	8
Alava	7
Albacete	9
Alicante	8
Almería	8
Avila	9
Badajoz	10
Baleares	10
Barcelona	7
Burgos	9
Cáceres	9
Cádiz	8
Castellón	10
Ciudad Real	9
Córdoba	8
Coruña (La)	9
Cuenca	10
Gerona	10
Granada	8
Guadalajara	10
Guipúzcoa	7
Huelva	10
Huesca	10
Jaén	9
León	9
Lérida	10
Logroño	9
Lugo	12
Madrid	6
Málaga	8
Murcia	8
Navarra	9
Orense	10
Oviedo	9
Palencia	10
Palmas (Las)	7
Pontevedra	8
Salamanca	9
Sta. Cruz de Tenerife	7
Santander	8
Segovia	9
Sevilla	8
Soria	10
Tarragona	10
Teruel	12
Toledo	9
Valencia	9
Valladolid	7
Vizcaya	7
Zamora	10
Zaragoza	9

INDICE DE AUTORES Y MATERIAS

- Abortion*, 194-195
 Aborto, 194-195, 201-202, 229-233, 259, 311, 314
 — criminal, 200
 — espontáneo, 194
 — involuntario, 47, 56, 115, 132
 — legalización del 203, 230-231, 248
 — provocado, 162, 194, 204
 — voluntario, 132
 — véase también métodos de control de natalidad: interrupción voluntaria del embarazo
 Acsadi, 129
Agency for International Development (AID), 203
 Altamira, Rafael, 193
 Arbelo Curbelo, Antonio, 27, 32
 Armengaud, A., 26
 Avila de Lobera, Luis, 237
 Aznar, Severino, 23, 57-59, 85, 106, 110, 160, 181
 Baumert, G., 97
 Behrman, S. J., 129, 229, 240
 Beral, Valerie, 247
 Berelson, Bernard, 227
 Berguers, H., 132
 Blake, Judith, 20, 131, 161
 Bohm, Christiane, 234
 Bolte, M., 97
 Bonal, Raimon, 230
 Bosch Marin, Juan, 200
Boston Women's Health Book Collective, *The*, 250
 Brennan, G., 75, 81
 Bustinza Ugarte, P., 32, 85
 Calaf, Joaquim, 16
 Campbell, A. A., 96, 129
 Campo, Salustiano del, 14, 70, 85, 130, 160, 196, 198, 279
 Cáncer, 246-247
 Cañada Royo, Luis, 198
 Capel Martínez, Rosa M., 279
 Capitalismo, 203
 Capmany, María Aurelia, 278
 Casamiento:
 — años de, 114, 207, 209, 211, 218, 226
 — matrimonio (nupcialidad), 27, 33, 54, 84, 114, 218, 220, 278-279, 282, 284, 286, 292, 296, 304
 — retraso en la edad de, 19, 124-125, 130-131, 162, 205, 214, 250
 Castells, Eugeni, 233, 238
Casti Connubi, 201
 Celibato, 131, 162
 Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), 13, 113
 Centro de Mujeres de Federico Rubio de Madrid, 202
 Centro de planificación familiar, 228, 240
 Clase social, 15, 23, 26, 35-37, 57-59, 71, 77-81, 87, 91, 96, 100-103, 106, 111, 134-135, 142-143, 148-149, 152, 168, 179, 181, 185-187, 190, 195, 200, 204, 208, 210, 221, 223, 227, 231, 250, 246, 259-267, 303, 310-312, 315
 Clase social subjetiva, 137, 140, 142, 144, 148-149, 151, 175, 179, 183, 188

