

ABORTOS INDUCIDOS EN MUJERES ESPAÑOLAS EN INGLATERRA Y GALES (1974-1988)

Rosana Peiró¹ / Concha Colomer² / John Ashton² / Carlos Álvarez-Dardet³

¹Instituto Valenciano de Estudios de Salud Pública (IVESP). ²Department of Public Health. University of Liverpool. Reino Unido. ³Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante

Resumen

Para valorar la importancia de las migraciones para abortar de mujeres españolas desde 1974 a 1988 se ha realizado un estudio epidemiológico descriptivo basado en información de la Oficina de Censos y Encuestas poblaciones del Reino Unido. Además, se explora en estos datos el efecto de la reinstauración democrática en España (1978) y de la promulgación de la ley del aborto en 1985.

Durante estos años, casi 200.000 españolas viajaron al Reino Unido para abortar. Las cifras anuales varían desde 2.978 en 1974 hasta 22.002 en 1983. En 1988, a pesar de la despenalización parcial del aborto en España, todavía 3.188 mujeres viajaron a Inglaterra y Gales por este motivo.

Como media, 1 de cada 35 españolas en edad fértil viajó a Inglaterra y Gales para interrumpir su embarazo en el período de estudio. La probabilidad fue mayor en la cohorte de mujeres nacidas entre 1955 y 1959, en las que la probabilidad de viajar para abortar llegó al 4,2%. La distribución proporcional de la edad durante el período de estudio muestra cómo las adolescentes han incrementado su proporción desde el 9,3% del total de abortos en 1974 al 17% en 1988, sugiriendo que este grupo de edad ha obtenido menos beneficios de la democratización del país y de los cambios legislativos que las mujeres más mayores.

Palabras clave: Aborto inducido. Embarazo no deseado. Salud de la mujer. Derechos de la mujer. Migraciones temporales.

INDUCED ABORTIONS IN SPANISH WOMEN IN ENGLAND AND WALES (1974-1988)

Summary

To assess the importance of travelling for abortion in Spanish women from 1974 to 1988, a descriptive epidemiologic study was undertaken, based on information from the United Kingdom Office for Population Censuses and Surveys. Additionally, the effect of the democratic restitution in Spain (1978) and of the passing of the Spanish abortion law in Spain is explored.

During the study period, close to 200.000 Spanish women travelled to England and Wales to have an abortion. The annual figures range from 2,978 in 1974 to 22,002 in 1983. In 1988, in spite of the partial decriminalization of abortion in Spain, still 3,188 travelled to the UK for an abortion.

In average, 1 out 35 Spanish women in fertile ages travelled to England and Wales for this reason in the study period. The likelihood was higher for the cohort of women born between 1955 and 1959, for which the risk was 4.5%. The proportional distribution by age shows that teenagers increased their relative importance from 9.3% in 1974 to 17% in 1988, suggesting less benefits for this age group than for older women from the democratization of the country and the abortion law.

Key words: Induced abortion. Unwanted pregnancy. Women's health. Women's rights. Temporary migration.

Introducción

Todas las civilizaciones han practicado abortos independientemente de su situación penal¹. Con frecuencia, los abortos se han realizado en condiciones poco profesionales, causando la pérdida de un número enorme de

vidas de mujeres y graves consecuencias para la salud de las que sobreviven²⁻⁴. La Organización Mundial de la Salud estima que cada año mueren 250.000 mujeres a causa de operaciones de aborto ilegales⁵ y que el número total de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en el mundo es de 55 millones, aproximadamente el 25% de todos los

Correspondencia: C. Álvarez-Dardet. Universidad de Alicante. Departamento de Salud Pública. Apartado de Correos, 374. 0380 Alicante.

