

El derecho al aborto y las políticas reproductivas en Suecia¹

Carlos Aurélio Pimenta de Faria

LOS OBSERVADORES EXTRANJEROS señalan que el hecho de que la promulgación de la ley de 1975 acerca del aborto en Suecia, que otorgó a las mujeres el derecho a interrumpir su embarazo y que se considera una de las legislaciones más liberales en el mundo occidental, no suscitó debates como los que han provocado políticas similares en otros países. Joni Lovendusky y Joyce Outshoorn aseguran que “en todos los países, salvo en Suecia, el debate sobre la política del aborto ha sido virulento, prolongado y ha causado muchas divisiones”.² El objetivo de este trabajo es examinar los motivos por los que la despenalización de la legislación del aborto fue un proceso relativamente sencillo en Suecia. El hecho de que en comparación con otros países el tema del aborto haya ocasionado pocas controversias es el resultado de ciertos factores derivados de las características del proceso sueco de formulación de políticas, de la “debilidad” relativa de grupos sociales que en otros países mantienen sumamente activos a los movimientos llamados “provida”,³ y del

¹ En este ensayo se incorporaron los valiosos comentarios de los profesores Sheila Shaver, Luiz Eduardo Soares y Stefan Svallfors, que mucho agradezco. Es una versión revisada de uno de los capítulos de mi tesis doctoral, titulada “Regulating the Family and Domesticating the State: The Swedish Family Policy Experience”, que defendí ante el Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ), Brasil, en diciembre de 1997.

² Joni Lovenduski y Joyce Outshoorn, 1994, p. 146.

³ Las expresiones “provida” y “por la libertad de elección” se han utilizado de manera recurrente para hacer referencia, de manera general, a los grupos que, respectivamente, luchan por una legislación del aborto más estricta o por la prohibición total del mismo, y los que están en favor de que se autorice el aborto a petición, como uno de los derechos fundamentales de la mujer. Sin embargo, se advierte que estos términos no deben entenderse como una denominación general inequívoca, sino como las consignas de dichos movimientos.

éxito de los programas suecos de planeación familiar, basados en dos conceptos: la paternidad voluntaria y la ciudadanía social.⁴

Para exponer y fundamentar la argumentación el presente trabajo ha sido organizado de la siguiente manera: en la primera sección se analiza la evolución de las políticas acerca del aborto en Suecia a partir de los años treinta, cuando se permitieron los primeros abortos legales en casos muy específicos. Más adelante se presentan y examinan la ley acerca del aborto de 1975, que otorgó a las mujeres el derecho a que se les practicara un aborto cuando así lo solicitaran, y la ley de esterilización de 1976 (segunda y tercera partes). La cuarta sección, en la que se estudian los efectos de las legislaciones restrictivas o liberales de algunos países en materia de aborto, plantea la siguiente pregunta: “¿acaso la legislación del aborto es completamente inútil?” La quinta y última sección se cuestiona si la legalización del aborto fue en efecto un tema exento de controversias en Suecia. La sección final plantea tres razones que hicieron posible crear un consenso en favor de esa política de despenalización y que la oposición fuera mínima, esto es, la naturaleza del proceso de formulación de políticas en Suecia, la relativa “debilidad” de los movimientos “provida” en ese país, y las características de los programas suecos de planeación familiar.

Genealogía del tema del aborto en Suecia

Los programas modernos de planeación familiar en Suecia tienen como origen una aparente paradoja. Así, dos de las propuestas que presentó la Comisión Investigadora encargada de evaluar y contrarrestar la disminución de nacimientos en el país durante los años treinta fueron: que el gobierno reconociera que la anticoncepción era una demanda social que merecía el apoyo oficial, y que revocara la prohibición absoluta del aborto. Es importante recordar que algunos de los rasgos más importantes del Estado de bienestar sueco se concretaron tras las recomendaciones que hicieron las Comisiones Reales de los años treinta y cuarenta, en las que proponían medidas para

⁴ En este trabajo se da apego a la tradición, entendiendo el término “planeación familiar” en su sentido normal. No obstante cabe tomar en cuenta la crítica feminista según la cual “el solo uso del término *planeación familiar*, como eufemismo para control de la natalidad o contracepción, revela una construcción particular de sexualidad heterosexual, en la que se da primacía a las funciones reproductivas de la familia” (H. Roberts, citado en Kramarae y Treichler, 1985, p. 152). Pero, independientemente de la terminología, el desarrollo de las políticas familiares en Suecia ha planteado otras prioridades para la vida familiar, aparte de las reproductivas.

“resolver” el llamado “asunto de la población”. El presente trabajo se centra en los planteamientos de las “Comisiones de Población” y en las medidas relacionadas con la planeación familiar.⁵

Los resultados de las propuestas presentadas por las dos Comisiones de Población pueden ser mejor interpretadas si se considera la legislación y los procedimientos penales que entonces regían. Desde 1910, por ejemplo, estaba en vigor una ley que se proponía reducir la venta de anticonceptivos y la difusión de información al respecto. Aunque dicha ley nunca se aplicó, pues se interpretó de manera indulgente y no se utilizó para entablar acción judicial contra quienes vendían anticonceptivos o hacían publicidad acerca de ellos, la primera Comisión redactó un informe en el que recomendaba que fuera revocada y que se regulara el comercio de los anticonceptivos a fin de hacerlos más accesibles al público general. Además, la Comisión recomendó que éstos fueran considerados medicamentos, con lo que quedarían dentro del ámbito de control de la Junta de Salud, incluida la vigilancia de los precios de venta. No sólo el comercio y la publicidad de los anticonceptivos deberían ser excluidos del Código Penal, sino que también se requirió a las farmacias que tuvieran dichos productos a la venta. Asimismo, los distribuidores privados tendrían derecho a venderlos, previa notificación a la Junta de Salud. Según Alva Myrdal, quien pugnaba por la introducción de reformas sociales profundas y participante activa en los trabajos de la primera Comisión de Población, esa propuesta se basaba en el siguiente razonamiento:

El argumento principal partía de la aprobación general de la paternidad voluntaria y la planificación familiar que era evidente en el comportamiento real de los estratos sociales más avanzados. Resultaba peligroso para la moral pública el seguir sosteniendo de manera formal una ley que no era observada y que la gente ya no apoyaba. El peligro se acentuaba por el hecho de que esta ley hacía indirectamente dudar de la apertura de la enseñanza sexual, en general, y con ello contribuía a que la concepción entera de la vida sexual quedara reducida a un pantano de sentimientos de culpa e ideas de inmoralidad.⁶

Desde que las investigaciones realizadas durante los trabajos de las dos Comisiones de Población, iniciadas en 1935 y 1941 respectivamente, demostraron que las mujeres que solicitaban un aborto tenían muy poca información acerca del control natal, ambas Comisiones hicieron énfasis en la im-

⁵ La breve reconstrucción histórica se basa en los trabajos de Liljeström (1974), Gille (1948a y 1948b), Myrdal (1939) y Sundström-Feigenberg (1988).

⁶ Myrdal, *op. cit.*, p. 738.

portancia de que se difundiera información y orientación, lo que constituiría una parte crucial de la educación sexual en las escuelas. Con el proyecto de ley que aprobó el Parlamento en 1938 se eliminó la restricción para hablar públicamente del control de la natalidad, y los farmacéuticos fueron autorizados —aunque no obligados— a vender anticonceptivos. Según H. Gille, la propuesta de obligar a los droguistas a vender estos productos fue aceptada por casi todas las organizaciones y autoridades municipales, cuya opinión quedó consignada, como lo señala el proceso tradicional de formulación de políticas en Suecia. Por el contrario, las asociaciones de químicos y farmacólogos estuvieron en desacuerdo.⁷ Finalmente, luego de que la segunda Comisión también apoyara la propuesta, ésta fue promulgada en 1945.