- Coale, A. J., 129
 Coito, 195, 201, 215, 241, 309, 315
 Colectivo Feminista Pelvis de Mallorca, 204
 Comadrona, 204
 Comfort, Alex, 234
 Comfort, Jane, 234
 Concepción, 161, 201
 — véase también embarazo, gestación, y natalidad
 Concilio Vaticano II, 64-66, 71, 201
 Condesa de Campo Alange, 70, 278
 Conning, 129
 Control de natalidad obligatorio, 120, 149, 152, 172
 Coordinadora de Grupos Feministas de Euskadi, 231
 Corsa, L., 129
 Conservadurismo véase tradicionalismo-progresismo
 Cowgill, Donald O., 83
 Crack de 1929, 30
 Crecimiento:
 — de la población, 22, 26, 29, 82-85, 158, 194-195
 — natural de la población, 33
 — vegetativo, 20, 27, 30-31, 52-54, 86, 205
 — véase también población.
 Chandrasekaran, 129
 Cho, 129
 Davis, Kingsley, 20, 24, 131, 161
 Debré, 27
 Derogy, Jacques, 97
 DES, 247
 Desarrollo económico, 20-25, 36-38, 50, 82-83, 100, 129, 158, 199, 221, 258, 306-307, 311
 Despenalización de los contraceptivos, 202, 226
 Dexeus, Santiago, 195, 236-237, 246
 Diez Nicolás, Juan, 14, 16, 20, 23, 33, 54-55, 57-58, 130-133, 158, 160, 169, 171, 184, 196-197, 229, 267, 279
 Dirección General de Sanidad, 198
 Divorcio, 162, 201, 205
 Doble moral, 212
 Dorn, Harold F., 24, 48
 Draper, E., 132
 Duncan, Otis D., 24, 83-84
 Durán, María Angeles, 278
 Edad, 37, 49, 52-54, 78-81, 92, 94-96, 101-105, 113-117, 119, 134, 136, 139-140, 145, 148-149, 151-153, 158, 168, 175-178, 186-187, 189, 206-207, 213, 215, 217-220, 226, 240, 243, 249, 251, 255-258, 267, 302, 308-309, 310, 313
 Educación (estudios), 15, 57-58, 78-80, 92, 94-95, 100-101, 104, 109-110, 113, 117, 119, 123, 133, 135-136, 140, 142, 147-148, 151, 179, 182, 185-186, 188, 195, 210-211, 213-214, 222-227, 262, 264-265, 267-268, 278-279, 310-312, 315
 Embarazo, 114-115, 132, 210, 212, 218, 230, 242, 292, 294, 312-313
 — deseado, 195, 211, 214, 227
 — no deseado, 15, 115-116, 195, 209, 211, 223, 227, 247, 259, 262, 308-309, 311, 315
 — probabilidad de, 131, 211, 246-247
 Enfermedades venéreas, 193, 238
 Enfermería, 204
 Envejecimiento de la población, 26, 52-53, 55
 Espaciamiento de los nacimientos, 33, 76, 84, 117, 130, 139, 142, 149, 152, 157, 171-172, 195, 212, 215, 253, 306-307, 311-313.
 Esperanza de vida, 29, 158, 277-278
 Estado civil, 91-92, 94-96, 104-106, 114, 195, 205, 209, 277, 313
 Esterilidad, 33, 200, 207, 211, 242, 249-253, 295, 313-314
 — involuntaria, 130, 132, 162
 — permanente, 130, 132
 — temporal, 130, 132
 Exhibicionismo social, 127
 Explosión demográfica (*baby boom*), 23-24, 31, 82, 84, 157
 Facultad de Medicina, 202
 Fallopio, 238
 Familia, 112-153
 — actitudes sobre la, 303
 — comunicación dentro de la, 119, 121, 123, 172, 207, 297
 — estructura de la, 15, 137, 140, 159, 186, 223, 250, 296, 305, 308, 313
 — extensa, 204
 — nuclear, 204
 — numerosa, 208-209, 267