Este artículo fue recibido el 25 de mayo de 1993 y fue aceptado tras revisión el 20 de enero de 1994.

embarazos¹. Con independencia del debate ético y político que usualmente se plantea en torno a la IVE, los abortos realizados en buenas condiciones pueden considerarse como beneficiosos desde el punto de vista de la Salud Pública, ya que tienen un impacto positivo en la reducción del tamaño familiar, y en la disminución de los efectos negativos de los embarazos no deseados⁶⁻⁸.

Debido a la diferente disponibilidad de servicios de un país a otro, que se produce por las variaciones en la consideración penal de la IVE, un número significativo de mujeres se ven forzadas a obtener estos servicios fuera de su país⁹. Estas verdaderas migraciones para realizar un aborto se han estudiado poco hasta el momento, pero potencialmente están produciendo daños económicos, sociales y familiares a las mujeres que se ven obligadas a hacerlo en un país extranjero, sin apoyo social y familiar, usualmente con problemas de comunicación debido al lenguaje y con los costes económicos adicionales del viaje y el pago de la operación. Las desigualdades en el acceso a los servicios de IVE también pueden incrementarse como resultado de estos viajes para abortar ya que los costes que suponen suelen restringir esta solución a las mujeres con situación económica más privilegiada¹⁰.

La primera ley despenalizadora del aborto se aprobó en España en 1937, durante la II República, siendo Ministra de Salud Federica Montseny. Sin embargo, la IVE legal fue abolida durante la dictadura del General Franco. Durante este período, las mujeres españolas buscaron ayuda ilegal en España y también en Portugal, Marruecos, Francia, y después de la despenalización del aborto (1967 *Abortion Act*), en Inglaterra.

El objetivo de este estudio es describir la magnitud de este fenómeno y explorar los efectos de la evolución política de nuestro país y de la despenalización del aborto en 1985 sobre el mismo.

Sujetos y métodos

Del *English Office of Population Censuses and Surveys (OPCS)* se obtuvieron los datos referentes al número de abortos realizados en Inglaterra y Gales en mujeres españolas durante el período 1974-1988¹². La serie estudiada se basa en las *Abortion Statistics AB* nº 1-15, que contienen información sobre el sistema de registro basado en la declaración obligatoria de los abortos realizados tanto en centros públicos como privados. Los datos demográficos sobre mujeres en edad fértil (10-49 años) y sobre el número de nacidos vivos y la edad

de sus madres en España proceden del Instituto Nacional de Estadística¹³.

Los datos se analizaron calculando porcentajes, tasas de incidencia y riesgos usando el método de densidad¹⁴. Las mujeres-año a riesgo de ir a Inglaterra a abortar se calcularon restando del denominador de la población entre 15-45 años un año por cada nacido vivo, asumiendo que cada embarazo produce un año de infertilidad en las mujeres. Los riesgos se expresan como la probabilidad entre 100 mujeres.

Para explorar la importancia del efecto cohorte en los cambios de incidencia, y teniendo un período de observación de 14 años, se hizo un análisis para valorar el riesgo de las diferentes cohortes de mujeres. Se identificaron por un año de nacimiento, por quinquenios, las mujeres nacidas desde 1935 hasta 1974¹⁵. Con el objetivo de explorar qué factores legislativos, políticos y sociales podrían haber tenido importancia en los patrones de emigración, se establecieron cuatro períodos desde el primer año (1974) hasta el último año (1988). Los períodos están determinados por la instauración de los derechos democráticos y de la Constitución (1978), el acceso al poder de un partido político (PSOE) comprometido a despenalizar las IVE, y la aprobación de la Ley del aborto en 1985. Los criterios utilizados para la clasificación en estos períodos han sido los acontecimientos acaecidos en cada uno de ellos, que marcan, a nuestro entender, situaciones sociales diferentes en relación con la planificación familiar y los servicios de IVE en España. Los más importantes fueron:

- a) Período Pre-democrático (1974-1977): se legalizaron los partidos políticos y, desde el punto de vista de los derechos de las mujeres, se celebró la primera reunión feminista en España. Hubo algunos cambios legales, como la desaparición de la firma del marido como "cabeza de familia", permitiendo a las mujeres desarrollar actividades nuevas como obtener el pasaporte o disponer de sus propiedades, sin necesidad del permiso paterno o del marido.
- b) Transición democrática (1978-1981): se aprobó la Constitución y se abrieron en Madrid las primeras clínicas de planificación familiar financiadas con fondos públicos. Desde el punto de vista legislativo, se despenalizó el adulterio y los anticonceptivos y se aprobó la Ley del Divorcio.
- c) Consolidación democrática (1982-1985): el PSOE ganó las elecciones en 1982. Se creó el Instituto de la Mujer y se legalizaron la vasectomía y la ligadura de trompas.
- d) Post-Ley del aborto (1986-1988): en 1985 las IVE fueron legalizadas en cuatro circunstancias: vio-

Tabla 1. Número de casos por año, porcentajes por grupos de edad y tasas específicas por grupos de edad y año de ocurrencia del aborto en Inglaterra y Gales

Años	Número de mujeres	Porcentajes por edad				Tasas específicas por edad (10 ⁻³)			
		10-19 años	20-29 años	30-39 años	40-49 años	10-19 años	20-29 años	30-39 años	40-49 años
1974	2978	9,3	65,9	20,6	2,6	0,09	0,08	0,26	0,03
1975	4393	10,2	63,3	21,4	2,7	0,14	1,10	0,41	0,05
1976	6397	11,6	63,6	20,4	2,7	0,24	1,58	0,57	0,07
1977	10187	12,4	60,9	22,1	3,2	0,41	2,38	0,97	0,14
1978	14015	11,7	57,9	25,5	3,6	0,52	3,08	1,54	0,23
1979	17061	13,1	55,9	26,1	3,4	0,71	3,57	1,91	0,26
1980	18342	12,9	56,0	26,9	3,8	0,74	3,80	2,11	0,31
1981	20454	11,8	55,7	27,8	3,9	0,75	4,17	2,44	0,36
1982	21415	12,2	53,4	29,9	4,2	0,80	4,13	2,73	0,41
1983	22002	12,2	52,8	30,4	4,5	0,81	4,15	2,82	0,44
1984	20060	12,7	51,7	30,9	5,0	0,73	3,67	2,61	0,45
1985	17688	13,1	50,2	31,0	5,6	0,68	3,09	2,30	0,44
1986	11935	13,6	50,1	29,8	6,2	0,48	2,06	1,48	0,33
1987	5878	16,4	52,3	25,6	5,1	0,28	1,04	0,62	0,13
1988	3118	16,8	52,9	25,3	4,8	0,15	0,56	0,34	0,07

lación, malformación congénita y amenaza para la salud física o mental de la madre. España se unió a la Comunidad Europea en 1986 y este proceso apoyó los principios de no discriminación por el género.

Para comparar la probabilidad de haber ido a abortar a Inglaterra y Gales en estos períodos se estimaron riesgos relativos con intervalos de confianza calculados con las series de Taylor¹⁴. El periodo Post-Ley del aborto se tomó como referencia, ya que de esa manera el análisis refleja más claramente los efectos de la Ley de despenalización, además de que tener como referencia el período más cercano temporalmente permite comparar mejor la situación actual con la de períodos anteriores.

Resultados

Las estadísticas del OPCS registraron 195.983 abortos practicados a españolas entre 1974 y 1988. En la tabla 1 se presenta el número de abortos por año, variando entre 2.978 en 1974 y 22.002 en 1983. En 1988, el año más reciente del estudio, y a pesar de la liberalización que supuso la ley española del aborto en 1985, todavía 3.188 mujeres fueron al Reino Unido para someterse a una IVE. La distribución por edades de las mujeres españolas que viajaron por IVE por año de la operación, indica que la contribución más importante viene del grupo de 20-29 años, que supuso más de la mitad de las mujeres en el período de estudio. El porcentaje de adolescentes se incrementó desde el 9,3% del total de abortos en 1974 hasta el 16,8% al final del

período de estudio. En cuanto a las tasas específicas por grupo de edad y año, para todas las edades estudiadas hubo un aumento en la incidencia seguido de un descenso.