En cuanto a la ley del aborto en 1938, que fue la primera en permitir el aborto legal en Suecia (aunque, debe señalarse, en casos muy específicos), sería interesante repasar brevemente las distintas propuestas que presentaron las instancias investigadoras. En lo que fue una proposición muy importante para la época, el Comité sobre el Aborto de 1934 sugirió que se flexibilizara la antigua y severa ley contra el aborto, que lo sancionaba con la cárcel, y que se autorizara la terminación del embarazo por “motivos médicos” o “[purementemente] sociales”, es decir, cuando se considerara que el nacimiento del niño acarrearía aflicción o indigencia permanentes a la madre y no hubiera otra forma de evitarlas. También se recomendó que se permitiera la práctica del aborto por los así llamados “motivos humanitarios”, incluidos la violación, el incesto e incluso la “minoría de edad”, o “eugenésicos”. De esta manera, la propuesta de despenalización que aducía las causas sociales fue la que provocó las mayores controversias.⁸

Sin embargo, la primera Comisión de Población, encargada de investigar varios asuntos, estuvo en desacuerdo con el Comité creado para tratar el tema del Aborto respecto a uno de los puntos, aunque avaló la recomendación de que se permitiera el aborto por motivos humanitarios y eugenésicos. Respecto al derecho a abortar por motivos de orden estrictamente social, como lo sugería el Comité, la Comisión recomendó en su lugar que se inclu-

⁷ Gille, 1948a, *op. cit.*, p. 36.

⁸ En el momento en que el Comité sobre el Aborto de 1934 presentó sus propuestas —que también incluían la despenalización de los abortos en los casos en que el embarazo pudiera causar un daño considerable al futuro profesional de la madre, provocar una “desgracia social” (por ejemplo, si la madre no estaba casada), o incluso poner en peligro una relación permanente—, la Unión Soviética era el único país del mundo que había autorizado el aborto a petición (aunque a mediados de los treinta reintrodujo una legislación más estricta). Véase Källemark, 1980, p. 86.

yeran como sustento legal para autorizarlo los motivos “médico-sociales” (es decir, cuando pudiera considerarse que la madre estaba “agotada”). Ésta fue la proposición que prosperó cuando el asunto se sometió a votación en el Parlamento, en 1938.

Así, la acción “condicionante” de la primera Comisión de Población, en comparación con la proposición más radical del Comité sobre el Aborto, originó cierto intercambio. Aunque la ley de 1938 del aborto no autorizó la terminación del embarazo por motivos puramente sociales, la primera Comisión de Población presentó varias medidas que buscaban socializar los costos del niño, lo que hacía que, según el razonamiento expuesto, se eliminara una de las razones esenciales por las que las mujeres optaban por el aborto, es decir, el miedo a quedar en la miseria. Uno de los informes de la Comisión señalaba acerca de este punto lo siguiente: “permitir el aborto por motivos puramente sociales significaría que la comunidad estaría introduciendo expresamente en nuestras leyes la afirmación de que no sabemos cómo manejar algunos males sociales obvios y que todos reconocen como graves”.⁹

Respecto a la declaración de la Comisión, cabría recordar el comentario del escritor sueco Per Olov Enqvist acerca de los ingenieros sociales de su país (o los “padres fundadores” del Estado de bienestar): “[en Suecia] soñaban con poder producir el ser humano bueno por medio de las leyes, o más precisamente, hacer desaparecer el mal por decreto”.¹⁰ En el caso que aquí se analiza se debe destacar que las políticas pro-familia por las que pugnaba el matrimonio Myrdal, formadas por un balance peculiar de derechos y prestaciones sociales, medidas obligatorias y el principio de la paternidad voluntaria, también incluían un punto que han subestimado los análisis recientes: tras la preocupación de los Myrdal por el llamado “asunto de la población” y la reforma social, estaba la intención explícita de preservar y defender los “placeres de las parejas jóvenes”, como lo expresó Alva Myrdal.¹¹

Muchos reconocen que el desarrollo de métodos técnicos para el control de la fertilidad debilitó a las instituciones sociales que solían regular la sexua-

⁹ *Yttrande i Abortfrågan*, sou, núm. 6, 1937, citado en Gille, 1948a, *op. cit.*, p. 40. Vista en retrospectiva, la legislación sueca acerca del aborto de los años treinta puede considerarse estricta y orientada por los intereses eugenésicos; sin embargo, H. Gille, en el análisis que realizó a finales de los años cuarenta sobre las proposiciones que presentaron las Comisiones de Población, comenta que “las bases para el aborto legal en Suecia son ahora mucho más amplias que en la mayoría de los países”.

¹⁰ Enqvist, 1984, p. 63.

¹¹ Trägårdh, 1990, p. 576.

lidad y los nacimientos.¹² La aparición de métodos anticonceptivos realmente efectivos rompió el vínculo directo e inequívoco entre sexualidad y reproducción. Sin embargo, aunque en Suecia la píldora se autorizó en el año 1964 y los dispositivos intrauterinos (DIU) en 1966, treinta años antes el matrimonio Myrdal, basándose en el “asunto de la población” para impulsar la reforma social en el país, ya había planteado el principio de la “paternidad voluntaria” y defendido desde entonces la separación entre sexualidad y reproducción. Se podría incluso cuestionar si aquella defensa tan temprana e influyente de la “paternidad voluntaria” no habrá contribuido a la aceptación relativamente rápida del *derecho* al aborto cuarenta años después de que el principio fuera planteado. En otras palabras, ese “elemento de libertad de elección” que se dio en los debates acerca de la población en Suecia durante los años treinta y cuarenta fue en realidad una polémica temprana en torno al problema que está detrás del tema del aborto: la problemática es el conflicto entre el deseo de la sociedad y el deseo del individuo de tener hijos.

Podría decirse que la primera ley promulgada en 1938, “siguió en vigor, con algunas enmiendas menores, hasta 1975”, cuando se legalizó el aborto a petición.¹³ Como se ha visto, esta primera ley autorizaba la terminación del embarazo en los casos de enfermedad hereditaria (los así llamados motivos “eugenésicos”), violación e incesto (causas humanitarias), o cuando la mujer estuviera sumamente debilitada por muchos partos anteriores o padeciera alguna enfermedad (motivos médicos).

La ley tuvo dos enmiendas, hasta que finalmente se modificó en 1975, y cada una de ellas significó un mayor grado de libertad. En 1946, el aborto se autorizó por “prescripción sociomédica”, es decir, cuando el embarazo pudiera provocar daños físicos o mentales a la mujer (o una “debilidad anticipada”). Según la enmienda, la mujer que solicitara el aborto debía hablar con un trabajador social, quien investigaría la situación de la demandante y sus razones, así como ayudarla a llenar debidamente la solicitud. El consejero ofrecía asistencia social y económica a la demandante a fin de ayudarla a reconsiderar su decisión, y también debía apoyarla en caso de que su petición fuera rechazada.¹⁴ En 1963 la ley tuvo una nueva enmienda para incluir el “daño al feto” como otra razón para autorizar el aborto.

¹² Véase, por ejemplo, Liljeström, *op. cit.*

¹³ Sundström-Feigenberg, *op. cit.*, p. 437.

¹⁴ La ley de 1946 también significó otro paso hacia la despenalización del aborto al permitir que las mujeres culpables de inducirse un aborto fueran eximidas de castigo si las circunstancias estaban mejorando (Liljeström, *op. cit.*, p. 51). Ese patrón gradual de apertura, aunado a la percepción general de la aprobación comparativamente más sencilla del aborto por petición en 1975, no debe dejar de lado el hecho de que ese asunto nunca ha logrado consenso

Aunque las modificaciones de la legislación sueca desde los años treinta muestran tanto la forma en que la práctica del aborto fue despenalizando gradualmente, como la influencia del avance de las ciencias médicas en dicho proceso, una exposición tan breve de las enmiendas a la ley del aborto revela muy poco acerca del número real de abortos legales que se practicaron, las estrategias políticas que se emplearon y las consecuencias de dicha despenalización en la decisión de las mujeres respecto a la reproducción y la sexualidad.