- patriarcal, 123, 204
- tamaño de véase hijos e hijas
- Family Planning Association, The*, 230
- Farmacia, 270
- Fecundidad, 14-15, 21-22, 25-27, 84, 100-102, 158, 161, 215, 308
- Fecundity*, 21, 161
- Federación Española de Planificación Familiar, 198
- Federación Internacional de Planificación de la Familia, 241
- Feminista, 203, 230, 233, 238-1240, 246, 250, 313, 315
- Fertilidad, 21, 161
- Fertility*, 21, 161
- Ferrer Regales, Manuel, 201
- Feto, 194-195
- Figá-Talamanca, Irene, 231
- Food and Drug Administration* (FDA), 239-240
- Ford, Kathleen, 220, 243, 270
- Fraenkel, Peter, 16
- Fraga, Manuel, 160
- Freedman, Ronald, 22, 25, 90-91, 96-97, 109-110, 128-129, 157-159
- Fundación:
 - FOESSA, 14, 34, 131, 160, 169, 196
 - Ford, 14, 16, 112, 132, 171, 279
 - Rockefeller, 132, 203
- García, Anselmo, 265
- García, Celso-Ramón, 240
- García Bellido, A., 29
- Generalitat*, 230
- Gestación, 131, 161-162, 303
 - véase también embarazo
- Gili, Maria Dolors, 16
- Ginecólogo, 266
- Goldberg, David, 90, 91, 97, 109-110
- González Seara, Luis, 16, 169, 197, 267
- Gripe de 1918, 28-29, 38, 130
- Guerra:
 - civil de 1936-39, 26, 28-29, 30-31, 33-36, 42-45, 47, 55-57, 130
 - primera mundial, 36
 - segunda mundial, 159
- Guyot, Jean-Claude, 223
- Harrison, 239
- Hatcher, Robert A., 247
- Hauser, Philip M., 194
- Hawley, Amos H., 23
- Hernández, Gerardo, 229
- Hermanos (número de), 136
- Histerectomía, 233, 247-248
- Himes, N. E., 163
- Hijos e hijas:
 - deseados, 58, 100, 108-110, 116, 119, 206, 208-209, 267, 293, 295-296, 308
 - en la actualidad (vivos), 215, 217, 224, 227, 252, 254-255, 292, 308
 - esperados, 58, 100, 108-110, 295-296
 - ideal, 13, 15, 33, 58-59, 82-111, 116, 131, 160, 181, 206-208, 220, 266, 271, 293, 295-296
 - importancia del hijo-varón, 215, 217-218
 - único, 139
 - primogénito, 206, 212-213
 - tenidos (o nacidos-vivos habidos), 58, 84, 90, 93-96, 100, 104, 108-110, 114, 136, 139, 140, 143, 145, 148-149, 151, 159, 206-210, 216, 254
- Horowitz, Ruth, 212
- Hospital, 54, 228, 248, 315
- Humanae Vitae*, 116
- Iglesia Católica, 20, 59, 64, 111, 118-120, 169-170, 173, 187, 190, 201, 226, 228
 - véase también religiosidad católica
- Iglesias de Ussel, Julio, 196, 230, 279
- Imperialismo, 203
- Índice de Pearl, 247
- Industrialización, 19-25, 27, 37-38, 52, 55, 59, 83, 102, 128, 159, 277
- Infanticidio, 204
- Información sobre contracepción, 120, 149, 152-153, 168, 172, 315
 - véase también métodos de control de natalidad
- Informe FOESSA, 34-35, 208
- Ingresos familiares, 57-58, 78-79, 92, 94-95, 104, 109, 110, 113, 115, 117, 120, 124-125, 127, 134-135, 137, 141-143, 146, 148, 150, 175, 179, 183, 185-186, 189-190, 285, 311
- Inseminación artificial, 202
- Instituto de la Opinión Pública (IOP), 13, 16, 64, 87, 90, 103, 106, 113, 196