Las relaciones entre las tasas de incidencia en los diferentes períodos políticos se describen en la tabla 2. En el caso de las adolescentes, la tasa del período 1986-1988 fue similar a la observada en el período 1974-1977. En los grupos de mujeres de 35-39 y 40-44 años, la tasa de incidencia es más alta en el período post-ley del aborto que en el período pre-democrático. Hubo un incremento del riesgo de las mujeres españolas en todos los períodos comparados con el período post-ley del aborto, con la excepción de las mujeres entre 35 y 44 años en el período pre-democrático.

La información para las diferentes cohortes de mujeres se presenta en la tabla 3. El riesgo máximo fue para la cohorte de mujeres nacidas en 1955-1959, que alcanzó el 4,2%. El riesgo medio para todas las mujeres en edad fértil durante el período de estudio fue del 2,7%.

Discusión

Observando los resultados, la primera cuestión que destaca es la enorme importancia de la migración por IVE a Inglaterra y Gales desde el punto de vista numérico. Para poner en perspectiva los datos, el riesgo global para una mujer española entre 1974 y 1988 de haber tenido que ir a Inglaterra a abortar fue de 2,7%, tres veces superior que el riesgo de ser atendida en un hospital español por una enfermedad

Tabla 2. Tasas específicas por edad y su evolución en España, incluyendo la Ley del aborto (1985), en el riesgo de que las mujeres españolas acudieran a Inglaterra y Gales a abortar

	Edad (años)	1974-1977 Pre democrático	1978-1981 Transición democrática	1982-1985 Consolidación democrática	1986-1988 Período Post-Ley
*	15-19	1,86	5,45	5,90	1,76
**		1,05	3,09	3,35	
***		(1,00-1,11)	(2,97-3,22)	(3,22-3,49)	
	20-24	6,49	15,75	15,31	3,77
		1,72	4,18	4,06	
		(1,67-1,78)	(4,01-4,30)	(3,95-4,18)	
	25-29	5,21	13,42	14,70	3,54
		1,47	3,79	4,15	
		(1,42-1,53)	(3,67-3,91)	(4,02-4,29)	
	30-34	3,09	9,90	11,32	2,56
		1,21	3,86	4,41	
		(1,15-1,27)	(3,72-4,01)	(4,25-4,58)	
	35-39	1,38	6,02	9,48	2,29
		0,60	2,62	4,14	
		(0,57-0,64)	(2,51-2,75)	(3,96-4,32)	
	40-44	0,57	2,22	3,59	1,14
		0,50	1,94	3,15	
		(0,46-0,56)	(1,81-2,08)	(2,94-3,36)	
	Todas las edades	3,17	9,02	10,25	2,58
		1,23	3,50	3,97	
		(1,10-1,15)	(3,02-3,12)	(3,91-4,03)	

* Tasa específica por edad (por 1000 mujeres)

** Riesgo Relativo tomando como referencia el período 1986-1988.

*** Intervalos de confianza al 95%

Tabla 3. Riesgo, en porcentaje de mujeres españolas, de acudir a los servicios de aborto en Inglaterra y Gales durante el período de estudio, para aquellas nacidas entre 1935-1974

Mujeres nacidas en	Edad estudiada	Riesgo %	Años de seguimiento
1935-39	40-44	0,01	4
1940-44	35-43	0,78	9
1945-49	30-43	1,5	14
1950-54	25-38	2,7	14
1955-59	20-33	4,2	14
1960-64	15-28	3,6	14
1965-69	15-23	1,7	9
1970-74	15-18	0,31	4

ginecológica común como es la enfermedad inflamatoria pélvica¹⁶.