Cabría preguntarse, por ejemplo, si esas enmiendas dieron más derechos a las mujeres sobre su cuerpo. En cierto sentido podría argumentarse que el hecho de formular esa pregunta implica evaluar acontecimientos pasados con los ojos del presente, es decir, esperar que el proceso de despenalización del aborto hubiera sido planteado en términos teleológicos para que cumpliera el propósito final de permitir que las mujeres tuvieran total libertad para decidir si deseaban tener hijos y cuándo hacerlo.¹⁵ Sin embargo, la sabiduría feminista muestra que es importante hacer esa pregunta para entender cómo y por qué se ha privado a las mujeres de sus derechos, y cómo su inclusión a la ciudadanía moderna ha quedado subordinado al cumplimiento de sus “funciones” o “deberes” maternos.

Por tanto parece apropiado interpretar esas enmiendas no como avances que buscan incrementar los derechos de las mujeres, sino como una forma autoritaria de transferir la decisión de la legitimidad o ilegalidad del aborto de las manos de las propias mujeres a las de ciertos profesionales. La ley de 1938 ya había otorgado a los médicos una función primaria: para que un aborto pudiera ser autorizado antes de la vigésima semana de embarazo, dos médicos debían aprobar la petición. El aborto podía ser autorizado por la Junta Nacional de Salud y Bienestar. No obstante, pasado ese plazo únicamente la autoridad central podía dar respuesta a la solicitud. Después de la vigesimacuarta semana de embarazo el aborto sólo era autorizado si ponía en riesgo la vida o salud de la mujer.

en Suecia. Según Liljeström, “tanto el contenido de la educación sexual como la introducción de una nueva prescripción para el aborto provocaron un nuevo y acalorado debate. Los conservadores, pero también los liberales, habían estado en contra de que se hiciera cualquier tipo de extensión a la prescripción sociomédica. Las opiniones chocaban con fuerza. La confederación laboral había alegado, en un fuerte comentario escrito, motivos de orden social y personal. Esto sacaría a la luz muchos casos que, de otra manera, los matasanos atendían en la oscuridad” (*ibid.*, p. 52).

¹⁵ No obstante, se sabe que la tendencia en los años treinta a despenalizar la legislación del aborto en Suecia se debía principalmente a la necesidad de contrarrestar la esterilidad relacionada con los abortos ilegales y con el negocio de los abortos clandestinos.

La enmienda de 1946 asignó a los trabajadores sociales la tarea de ayudar a las mujeres a que formularan su solicitud y orientarlas con el fin de que pudieran reconsiderar su decisión.¹⁶ La enmienda de 1963 dio mayor alcance a la autoridad médica al agregar la causa de “daño al feto” como motivo legal para autorizar el aborto.

Considerando esa transferencia autoritaria del poder de decisión, puede tomarse prestado el concepto de “cultura del diagnóstico” de la socióloga sueca Rita Liljeström.¹⁷ Si bien en el siglo XVIII era frecuente que las autoridades judiciales llamaran al guía espiritual del acusado para que testificara ante la corte respecto a si éste era un “buen cristiano”, en el siglo XX “el concepto de las ciencias naturales sobre la realidad hizo a un lado a la visión religiosa del mundo, en muchas áreas”. Mientras que en el siglo XVIII la condena para una mujer acusada de inducir un aborto podía ser la muerte, los médicos que vinieron a remplazar al sacerdote, primero como testigos y después como jueces, “sólo” podían autorizar o “rehusar” un aborto muestra. Para decirlo en pocas palabras, el tema del aborto muestra con precisión la forma en que los diagnósticos llegaron a constituir la manera “normal” de explicar todo tipo de problemas sociales. En este caso, es claro que la “cultura del diagnóstico mitiga los efectos de la colisión entre el retrato ideal de la maternidad que tiene la sociedad y el papel maternal en la práctica”. De nuevo en palabras de Liljeström:

la cultura del diagnóstico es una manera que permite la práctica del aborto sin que se pierda la ilusión de que la ideología de la santidad de la vida y los derechos del feto siguen siendo respetados, lo que hace que el pacto básico entre la [legislación de la] sociedad y los médicos/Junta de Salud no deba ser revisado. La naturaleza de la ley sobre el aborto, que consiste en un acuerdo entre puntos de vista diferentes y opuestos, se basa en los diagnósticos médicos.¹⁸

Sin embargo, aunque la “cultura del diagnóstico” pueda interpretarse como el acuerdo que aceleró el proceso para la aceptación legal del aborto, también puede decirse que las mujeres tuvieron que pagar un precio muy alto por esa despenalización lograda mediante la transferencia de la respon-

¹⁶ Sundström-Feigenberg, *op. cit.*, p. 438.

¹⁷ De hecho el concepto fue desarrollado antes, para un análisis de los hospitales psiquiátricos, y se ha vuelto útil para comprender la forma como el control social de la fertilidad empezó a depender cada vez más de los médicos, en detrimento de la Iglesia y de otras normas sociales, hasta que el aborto finalmente llegó a considerarse como un derecho individual, Liljeström, *op. cit.*, pp. 55-59.

¹⁸ *Ibid.*, p. 56.

sabilidad del individuo interesado a los profesionales. Y el precio a pagar fue el reconocimiento de la responsabilidad mínima de las mujeres. Es por ello que Liljeström afirma que la cultura del diagnóstico es un sistema de control particularmente importante, que constituye una “amenaza sumamente peligrosa contra el respeto del individuo por sí mismo”. Además de que la “cultura del diagnóstico” aplicada al asunto del aborto priva a la mujer del derecho a decidir por sí misma, también en cierto sentido hace recaer la “culpa” en ella y no en las demandas y presiones sociales que la llevan a tomar la decisión de abortar. A fin de cumplir con los requisitos para tener un aborto legal, la mujer debió “aceptar las reglas del juego del diagnóstico y asumir el papel de una persona incapacitada, depresiva o neurótica (a menos que estuviera físicamente enferma). No podía ser competente, responsable y madura. Así era la ley”.¹⁹

Aunque estas deducciones lógicas difícilmente podrían ser refutadas, también es cierto que cuando se confrontan las regulaciones legales y la función de los profesionales y las autoridades con el número de abortos legales que se han realizado en el país, resulta claro que es preciso llevar a cabo un examen más detallado de la forma en que cada uno de esos actores desempeñó su papel.

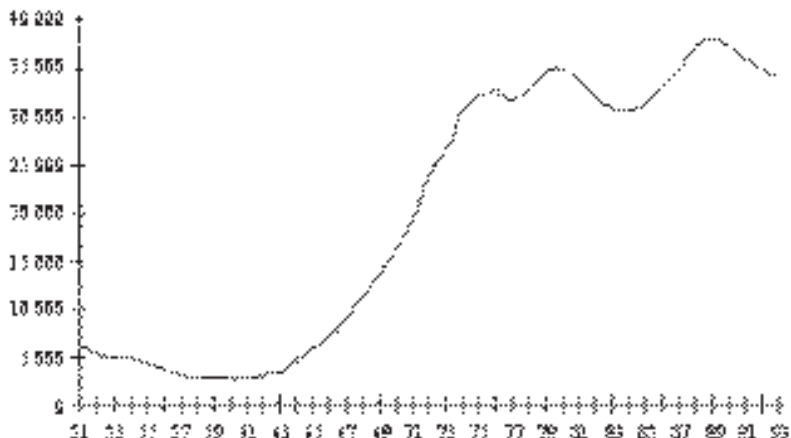
La gráfica 1 muestra el número de abortos legales que se realizaron en Suecia entre los años 1951 a 1993. Las principales tendencias que se observan son: disminución constante en el número de abortos practicados durante los años cincuenta, y aumento pronunciado y continuo desde principios de los sesenta hasta 1975, cuando empezó a practicarse libremente el aborto a petición, seguido de una estabilidad relativa hasta el presente. A partir de 1975 el número anual de abortos ha fluctuado entre 30 000 y 38 000, habiendo alcanzado su nivel más bajo en 1984, tras la legalización del aborto a petición, y su nivel más alto en 1989.