- Instituto Internacional de Estadística, 198
- Instituto Nacional de Estadística (INE), 13, 16, 64, 87, 90, 103, 106, 113, 196
- Inseminación artificial, 202
- Instituto de la Opinión Pública (IOP) 13, 16, 64, 87, 90, 103, 106, 113, 196
- Instituto Internacional de Estadística, 198
- Instituto Nacional de Estadística (INE), 14, 16, 57, 192, 198-199, 206, 218, 221, 242, 244, 248-249, 265
- Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), 202
- International Institute for the Study of Human Reproduction*, 35
- Intervalo:
— intergenésico, 212, 214
— protogenésico, 212-214, 306-308
- Ishihama, 239
- IUSSP, 129
- Jiménez, Juan, 234
- Juan XXIII, 64
- Karon, B. B., 128
- Kenny, Michael, 212
- Kiser, Clyde, V., 24, 129
- Korflur, Gisele, 234
- Láinez, 234
- Lancet, The*, 239
- Lescaut, Paul, 97
- Lein, Allen, 234
- Ligadura de trompas, 247, 249, 253
— véase también métodos de control de natalidad: esterilización
- Limitación de los nacimientos, 25, 76, 87, 117, 139, 142, 149, 152, 171-172, 195, 212, 215, 254, 306-307, 311-313
- Livi Bacci, M., 27
- López, Ana María, 278
- López, Guillermo, 234
- Loren, Santiago, 201
- Madariaga, Salvador de, 75
- Malthus, Thomas R., 19, 193
— neomalthusianismo, 58, 85
- Mañá, Joaquín, 238
- Maravall, José M., 279
- Marsal, Juan F., 205
- Maternidad, 128, 200-201, 315
- Médica, 202
- Médico (profesión médica), 119, 167-169, 196-197, 202, 240, 246, 265, 308-309, 311, 315
- Medios de comunicación, 120, 172
- Menopausia, 250
- Mercadé, Anna, 203, 230
- Métodos de control de natalidad, 118, 157-191, 228, 235-271
— abstinencia, 194, 204, 212
— coito interrumpido (*coitus interruptus*), 118, 132, 148, 212, 306
— condón (preservativo), 118, 132, 148, 202
— conocimiento de los, 118-119, 148, 202
— conocimiento de los, 118-119, 148, 212, 221, 310
— de alta eficacia, 204, 307, 310, 312-313
— diafragma, 118, 148, 202
— dispositivo intrauterino (DIU), 25, 202, 307, 309-310, 312-313
— efectos secundarios de los, 313
— eficacia de los, 118-119, 212, 228, 306, 309-312, 315
— esterilización, 15, 194, 202, 211-212, 225-226, 307, 309-310, 312-314
— fallos de los, 215
— interrupción voluntaria del embarazo (IVE), 15, 194-195, 198, 202-203, 209, 229-233, 309-310, 312, 314-315
véase también aborto
— IVE precoz, 315
— lactancia prolongada, 132, 204, 212
— lavado vaginal (ducha), 118, 132, 148
— modernos, 312
— otros métodos, 118, 312
— peligrosidad de los, 118-119, 230, 309, 313
— píldora (pastilla, anticonceptivo oral), 14-15, 25., 35, 118-119, 132, 148, 197, 201-202, 212, 307, 309-310, 312-313
— primitivos, 312
— ritmo (ogino, continencia periódica), 75, 118-119, 131-132, 148, 201, 212, 311

- seguridad de los, 309-312, 315
- tradicionales, 30, 307, 312
- utilización alguna vez de los, 310
- utilización actual de los, 119, 310
- vasectomía (esterilización masculina), 307, 309, 313
- *véase también* espaciamiento, y limitación
- Migraciones, 53, 57
 - emigración, 31, 34, 41, 50-52, 56, 177
 - hacia el exterior, 49
 - inmigración, 37, 50-51, 53, 56, 178
 - interiores, 49
 - saldo migratorio, 160
- Miguel, Amando de, 14, 35, 130, 169, 197-198, 205, 279
- Miguel, Jesús Manuel de, 32, 35, 130, 160, 196, 198-200, 202, 205, 212, 223, 229, 246, 259, 279
- Miñao, 234
- Miscarriage, 194-195
- Mirabell, Enrique, 234
- Mito:
 - de la inmaculada concepción, 200
 - de la sagrada familia, 200
- Modernización, 128, 148
- Montaña, P., 75
- Morbilidad, 230
- Moreno, Amparo, 204
- Mortalidad, 158, 160, 315
 - al nacer, 56
 - catastrófica, 26
 - femenina, 195, 229-230, 314-315
 - fetal, 162
 - infantil, 21, 26-27, 47, 103, 204
 - materna, 229, 233, 248, 253, 311
 - por embarazo-parto-puerperio, 47, 232-233, 247-249, 277, 309, 311
 - post-aborto, 232, 249, 253, 259
 - reproductora, 247-248
 - tasa bruta de, 15, 19-59, 82-83, 86, 100, 102, 128-130, 205, 308, 319-327, 345-360
 - tasa específica de, 56
- Movilidad social, 126-128
- Moyer, Melissa G., 32, 160, 196
- Mussolini, 200
- Nacimiento:
 - ilegítimo, 195, 205
 - lugar de, 54, 58, 112
 - *véase también* espaciamiento, y limitación
- Naciones Unidas (ONU), 14, 128, 194, 198
- Nadal, Jordi, 26, 77, 130
- Natalidad, 106, 112, 116, 158-160
 - nacidos-vivos, 27, 35, 114, 307
 - reducción de la, 131, 163
 - tasa bruta de, 19-59, 82-87, 100, 128-130, 205, 319-344
 - tasa de, 15, 179, 198
 - *véase también* hijos e hijas, y nacimiento
- National Academy of Sciences, 214, 314
- Norma de 120, 250
- Noviazgo, 124
- Obispo de Osmá, 64
- Ocupación, 57, 78-79, 109-110, 135-136, 140, 142-143, 147, 151, 175, 179, 182, 185-186, 188, 223, 262, 311.
- Ogino-Knaus, 132, 239
 - *véase también* métodos de control de natalidad: ritmo
- Okonjo, 129
- Oltra, Benjamín, 205
- Oppenheimer, 239
- Opus Dei*, 201
- Ortega, R., 77
- Pablo VI, 202
- Parto, 131-132, 161-162, 205-206
 - en casa, 115
 - en hospital, 115, 205, 292, 294
 - en maternidad, 115, 205
 - múltiple, 205
- Pascua, Marcelino, 194
- Patterson, J. E., 129
- Pauta de:
 - irracionalidad, 217, 308
 - *véase también* racionalidad en la utilización de métodos
 - jóvenes-maduras, 224, 310
 - pobres-ricos, 208, 311
- Pemán, José M., 202
- Peña, Marina, 16
- Pérez Ares, Carlos, 16
- Pérez Botija, Margarita, 278
- Petersen, W., 24, 128
- Picazo, José, 16
- Población:
 - crecimiento cero de la (ZPG), 193, 196