Hay que destacar dos aspectos importantes de la emigración por IVE en relación con la ley de despenalización española de 1985. El primero es

que el número de mujeres que viajaban empezó a descender en 1983, dos años antes de que la ley se promulgara, lo que seguramente refleja una realidad social más liberal sobre el tema, el clima social existente en aquel momento, favorable a la IVE, lo que de alguna forma explica que la ley se promulgase entonces (es poco habitual que la ley preceda a la "demanda social"). En segundo lugar, tres años después de su promulgación, todavía 3.188 mujeres tuvieron que ir a abortar al Reino Unido en 1988, circunstancia que pone de manifiesto las barreras que todavía algunas mujeres encuentran para utilizar los servicios de IVE en España. En futuros estudios podrían explorarse otras explicaciones alternativas, como la eventual mayor calidad de los servicios británicos de IVE, o el hecho de que las mujeres pueden guardar mejor el anonimato en un servicio extranjero, lo que unido al coste de realizarlo en España, dado que no está incluido entre los servicios prestados por la sanidad pública, lleva a muchas de ellas a seguir eligiendo el extranjero.

Algunas variables que podrían afectar potencialmente la validez de estos resultados no se han incluido en el análisis por no estar disponibles. Por ejemplo, los cambios en los patrones de migración de las mujeres a otros países, como por ejemplo Holanda, o los cambios en las políticas de admisión por parte de las clínicas de Inglaterra y Gales durante el período de estudio. Ambas fuentes de sesgos podrían resultar en una infraestimación de las cifras reales de viaje por IVE por parte de las españolas y también podrían afectar la validez de las tendencias observadas. Sin embargo, la posibilidad de un cambio importante en el patrón de emigración hacia otros países parece remota, habida cuenta de que los precios de viajes, estancias y operaciones son muy similares a los del Reino Unido.

Claramente, el que exista o no una ley de despenalización del aborto no es la única variable que tiene que considerarse para intentar explicar las tendencias observadas. La evolución cultural y económica y otros cambios políticos y legislativos, que afectan a las actitudes y conductas en materia sexual pueden jugar un papel muy importante como determinantes del número de mujeres que viajan por IVE.

Este tipo de factores podría ayudarnos a explicar las importantes diferencias observadas en el análisis de las diferentes cohortes estudiadas. El riesgo fue más alto para las mujeres nacidas entre 1955 y 1959; las mujeres aún mayores crecieron en un ambiente de recesión económica importante, ya que España no se recuperó de los efectos económicos de la guerra civil hasta 1959¹⁷. Además, estuvieron sometidas a una atmósfera de represión sexual importante, sin servicios de planificación familiar, con prohibición por ley y por la Iglesia católica de los anticonceptivos, y conviviendo con padres y maridos con importante poder sobre su vida, otorgado por la ley y la organización social existente. Por el contrario, las mujeres que nacieron después de 1960 crecieron en un ambiente de crecimiento económico, y cuando llegaron a la adolescencia alcanzaron los beneficios de cambios sociales y legislativos, pudiendo establecer su vida adulta en una atmósfera más igualitaria y con mayor apoyo social.

Tanto en términos absolutos como en términos relativos, la Ley de despenalización del aborto ha beneficiado menos a las mujeres adolescentes que a las mayores. El tema del embarazo y el aborto en adolescentes es complejo de analizar. En un estudio comparativo de los determinantes de la maternidad en adolescentes en 37 países industrializados¹⁸ se alcanzaron muy pocas conclusiones. Parece que en aquellos países en los que existen políticas anticonceptivas menos restrictivas para adolescentes, las tasas de embarazo son menores. También la

educación sobre métodos anticonceptivos en la escuela y la pobreza parecen tener una importancia clara como determinante de embarazo en adolescentes.