Se debe mencionar algunos hechos importantes. En los años cincuenta las tasas de aborto disminuyeron de manera constante. Aunque no puede considerarse que tal disminución fuera elevada, ¿cómo puede explicarse, si la ley no fue modificada durante ese decenio? ¿Por qué aumentó el número de abortos legales en Suecia a partir de 1963, si durante ese año en la legislación sólo se introdujo una enmienda menor? ¿Acaso el incremento se debió al nuevo motivo legal que incluyó la enmienda de 1963 para autorizar el aborto (el “daño al feto”)? También debe entenderse la tendencia relativamente irregular que se dio después de que entró en vigor el aborto a petición, en 1975, pero éste es un tema que se analizará más adelante.

¹⁹ *Ibid.*, p. 59.

Gráfica 1

Número de abortos legales inducidos que se practicaron en Suecia, entre 1951 y 1993



Fuente: Rita Liljeström, 1974 y Socialstyrelsen, 1994, *Aborto 1993*, cuadro 1, p. 8.

Quizá la clave para comprender cómo y por qué fluctuaron las tasas de aborto hasta 1975 es la forma en que la ley fue interpretada, o de acuerdo a como los médicos y el sistema de salud consideraban las solicitudes. Según Sundström-Feigenberg:

en los años cincuenta, el aborto requería de un procedimiento prolongado y a menudo humillante. Después de ser evaluada y examinada por un obstetra, un médico y un trabajador social, la mujer debía presentar su solicitud ante la Junta Nacional de Salud y Bienestar, la cual habría de otorgar o —generalmente— no su aprobación. Las circunstancias sociales, por adversas que fueran, nunca bastaban por sí solas; debían existir, también, razones de orden médico. Así, para que la mujer estuviera segura de que la Junta Nacional aprobaría su petición, bastaba con que amenazara con suicidarse o con que obtuviera algún diagnóstico psiquiátrico, como depresión o inestabilidad mental.²⁰

El hecho de que las consultas y cirugías fueran gratuitas en el sistema de salud pública no significaba que los problemas ya hubieran terminado para la mujer que solicitaba y conseguía la autorización para abortar. A menudo

²⁰ Sundström-Feigenberg, *op. cit.*, p. 438.

debía esperar a que hubiera un lugar en el hospital y no era sencillo encontrar un médico que efectuara la operación. Es sabido que la comunidad médica no aprobó en forma unánime la ley del aborto y, por ejemplo, algunos jefes de obstetricia de ciertos hospitales suecos estaban abiertamente en contra y se rehusaban a atender esos casos.²¹

En ese sistema tan riguroso y estigmatizante, las mujeres vivían experiencias muy diversas. Mientras que algunas podían pagar la consulta privada con un psiquiatra y los honorarios que cobraban las muy escasas clínicas privadas que había en el país, otras menos afortunadas sólo tenían dos opciones: someterse a los procedimientos regulares o buscar algún practicante clandestino, lo que siempre representaba una “elección” peligrosa.

Sin embargo, en los años sesenta el tema del aborto captó la atención pública, pues cada día era mayor el número de mujeres que optaba por otra opción. Poco a poco empezó a conocerse la nueva estrategia “de emergencia”, que provocó debates muy acalorados en el país: las mujeres suecas viajaban al extranjero para abortar y Polonia era el destino principal.²²

Mientras que la enmienda de 1963 fue resultado de la controversia suscitada por la demanda de una mujer estadounidense que viajó a Suecia para que le practicaran un aborto,²³ se dice que la nueva estrategia “de emergencia” que eligieron las mujeres suecas promovió la despenalización de las *prácticas* del aborto en el país.

Esta estrategia “de emergencia”, es decir, los viajes más o menos organizados a Polonia, se popularizó en la época en que la política oficial recibía los ataques de las organizaciones de mujeres radicales, de algunos políticos liberales o de izquierda y de los médicos progresistas.²⁴ Fue por ello que el gobierno social-demócrata de 1965 decidió nombrar un subcomité, para que revisara la ley. No obstante, aun antes de que se diera a conocer la propuesta del subcomité, la legislación existente empezó a interpretarse con mucha mayor flexibilidad y aumentó el número de abortos legales practicados en el país, como lo muestra la gráfica 1.

²¹ *Idem.*

²² En cierto sentido, tanto la “estrategia de emergencia” sueca como la “estrategia de voces” francesa —es decir, el Manifiesto de las 343, que fue la petición pública presentada por 343 mujeres francesas en 1969, entre ellas Simone de Beauvoir, en el que declaraban que habían tenido abortos ilegales— lograron dar publicidad a los asuntos relacionados con el aborto.

²³ Al parecer el caso de la estadounidense que fue a abortar en Suecia, cuyo embarazo estaba afectado por la ingestión de Talidomida, también sirvió para impulsar la reforma del aborto en Estados Unidos. Sheila Shaver, comunicación personal.

²⁴ Sundström-Feigenberg, *op. cit.*

Cuadro 1

Abortos legales practicados en Suecia (1960-1972): solicitudes, tipos de aprobación y causas aludidas

Año	Solicitudes de aborto			Número de abortos legales practicados				Motivos para el aborto					
	Núm. total	Aprobadas**		Con aprob. de la Junta	De dos médi-cos	Ur-gen-cias	Total	En-ferme-dad	Debi-lidad	Debi-lidad anti-cipada	Hu-mani-tarios	Euge-nési-cos	Riesgo de feto daña-do**
		Núm.	%										
1960	4085	2552	62	2377	414	1	2792	1141	1425	138	68	19	—
1961	4094	2664	65	2474	434	1	2909	1171	1482	175	64	16	—
1962	4257	2957	69	2772	431	2	3205	1265	1675	162	89	12	—
1963	4532	3313	73	3100	426	2	3528	1197	2060	133	83	17	36
1964	5469	4314	79	4073	596	2	4671	1393	2840	207	99	14	116
1965	6669	5745	86	5347	860	2	6209	1461	3988	597	98	6	57
1966	6499	5782	89	5375	1876	3	7254	1467	4433	1205	78	9	59
1967	7365	6747	92	6388	3315	—	9703	1208	5498	2854	78	6	59
1968	7554	7072	94	6499	4441	2	10940	1025	5186	4521	128	4	76
1969	7646	7278	95	6642	7093	—	13735	1087	6083	6186	154	8	217
1970	7548	7220	97	6604	9496	—	16100	1004	5861	8874	227	3	69
1971	6780	6527	96	5887	13363	—	19250	986	5979	11962	274	1	48
1972	5313	5077	96	4584	19586	—	24170	952	5800	17065	293	5	55

* Recibidas por la Junta de Salud y Bienestar

** Estas cifras se refieren a los abortos practicados como resultado de las solicitudes que se presentaron a lo largo del año, independientemente de que se realizaran en el año en curso o en el siguiente.

*** Esta justificación para el aborto entró en vigor en 1963.

Fuente: Resumen del cuadro de Liljeström, *op. cit.*

Para poder comprender el incremento de los abortos legales realizados en Suecia desde inicios de los años sesenta y hasta 1975, se debe atender a la forma en que empezaron a interpretar la ley los responsables de aprobar las solicitudes de las mujeres que requerían un aborto. La otra opción sería imputar ese aumento a la enmienda de 1963. Sin embargo, el cuadro 1 muestra que la justificación del año 1963 no explica ese incremento, pues dicha causa representó menos de 1% de la cifra anual de abortos legales realizados (cuadro 1, última columna).