- estacionaria, 84
- estructura por edad de la, 53, 57, 179
- estructura por sexo de la, 53, 57
véase también sexo
- Poder y libertad*, 204
- Políticos:
 - de control de natalidad, 198, 228, 311
 - demográfica, 129, 198, 200, 273-315
- de población, 226, 231, 306-315
- sanitaria, 198
- Population Council, The*, 35, 97, 166, 170
- Population Reference Bureau*, 158
- Prat, Joan, 200
- Prostitución, 238
- Pujiula, Jaime, 200

- Racionalidad en la utilización de métodos, 195, 204, 208, 210, 212-229, 249, 254-255, 267, 309
- *véase también* métodos de control de natalidad, y pauta de irracionalidad
- Ramirez, María-Angeles, 16
- Regiones (y provincias), 22-23, 26-27, 35-54, 56, 101, 135, 137, 140-141, 144, 148, 150, 152-153, 175, 178-179, 180, 187, 189, 213, 221, 259-260, 287, 317-360
- Reinhard, N., 26
- Relaciones sexuales, 161-162, 241, 248, 266, 315
 - frecuencia de las, 131
 - prematrimoniales, 19, 201
 - *véase también* coito
- Religiosidad católica, 14-15, 37, 63-81, 87-88, 91, 93, 100, 102-103, 106-108, 111, 114, 132, 170, 187, 197, 200, 213, 226, 230, 241, 252-253, 258, 266-271, 302, 310-311
- *véase también* Iglesia Católica
- Renta *per cápita*, 138
- Reproducción (tasa de), 35
- República Española, 58
- Residencia lugar de), 227, 310
 - *véase también* rural-urbano
- Retherford, 129
- Revista Española de la Opinión Pública* (REOP), 14, 65, 88
- Ridruejo, Dionisio, 310
- Riquet, M., 132

- Rivière, Margarita, 195, 236-237, 246
- Roig, Montserrat, 234
- Romero de Solís, P., 130
- Roncalés, 234
- Ros Jimeno, José, 32-33, 38, 84-85, 87, 103, 106, 160, 194
- Rubio Vergés, Lourdes, 16
- Rudel, Harry W., 232, 247
- Ruiz Almansa, J., 36
- Rural-urbano,
 - campo, 123, 133-134, 213, 262
 - ciudad, 37, 56, 59, 87-100, 152-153, 258, 310, 312
 - diferencias, 22-23, 26-27, 35-36, 54-55, 57, 115, 117, 139, 222, 259, 271, 287
 - origen, 113, 133, 136, 140, 145, 148-149, 151, 175-178, 186
 - residencia actual, 113, 148-149, 175
 - tamaño del municipio (en habitantes), 113, 119, 135-136, 140-141, 143-144, 150, 177-178, 186, 222, 251, 261
- Ryder, N.B., 35, 129