En España, el estado de represión sexual que trajo la dictadura empezó a relajarse a mitad de los años 70. Los niños que nacieron entonces y que ahora son adolescentes fueron la primera generación española que se benefició de un sistema de educación mixta. Empezaron sus primeras relaciones sexuales en una atmósfera de mayor libertad y con mayor información con respecto a la contracepción y la sexualidad en general. Esto podría cambiar la situación en los próximos años, como parecen predecir algunas encuestas realizadas entre gente joven sobre conducta sexual. Así, en una encuesta realizada en 1984 entre escolares de 16 y 17 años la tasa de no respuesta a la pregunta de si tenían relaciones sexuales fue del 40% para las chicas y 10% para los chicos¹⁹. De los que decían que tenían relaciones sexuales, menos del 30% usaban métodos anticonceptivos, básicamente condones y *coitus interruptus*. En otra encuesta, realizada seis años después, los jóvenes de este grupo de edad no tenían problemas en contestar a esta pregunta en particular y el 90% de los que decían mantener relaciones usaban condones²⁰. El efecto esperado debería ser una reducción de los embarazos en adolescentes y presumiblemente también del número de abortos.

De todas formas, hay que tener en cuenta las actitudes de los jóvenes, y sobre todo de las mujeres con respecto al embarazo y el aborto. Por ejemplo, en un estudio realizado en madres adolescentes, el 46% declaraba que se habían quedado embarazadas de manera deliberada, encontrándonos pues ante embarazos deseados y buscados de manera intencional²¹. Lo que subyace esencialmente bajo esta decisión es un deseo de quedarse embarazada que se percibe como una alternativa atractiva ante un futuro incierto y sin esperanzas. Si esto es así, probablemente este grupo de chicas no se beneficiarán de una mayor accesibilidad a servicios de planificación familiar o de aborto. Sin embargo, tomando globalmente la existencia de servicios específicos para adolescentes, son sin duda beneficiosos para la mayoría de los adolescentes en España.

En los últimos años, la tendencia general en el mundo ha sido hacia una progresiva despenalización, tanto en el mundo desarrollado como el mundo en desarrollo^{6,22,23}; sin embargo, en algunos países como Irán, Burkina Faso, Camerún, Haití o Malí, y también en países europeos como Irlanda, se han creado las condiciones para que estas migraciones sigan existiendo en el futuro.

Una de las cuestiones más importantes en referencia a las migraciones por aborto es que suelen pasar desapercibidas. Pocos artículos científicos^{4,6,9} contienen alguna información sobre este tema, o discuten los problemas derivados de la variación en la disponibilidad de servicios de abortos en países concretos^{24,25}. Hasta donde sabemos, este estudio es la primera descripción del problema en España. Pero el sentido común nos dice que sin duda es un fenómeno de dimensiones mucho mayores, afectando a muchas mujeres en todo el mundo.

En un mundo con cada vez menos fronteras efectivas no es raro que encontremos migraciones masivas, por razones de salud, entre otras. Ello supone importantes implicaciones para la planificación y la gestión de los servicios sanitarios. Más allá de los acuerdos internacionales de cooperación

entre servicios sanitarios, las personas tienen necesidades específicas y tratan de buscar caminos para satisfacerlas. De hecho, el proceso que se descubre en este artículo es la expresión de la existencia informal de un "Servicio Sanitario Internacional" que ha sido utilizado con enorme frecuencia por las mujeres españolas y que ha sorteado la habilidad de nuestras estructuras sanitarias para dar respuesta a las demandas de las ciudadanas.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a Miquel Porta y Fernando García Benavides sus comentarios a versiones previas y su ayuda en el análisis de los datos.

Este proyecto fue financiado con una ayuda del IVESP.