El cuadro 1 muestra otras tendencias reveladoras. En primer lugar se observa que el número de *solicitudes* de aborto que se aprobaron anualmente aumentó de manera clara y constante durante el periodo estudiado, lo que constituye una tendencia completamente opuesta a la de los años cincuenta, en la que dicho porcentaje decreció año tras año hasta alcanzar su punto más bajo en 1960.²⁵ Otra tendencia aparece en las dos primeras columnas de la sección “número de abortos legales practicados”. Es importante hacer énfasis en el trabajo preponderante de la Junta de Salud y Bienestar en la aprobación de los abortos realizados en los inicios de los años sesenta. Sin embargo, a finales del decenio se practicó un número mucho mayor de abortos con la aprobación conjunta de dos médicos, lo que mostró que éstos aceptaban y apoyaban cada vez más el aborto inducido como una práctica normal.²⁶

La tercera sección del cuadro 1 especifica los “motivos para el aborto” así como también muestra lo “insignificante” que fue la causa del “daño al feto” en relación con el aumento del número de abortos practicados, y revela además otros hechos interesantes. Así, la categoría de “enfermedad”, que fue una de las justificaciones más aludidas en Suecia durante los años cincuenta (no incluida en el cuadro), claramente perdió fuerza ante las de “debilidad” y “debilidad anticipada”.

²⁵ Estas cifras no se muestran en el cuadro. Según Liljeström, en los años cincuenta, “según parece, [los médicos] responsables de autorizar el aborto estaban influidos por las expresiones de la opinión pública contra esa práctica”. En esa década el número de abortos legales disminuyó a menos de la mitad, y la proporción de solicitudes autorizadas disminuyó más de 60% entre 1957 y 1962. Considerando estas cifras, se deduce que cada vez más mujeres eligieron llevar a término su embarazo o fueron obligadas a someterse a abortos ilegales. Liljeström, *op. cit.*, p. 69.

²⁶ En entrevista personal, la profesora Sheila Shaver, al destacar la importancia de los intereses de los médicos en la reforma del aborto, sobre todo en los países que había analizado más ampliamente —Australia, Canadá, Reino Unido y Estados Unidos—, sugirió que esos intereses quizá hayan tenido mayor importancia para la despenalización de la legislación sueca que la que se le atribuye en el presente trabajo. Sin embargo, esa opinión no será examinada aquí con más detalle.

Cabe recordar que la “debilidad anticipada”, agregada en 1946 como motivo para autorizar el aborto, implicaba que aunque el sistema seguía rechazando oficialmente su práctica por razones puramente “sociales”, aceptaba una prescripción “sociomédica”. De acuerdo con la legislación de 1946 era posible autorizar un aborto si se estimaba que el nacimiento del niño traería consigo graves desgracias a la madre. Debían tomarse en consideración las consecuencias tanto físicas como psicológicas del nacimiento y las condiciones para el cuidado del niño. Aunque se hacía énfasis en las probables condiciones futuras de *salud* de la demandante, el hecho de que a finales de los años sesenta la “debilidad anticipada” superaba al resto de los motivos aludidos, es un indicativo de la forma en que los médicos fueron cambiando gradualmente su actitud hacia el aborto.

En otras palabras, lo que se demuestra es que los médicos suecos a partir de los años sesenta anticiparon (e impulsaron) la introducción de una nueva legislación liberal acerca del aborto. Aunque no se tienen las bases para afirmar que los médicos practicaron abortos a petición *antes* de que el derecho al aborto fuera legalmente aceptado, parece bastante razonable interpretar los datos antes analizados, es decir, la importancia creciente de la “debilidad anticipada” como justificación, como la aceptación gradual de las causas “sociales” para el aborto. La “debilidad anticipada” había sido originalmente introducida como una prescripción “sociomédica”, sin embargo, después de 1965 esa categoría comenzó a utilizarse cada vez más para atender a aquellas demandantes cuya principal motivación para requerir un aborto era de orden “social”.²⁷

Esta tesis se reafirma al observar el número de abortos legales que se practicaron en Suecia durante los años setenta. Como se muestra en la gráfica 1, contrariamente a lo que podría esperarse, el número de abortos legales realizados en los años siguientes a 1975, cuando se autorizó el aborto a petición, *disminuyeron* en lugar de aumentar. Esto significa que la legislación anterior no restringía la demanda de abortos. Se podría cuestionar si el *número* de abortos practicados constituye un dato adecuado para evaluar lo que realmente sucedió después de que se aprobó la nueva ley del aborto, dado que ese fenómeno podría estar relacionado con la disminución de la *fertilidad*. Pero, si esto es algo que en efecto debería ser considerado, también debe recordarse otro dato que refuta las críticas y que, por otra parte, destaca el hecho de que el número de abortos practicados después de 1975 haya dismi-

²⁷ De hecho, se ha estimado que no fue sino hasta mediados de los años sesenta cuando los abortos ilegales disminuyeron ampliamente en Suecia. Véase Sandström-Feigenberg, *op. cit.*, p. 445.

nuido: los abortos ilegales prácticamente desaparecieron tras la promulgación de la nueva ley.

Antes de regresar al asunto principal de este trabajo, que es examinar por qué en Suecia el tema del aborto estuvo relativamente exento de controversias, es preciso estudiar la legislación contemporánea, que constituye la espina dorsal de las políticas suecas de reproducción, así como analizar sus implicaciones.

La ley de 1975 acerca del aborto en Suecia

Transcurrieron diez años entre el nombramiento del Comité de 1965, encargado de revisar la legislación sueca sobre la terminación del embarazo, y la promulgación de la nueva ley del aborto. En 1971 el Comité presentó su informe, intitulado “El derecho al aborto” y, siguiendo el proceso tradicional sueco de formulación de políticas, se envió para su consideración a diversas organizaciones competentes y grupos interesados. El hecho de que el proyecto de ley, que era una revisión y adaptación del informe, fuera aprobado en mayo de 1974 por una considerable mayoría, no quiere decir que el tema no haya suscitado desacuerdos.

La actual legislación que regula el aborto inducido en Suecia y que se reconoce como una de las más liberales en el mundo occidental, entró en vigor en 1975. El principio básico de ésta es que son las propias mujeres quienes deben decidir si desean abortar. La mujer que así lo solicite tiene derecho a que se le practique el aborto hasta el final de la decimoctava semana del embarazo.²⁸ En cuanto a lo que se considera un “aborto temprano” (es decir, hasta la duodécima semana), la mujer sólo debe consultar a un médico, y entre la duodécima y la decimoctava semana debe también hablar con un trabajador social.

Sin embargo, la obligación de que la mujer platique con un trabajador social cuando solicita un aborto tardío no tiene el propósito de que éste la disuada de interrumpir su embarazo, sino más bien de proporcionarle orientación y apoyo, así como ayudarla a que tome la decisión que *ella* considere conveniente. El aborto sólo puede ser rechazado en caso de que la operación implique un riesgo para su salud o su vida. La mujer que solicita un aborto temprano también puede pedir una cita con un trabajador social, un psiquiatra, o cualquier otro consejero, si siente que necesita ayuda para decidir si

²⁸ La fuente de la información básica que se proporciona a continuación es Svenska Institutet, 1993.

debe o no hacerlo. El futuro padre y cualquier otra persona son bienvenidos a participar en la discusión siempre que lo apruebe la mujer que recibe la orientación. Dado que el aborto se considera un derecho individual y que el sistema de consejeros no debe influir en la decisión de la mujer, la participación de cualquier pariente en las sesiones de asesoría sólo es posible si la “paciente” lo autoriza.

La orientación, que es voluntaria hasta la duodécima semana del embarazo y obligatoria entre la duodécima y la decimoctava semana, también es gratuita. Se recomienda que ésta se dé a *toda* mujer que llegue a un hospital para solicitar la terminación de su embarazo.