- Sagrera, Martín, 198
- Salud, 190, 195, 203, 209, 250
- Sanidad, 55-56, 59
- Sanz, Marcos, 198
- Satisfacción:
 - con la vida, 126
 - con el trabajo, 126
- Sauvy, Alfred, 20, 132, 163
- Secularización, 30, 128, 139, 302
- Segal Sheldon, J., 163
- Seguridad Social, 202
- Seminario sobre Planificación Familiar, 198
- Serrano Vicens, Ramón, 233
- Sexo, 49, 66-74, 78-81, 217-218, 237, 240, 249, 251-252, 275
- Sexualidad, 201, 203-204, 245, 250, 313
- Sharp, Harry, 90-91, 97, 109-110
- Sopeña Ibáñez, A., 32, 85
- Spengler, Joseph, J., 24, 83-84
- Stacey, Margaret, 246
- Standing Medical Advisory Committee*, 238
- Stolnitz, G. J., 22, 25, 128
- Stopes, Mary, 200
- Stycos, J. Mayone, 100, 201, 227

- Subnormalidad, 201
- Tabaco, 240, 313
- Taboada, Leonor, 203, 232, 238
- Taeuber, I.B., 24, 128
- Tamaño de familia *véase* hijos e hijas
- Terrades, Eduardo, 238
- Tietze, Christopher, 163, 229, 248
- Trabajo, 15, 93-96, 105-106, 113-114, 117, 120, 122-126, 134-135, 137, 141-142, 146, 149-150, 152-153, 175, 181, 184, 186, 208, 210, 213, 218, 220, 275-305, 308
- Tradicionalismo-progresismo, 63-81, 106, 108, 124-125, 134-135, 137, 141-142, 146, 149-150, 153, 175, 184-186, 206, 213, 215, 296, 310-311
- Transición demográfica, 15, 19-59, 83, 100, 128-129, 158, 204-205
- Udry, J. Richard, 196
- Universidad Autónoma de Barcelona (UASB), 16, 231, 265-266
- Universidad Complutense (de Madrid), 16
- Urbanización, 102, 128, 159, 258, 307, 310-311
- Utian, Wulf H., 234
- Van North, L., 128
- Velarde, Juan, 160
- Vicens Vives, Jaime, 77
- Vidal Beneyto, José, 202
- Villar Salinas, Jesús, 29, 31
- Wallach, Edward E., 240
- Westoff, Charles, F., 97
- Whelpton, P. K., 96-97, 129
- World Health Organization* (WHO, OMS), 234
- Wray, Joe D., 214

INDICE

Prólogo	7
Prefacio	13
Primera parte: MARCO DEMOGRAFICO	17
1 La transición demográfica española	19
Segunda parte: ACTITUDES SOCIALES	61
2 Actitudes y prácticas religiosas	63
3 La polémica del tamaño ideal de familia	82
4 Familia y contracepción	112
Tercera parte: PAUTAS DE CONTROL	155
5 Conocimiento de los métodos	157
6 Pautas de control de natalidad	192
7 Utilización de métodos de contracepción	235
Cuarta parte: POLITICA DEMOGRAFICA	273
8 Trabajo de la mujer y natalidad	275
9 Hacia una política de población en España	306
Apéndice de gráficos y tablas provinciales	317
Indice de autores y materias	360

El presente libro es el primer estudio sociológico global sobre la planificación familiar en España. Analiza en profundidad todos los datos conocidos desde 1964 hasta 1981. Plantea además una docena de criterios básicos para una política nacional de control de natalidad en el futuro. Es un elemento indispensable para el estudio de temas demográficos, de población, sociología de la medicina, salud pública, y política sanitaria.

Juan Díez Nicolás, formado en Madrid (Universidad Complutense) y en los Estados Unidos (Universidad de Michigan, Ann Arbor). Ha sido director general de Planificación Social, director general del Instituto Nacional de Ciencias de la Educación (IN-CIE), rector de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), director general del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) y su secretario de Ordenación del Territorio y del Medio Ambiente. En la actualidad es el catedrático de Ecología Humana, y director del «Departamento de Población y Ecología Humana» de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid. Es autor de libros como **Los españoles y la opinión pública** (1976), **Especialización funcional y dominación en la España urbana** (1972), y **Sociología: Entre el funcionalismo y la dialéctica** (1971).

Jesús M. de Miguel, doctor en Sociología por la Universidad de Yale, es actualmente profesor en la Universidad Autónoma de Barcelona. Es miembro del Consejo para la Investigación Médica en Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS); del Consejo General del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD); y del Consejo Municipal del Medio Ambiente de Barcelona.