Bibliografía

1. Lane, The Hon. Mrs Justice. *The Lane Report*. London: HMSO, 1974.
2. Hodgson JE, dir. *Abortion and sterilization. Medical and social aspects*. London: Academic Press, 1981.
3. Adetoro OO. A 15-Year study of illegally induced abortion mortality at Ilorin, Nigeria. *Int J Gynecol Obstet* 1989; 29: 65-72.
4. May WJ, Greiss FC Jr. Maternal mortality in North Carolina: a forty-year experience. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 555-61.
5. Rosenfield A. Maternal mortality in developing countries. An ongoing but neglected "epidemic". *JAMA* 1989; 262: 376-9.
6. Tietze C. *Induced abortion: A world review*. New York: The Population Council; 1983.
7. Coeytaux FM. Induced abortion in sub-Saharan Africa: what we do and do not know. *Stud Fam Plann* 1988; 19: 186-90.
8. Skjeldestad FE. Induced abortions and births. Changes in maternal age and parity in six counties, Norway, 1972-1981. *Scand J Soc Med* 1988; 16: 115-9.
9. Munday D, Francome C, Savage W. Twenty one years of legal abortion. *Br Med J* 1989; 298: 1231-4.
10. Ministerio de Justicia. Fiscalía General del Estado. Informe sobre la interrupción voluntaria del embarazo a partir de la promulgación de la Ley Orgánica 9/1985 de 5 de Julio. Madrid (España) 1991.
11. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. *La mujer en cifras*. Madrid, 1988.
12. Office of Population Censuses and Surveys. *Abortion Statistics 1974-1988*. London: HMSO.
13. Instituto Nacional de Estadística. *Movimiento Natural de la Población. Resultados Nacionales vol (I) 1974-1985*. Madrid: INE.
14. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. *Epidemiology Research. Principles and quantitative methods*. Van Nostrand Reinhold Company. New York, 1986:103-14.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicio de Vigilancia Epidemiológica. *Proyecciones de Población 1900-1990*. Madrid, 1990.
16. Fernández-García E, Hernández Aguado I, García Benavides F, Álvarez-Dardet C. Impacto sanitario de la enfermedad pélvica en España. *Med Clin (Barc)* 1988; 90: 802-5.
17. García C, Cortés M, García A, Rosado M, Nájera E. Epidemiological appraisal of the active role of women in the decline of infant mortality in Spain during the twentieth century. *Soc Sci Med* 1989; 29: 1351-62.
18. Jones EF. The determinants of adolescent childbearing in thirty-seven developed countries. En: Jones EF, dir. *Teenage pregnancy in industrialized countries*. Yale University Press. New Haven and London 1986: 1-20.
19. Donat Colomer I, Colomer Revuelta C, Mestre Portas S, Puchades Rivas F. Comportamiento sexual de los adolescentes. Estudio piloto sobre 179 encuestas. *Rev Esp Obst Gin* 1986; 45: 225-30.
20. Saez I, Nuñez A, Felipe N, Peiró R, Colomer C. Promoting safe sex in young people: "Put it on. Put it on him" ("Póntelo. Póntelo"). En: Finnish Council for Health Education, dirs. *Proc XIV World Conference on Health Education*, Helsinki, Finland, 1991; 416. Available from International Union for Health Education.
21. Colomer Revuelta J, Vargas J, Rebagliato L, Donat F, Colomer P, Lozano A, Colomer C. Factores de riesgo para el embarazo de adolescentes. *Pediatrka* 1987; 5: 41-4.
22. Cook RJ. Abortion laws and policies: challenges and opportunities. *Int J Gynecol Obstet* 1989; 3(Suppl): 61-87.
23. Cook RJ, Dickens BM. International developments in abortion laws: 1977-88. *Am J Public Health* 1988; 78: 1305-11.
24. Ashton JR, Dennis KJ, Rowe RG, Waters WE, Wheeler MJ. The Wessex abortion studies: I Interdistrict variation in provision of abortion services. *Lancet* 1980; 1: 82-5.
25. Ashton JR. Provision of induced abortion in Wessex Health Region: unmet and feasibility of compensatory day care. *J Roy Soc Med* 1980; 73: 191-6.