Al término de la decimoctava semana de gestación, el aborto sólo puede ser practicado si la Junta Nacional de Salud y Bienestar (*Socialstyrelsen*) aprueba la operación, lo cual sólo ocurre en circunstancias especiales. En principio, la Junta no dará la autorización necesaria si se considera que el feto es “viable”. Al finalizar la vigesimasegunda semana, cuando el feto puede sobrevivir *ex utero*, el permiso para abortar por lo general no es otorgado, a menos que la vida o la salud de la mujer estén en grave riesgo.

El plazo de dieciocho semanas de embarazo como límite se estableció no sólo para evitar que la mujer aborte en un momento en que se considera que el feto sería viable, sino también por los mayores peligros que implican las complicaciones psicológicas y médicas inherentes a un aborto tardío. De hecho, la mayoría de los abortos inducidos que se practican en Suecia son llevados a cabo durante las primeras etapas del embarazo. En 1991, por ejemplo, 92.4% de las operaciones se realizó antes del término de la duodécima semana, y sólo 0.5% de todos los abortos ocurrió después de la decimoctava.

Dejando de lado el tema de la viabilidad del feto como medio para determinar si debe o no practicarse un aborto (lo que podría interpretarse como una legislación “remanente” de los tiempos en los que la “cultura del diagnóstico” imperaba en la temática del aborto), es importante recordar que los argumentos médicos relativos a los riesgos del aborto en función de la etapa del embarazo, no son sólo aspectos vitales de cualquier legislación en esta materia, sino que también deben plantearse con el fin de crear restricciones a la práctica del aborto. Esto se verá con más claridad cuando se compare la legislación y prácticas del aborto en Suecia y aquellas que existen en otros países desarrollados.

Actualmente, cuando se lleva a cabo en Suecia un aborto antes de la duodécima semana de gestación la mujer no requiere hospitalización y sólo permanece en la institución médica unas cuantas horas en observación. En estos casos el aborto suele realizarse mediante una aspiración por vacío. Por el contrario, cuando la operación se hace después de la duodécima semana la

paciente generalmente debe ser ingresada en el hospital y se utilizan otros métodos.

La ley de 1975 fue muy importante en el proceso de permitir que la mujer decidiera acerca de su propio cuerpo y la reproducción. El informe de 1971 también significó un viraje de los lineamientos que seguían las políticas familiares suecas desde los años treinta. Como aseguró Liljeström, el Comité rechazó formalmente la arraigada idea —que había justificado en gran medida las políticas familiares— de que ampliando el alcance de la cobertura de la seguridad social y financiera, o incrementando el apoyo público a las familias, se evitaría de manera notable la práctica del aborto.²⁹

En Suecia las políticas familiares modernas se han desarrollado a partir de ciertas formas de intervención pública, basadas en la necesidad de los individuos de contar con procedimientos de apoyo de mayor alcance, estructurados con el fin de instituir la ciudadanía social. Dichas políticas, que en un principio se enfocaban a dar apoyo a las madres, evolucionaron hasta incluir a ambos padres. Sin embargo, tal desarrollo puede interpretarse con base en otras dos tendencias que Liljeström ha expuesto. La primera se refiere al “intento de las políticas familiares de poner en un plano de igualdad a ambos padres y hacerlos igualmente responsables del cuidado del niño; y la segunda al de apoyar la posibilidad de que la madre soltera asuma la responsabilidad total de su hijo, sin la ayuda del padre”.³⁰

Considerando estas tendencias, sin olvidar la función que desempeña el Estado no sólo como promotor sino también como “socio”, se hace evidente el nuevo elemento que planteó el Comité en 1965 y que más tarde aprobó el Parlamento: debía reconocerse el derecho de la mujer a decidir por sí misma si habría o no de tener a su hijo. En ese momento, el papel de promotor del Estado, es decir, su inclinación a favor de la natalidad, debía reorientarse de tal suerte que incorporara una acción mucho más eficiente para garantizar que las mujeres pudieran, en efecto, *evitar el embarazo*. En la “sociedad anticonceptiva” el aborto debe ser considerado un derecho, pero debe tomársele como el último recurso.

Para comprender la forma en que se logró que la nueva ley resultara “apetecible” a los grupos que no querían su aprobación, se debe examinar el compromiso del Estado para facilitar el acceso a los anticonceptivos y evitar el aborto. Es así que la aprobación del “derecho al aborto” fue seguida por una serie de medidas para garantizar que las tasas de aborto no aumentaran. Las medidas que se describirán a continuación sirven para

²⁹ Liljeström, *op. cit.*, p. 77.

³⁰ *Idem*.

comprender las fluctuaciones en las tasas de aborto, como se mostró en la gráfica 1.

El sistema de salud empezó a asignar fondos a fin de que los servicios de anticoncepción fueran gratuitos tanto en el sistema público como en las instituciones y clínicas privadas. Se distribuyeron diafragmas y DIU sin costo alguno, además de que el precio de los anticonceptivos orales se controló de la misma forma que el de otros medicamentos. En Suecia las clínicas para la maternidad mejoraron sus servicios de planeación familiar con subsidios gubernamentales. Se crearon clínicas para jóvenes en las que se ofrecía todo tipo de orientación, incluida la información y asesoría acerca de los anticonceptivos.³¹

Además de los canales institucionales creados o mejorados con el propósito de difundir información de los métodos anticonceptivos, a principios de los años setenta inició un programa para parteras enfocado a la planeación familiar. Los cursos de esta materia se volvieron parte de la currícula regular en las escuelas para parteras. Después de un entrenamiento adicional que reciben estando en servicio, las parteras son autorizadas para dirigir unidades de planeación familiar independientes dentro de las clínicas para la maternidad, en las cuales proporcionan servicios e información acerca de métodos anticonceptivos. En 1978, se permitió que aquellas que tenían la capacitación adecuada prescribieran productos farmacéuticos para uso anticonceptivo, como la píldora.

De hecho, las parteras fueron un elemento invaluable para el éxito de los programas suecos de planeación familiar. Desde el inicio de los años ochenta son ellas quienes han dado cerca de 70% de las consultas relativas a anticonceptivos en el país.³²

Cuando se promulgó la nueva ley del aborto, el Parlamento sueco decidió iniciar un programa de información acerca de planeación familiar, de cinco años de duración, que fue puesto en marcha por el Comité para la Educación sobre Salud, el cual formaba parte de la Junta Nacional de Salud y Bienestar.

El éxito de estas acciones concertadas para divulgar información acerca de los métodos anticonceptivos y evitar la práctica del aborto puede constatare en el estudio del uso y conocimiento de los anticonceptivos y las actitudes frente a ellos, realizado en varios países por la Fundación Internacional de la Salud. En 1987 se llevó a cabo una encuesta en Suecia entre mujeres de 15 a 44 años de edad, la cual reveló que en este país el porcentaje total de

³¹ Sundström-Feigenberg, *op. cit.*, p. 441.

³² *Idem.*

empleo de distintos métodos anticonceptivos (95%) —sobre todo de los más confiables— fue el mayor de los siete países encuestados (Italia, Francia, Gran Bretaña, España, República Federal de Alemania, Austria y Suecia). El estudio también mostró que 79% de las mujeres tenía conocimientos muy precisos acerca de la fertilidad, los cuales no diferían mucho en razón de la edad. Ésta fue la cifra más alta que se registró en el estudio comparativo. Asimismo, las mujeres suecas eran las que tenían los mayores conocimientos (68%) del funcionamiento de los anticonceptivos orales (inhibidores de la ovulación).³³

La ley de 1976 sobre esterilización

Un año después de que se promulgó la ley del aborto en Suecia entró en vigor otro elemento esencial del programa de planeación familiar contemporáneo: la ley de 1976 sobre esterilización, que otorgó a todos los ciudadanos suecos y a los residentes legales mayores de 25 años el derecho a ser esterilizados si así lo solicitaban. Sin embargo, ninguna persona menor de 18 años puede ser esterilizada para propósitos de control natal, y aquellas que tienen entre 18 y 24 años sólo pueden serlo con la aprobación de la Junta Nacional de Salud y Bienestar, que autoriza la operación “por motivos genéticos” o, en el caso de las mujeres, por razones médicas. Esta ley establece que ninguna instancia o representante público puede tomar la iniciativa para que se lleve a cabo una esterilización, considerada como un derecho individual.

Sin embargo, quien la solicite debe hablar con un trabajador social o con un médico, quien le dirá cuál es la naturaleza y las consecuencias de la operación, así como, cuando sea pertinente aconsejarle acerca de otras opciones o medios menos drásticos para evitar los embarazos no deseados.

En 1976, año en que entró en vigor, se practicaron en el país 4 433 operaciones, cifra que se multiplicó a más del doble en 1980 (10 248), tras lo cual la tasa de esterilización se ha estabilizado en alrededor de siete mil anuales. La constante preponderancia de mujeres entre quienes se someten a la esterilización (sólo cerca de una cuarta parte de los pacientes son hombres), muestra que el control de la natalidad sigue siendo una responsabilidad asignada básicamente a ellas. Sin embargo, la esterilización no es un método común de control natal en Suecia, sino que se le considera más bien

³³ Riphagen, 1989.

complementario. De hecho, menos de 10% de quienes utilizan alguna forma de anticonceptivos elige la esterilización.³⁴

Para comprender las repercusiones de mayor alcance que derivan de imponer restricciones legales al aborto o despenalizarlo, en la siguiente sección se analizarán los efectos de las legislaciones que rigen en algunos países, destacando la calificación de la política sueca acerca del aborto como un “derecho sobre el cuerpo”.

¿Acaso la legislación del aborto es completamente inútil?

La experiencia sueca en perspectiva comparada

La respuesta inmediata a esa pregunta debería ser: “¡Por supuesto que no!” Pese a todos los aspectos morales que aún se debaten en todos los países que han despenalizado sus leyes acerca del aborto, no debería haber duda alguna de que tal apertura significa dar mayor poder de decisión a la mujer de su propio cuerpo y la reproducción así como la sexualidad, lo que amplía sus derechos ciudadanos. Además, legalizar la interrupción del embarazo significa reconocer los peligros que implican los abortos ilegales, que muchas veces ponen en peligro la vida de las mujeres y dan lugar al negocio clandestino de los abortos, muy difícil de controlar.

Es sorprendente que se desconozca el número exacto de abortos inducidos que se practican en el mundo; sin embargo, se ha calculado que fluctúa entre treinta y cuarenta millones de operaciones legales, y entre diez y veinte millones de abortos ilegales por año en todo el mundo. Cada año mueren cerca de 500 000 mujeres debido a complicaciones durante el embarazo o el parto. En algunas regiones, entre 30 y 50% de las muertes es resultado de abortos ilegales.³⁵ El cuadro 2 muestra la tasa de mortalidad en Suecia relacionada con abortos legales desde 1946 —cuando la ley de 1938 que abrogó la prohibición de los abortos legales en el país se flexibilizó aún más para permitir la terminación del embarazo por prescripción sociomédica— hasta 1991.

La erradicación de la mortalidad relacionada con los abortos tras la introducción de la ley de 1975 en materia del aborto se muestra en el cuadro 2. Sin embargo se debe tomar en cuenta que la mayoría de las muertes resultantes de la terminación de un embarazo suele ocurrir en los abortos *ilegales*. Además, la eliminación casi total de los riesgos de muerte después de un

³⁴ Svenska Institutet, 1994.

³⁵ Socialstyrelsen, 1994, p. 4.

Cuadro 2

Mortalidad por cada 100 000 abortos legales en Suecia

<i>Periodo</i>	<i>Número de abortos legales</i>	<i>Muertes</i>	<i>Muertes por cada 100 000 abortos</i>
1946-1953	28000	27	96.4
1954-1963	32000	21	59.7
1964-1974	87900	7	8.0
1975-1983	294763	3	1.0
1984-1991	278206	0	0

Fuente: Socialstyrelsen, *Aborter 1993*, cuadro A, 1994, p. 4.

aborto legal, como lo muestra el cuadro, debe comprenderse en gran medida como resultado de los avances médicos, aunados a la introducción de mecanismos que garantizan que los abortos legales serán realizados tan pronto como sea posible. De cualquier forma, acabar con el negocio de los abortos ilegales, la apertura de la ley del aborto contribuyó definitivamente a proteger la vida de las mujeres.

¿Hasta qué punto contribuye la despenalización de las leyes acerca del aborto a que aumente el número *total* de operaciones realizadas? Ésta es una pregunta que genera debates en todo el mundo. Como se ha visto, en Suecia las tasas de terminación del embarazo no se elevaron en forma abrupta a raíz de que se autorizara el aborto a petición. De hecho, el *número* total de abortos legales practicados en el país *disminuyó* en los tres años posteriores a la promulgación de la ley. Por ello se ha hecho énfasis en señalar que la ley no hizo “sino” formalizar una práctica que ya se realizaba en muchas partes del país desde hacía ya tiempo.³⁶ A partir de 1975 el número anual de abortos en Suecia ha fluctuado entre 30 000 y 38 000, habiendo alcanzado su nivel más bajo en 1984, luego de que se autorizó el aborto a petición, y el más alto en 1989 (estas cifras se mostraron en la gráfica 1).

Las acciones para organizar la orientación acerca de la planificación familiar y garantizar que los anticonceptivos fueran baratos y accesibles, sin duda explican en parte ese fenómeno; es interesante también reproducir aquí una parte del informe del aborto inducido que elaboró la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978: “la información disponible no permite ratifi-

³⁶ Sundström-Feigenberg, *op. cit.*, p. 442.

car la idea, frecuentemente expresada, de que una gran proporción de las parejas ha abandonado el uso de los anticonceptivos a raíz de que el aborto legal se volvió más accesible”.³⁷

En Suecia la despenalización del aborto no originó el aumento en las tasas anuales de dicha práctica. La fluctuación de ésta después del año 1975 se explica en parte por el mayor o menor número de mujeres en edad fértil durante ese periodo. Queda fuera del alcance del presente trabajo tratar interpretar la incidencia de la práctica del aborto en una edad y grupo étnico específico así como por diferenciación geográfica. Baste decir que, pese a las ligeras variaciones, el aborto en Suecia no está vinculado a un tipo de mujer en particular, ni tampoco es un fenómeno “inusual”, pues es “casi seguro afirmar que una de cada dos mujeres en Suecia tendrá en su vida cuando menos un aborto”.³⁸ Así, a partir de 1975 las tasas de aborto en este país se estabilizaron en un nivel relativamente elevado. El cuadro 3 muestra una comparación entre varios países.

Sin embargo, las tasas de aborto no siguen necesariamente la tendencia de que “mientras más liberal sea la legislación mayor será el número de abortos practicados”. En los Países Bajos, por ejemplo, donde se presenta la tasa más baja entre los países examinados, el aborto a petición es una práctica aceptada. De hecho, las tasas de aborto en ese país son inferiores a las de otras naciones en las que sólo se permite el aborto de carácter legal en casos específicos, como Inglaterra, Gales y la antigua Alemania Occidental.

En el caso sueco, puede decirse que la ley del aborto de 1975 formalizó una práctica que ya formaba parte de las rutinas médicas cotidianas en varias partes del país. En otras palabras, es posible afirmar que la importancia *práctica* de la promulgación de la actual legislación del aborto en Suecia fue meramente marginal. Por supuesto, deben destacarse las particularidades de la ley sueca; aunque, por ejemplo, es similar a las legislaciones danesa (1973) y noruega (1979), logra, a diferencia de éstas reconocer el *derecho* de la mujer a interrumpir su embarazo, y otorga el mismo derecho incluso a las menores, sin que se requiera el consentimiento de los padres.³⁹

Para evaluar el impacto de la legislación en materia de aborto sobre las prácticas cotidianas puede resultar muy revelador hacer algunas comparaciones con otros países. Puede destacarse así que la legislación restrictiva que rige en varios países europeos no garantiza que las mujeres no intentarán interrumpir su embarazo, o que no lo harán con la misma frecuencia que aque-

³⁷ OMC, citado en Sundström-Feigenberg, *op. cit.*, p. 443.

³⁸ *Ibid.*, p. 451.

³⁹ Ketting y van Praag, 1986, p. 155.

Cuadro 3

Tasas de aborto en varios países

	Número de abortos	
	Por cada 1 000 mujeres de entre 15 y 44 años	Por cada 100 mujeres conocidos*
Holanda (1986)	5.3	9.0
Alemania Occidental (1987)	6.7	12.1
Finlandia (1992)	10.4	14.2
Islandia (1992)	12.2	13.8
Francia (1987)	13.3	17.3
Inglaterra y Gales (1987)	14.2	18.6
Polonia (1987)	14.9	16.8
Italia (1987)	15.3	25.7
Noruega (1992)	16.1	20.1
Australia (1988)	16.6	20.4
Dinamarca (1992)	17.0	21.7
Japón (1987)	18.6	27.0
Suecia (1993)	19.8	22.4
Alemania Oriental (1984)	26.6	29.7
Estados Unidos (1985)	28.0	29.7
China (1987)	38.8	31.4
Cuba (1988)	58.0	45.3
Unión Soviética (1982)	181	68

* Embarazos conocidos = nacimientos de niños vivos + nacimientos de niños muertos + abortos legales.

Fuente: Socialstyrelsen, *Aborter 1993*, cuadro B, p. 5, 1994.

llas que viven en países que han despenalizado tal práctica. Después de todo, lo que se busca en este trabajo es demostrar que los países que han aprobado leyes al parecer liberales, siguen constriñendo la libertad de elección de las mujeres mediante otro tipo de mecanismos.

Ya se mencionó que la estrategia “de emergencia” por la que optó un número cada vez mayor de mujeres en Suecia durante los años sesenta, es decir, su decisión, más o menos organizada, de viajar a Polonia para abortar, sin exponerse a riesgos, condujo al nombramiento de una Comisión de Investigación, la cual propuso que se otorgara a la mujer el “derecho” al aborto. Aunque esos viajes al extranjero constituyeron un fenómeno de transición en Suecia, es posible afirmar que este tipo de *estrategia* “de emergencia” se convirtió en una *solución* en países tales como Irlanda, Bélgica y Suiza, cuyas legislaciones acerca del aborto prohíben esta práctica.

En el caso de la República de Irlanda, que tiene una ley restrictiva y un clima cultural que repudia la interrupción del embarazo, Inglaterra es el destino de las mujeres que desean abortar. Se ha calculado que “el número de mujeres irlandesas que viajan a Inglaterra para abortar es proporcionalmente igual al de las holandesas que lo hacen en los Países Bajos”.⁴⁰ Cabe señalar que las leyes holandesas son bastante liberales y que en todo el país el acceso a los servicios queridos es sencillo.

Asimismo, el carácter restrictivo de la legislación en Bélgica hace de los Países Bajos el destino principal de la mayor parte de las mujeres originarias de la región flamenga, al norte del país, que desean interrumpir su embarazo.

En Suiza las mujeres que quieren abortar y viven en cantones donde la ley se observa de manera estricta, viajan a otros en los que se le interpreta con más flexibilidad. También es común que las mujeres suizas viajen al extranjero con el mismo propósito. Si se suman estos dos tipos de soluciones “de emergencia” resulta que las mujeres suizas, pese a lo prohibitivo de su legislación, tienen “comparativamente casi el mismo número de abortos que las inglesas, no obstante que las leyes inglesas son más liberales”.⁴¹

Estos ejemplos muestran que una legislación restrictiva no disminuye necesariamente el número de abortos que se practica. Más aún, se debe recordar que los casos anteriores son pertinentes ya que el fenómeno puede ser medido efectivamente, pero también es importante observar que en la mayoría de los países del Tercer Mundo el carácter prohibitivo de las legislaciones suele obligar a las mujeres a seguir otro tipo de “estrategia de emergencia” más terrible: el aborto ilegal, que puede terminar como una elección trágica.

Aunque la discrepancia entre la letra de la ley y las prácticas del aborto es evidente en países en los que la legislación es restrictiva, se debe ser cauto al analizar las relaciones entre la ley y la práctica en aquellos que cuentan con una legislación acerca del aborto más abierta.

Incluso en los países que aprobaron leyes por las cuales se destrabaron en gran medida las legislaciones en materia de aborto, la decisión individual de interrumpir el embarazo puede seguir siendo obstruida, entre otras razones por la falta de disponibilidad de servicios, el establecimiento de un plazo límite para poder abortar y/o de procedimientos de orientación obligatorios. Con base en estos y otros elementos, Kettin y van Praag elaboraron un índice para evaluar el grado de autodeterminación de la mujer, analizando las legislaciones de diez países (Dinamarca, Gran Bretaña, los Países Bajos, la Repú-

⁴⁰ *Ibid.*, p. 156. Esta importante obra es la fuente para las comparaciones entre países que presentamos más adelante.

⁴¹ *Ibid.*, p. 157.

blica Federal Alemana, Suiza, Francia, Italia, Estados Unidos, y Suecia). En su estudio comparativo, Suecia es el país que cuenta con la ley que más “toma en cuenta a la mujer”. ¿Por qué es esto cierto?

Tal resultado es en cierto sentido vaticinado por el principio que plantea la ley de 1975 en Suecia, que reconoce expresamente el *derecho* de la mujer a que le sea interrumpido el embarazo hasta el término de la decimotava semana de gestación.

Aunque en muchos países las mujeres tienen el derecho legal a decidir si desean abortar, la legislación puede interpretarse de maneras contradictorias, y diversas trabas legales o del mercado pueden interferir en su decisión. Las mujeres son obligadas a consultar uno o dos médicos o en su defecto a una instancia de orientación en países como Italia, Francia y Gran Bretaña, mientras que en los Países Bajos, Francia e Italia se exige un periodo de espera forzoso. Recibir orientación de algunas soluciones alternativas, además del aborto, es obligatorio en los Países Bajos, Francia e Italia.⁴² Más aún, las leyes de Francia e Italia, pese a que contemplan el aborto legal, hacen lo posible para que las mujeres que solicitan la terminación de su embarazo se identifiquen con la moralidad aceptada, al hacer énfasis en el valor social de la maternidad y el respeto a la vida humana desde el momento en que ésta es concebida. De acuerdo con Ketting y van Praag, estos dos países ofrecen un ejemplo extremo de cómo, en muchas legislaciones, “las ideas en contra del aborto brindan el aspecto moral a la ley, mientras que las ideas en favor ofrecen los reglamentos prácticos. De esta manera, lo que las leyes francesa e italiana muestran es, en realidad, que el aborto es el derecho inmoral de las mujeres”.⁴³

Otra limitante al derecho de la mujer a decidir por ella misma radica en el plazo de gestación hasta el cual es posible realizar un aborto. En muchos países se autoriza la práctica del aborto a petición o por motivos sociales sólo hasta un determinado momento del periodo de embarazo. Algunos ejemplos son Francia y Dinamarca (12 semanas), Italia (13), Alemania (14), Austria (alrededor de 15) y Suecia (18). Es cierto que se permite abortar hasta mucho más tarde cuando existen razones de carácter médico, pero los ejemplos anteriores bastan para demostrar lo diferente que son los plazos establecidos en varios países. Cabe señalar que mientras más corto sea el plazo habrá mayor beneficio para aquellas mujeres que tienen menos dudas y/o más información de su embarazo. Por lo tanto, establecer plazos más

⁴² Esta lista, basada en Ketting y van Praag, no es exhaustiva y se ofrece simplemente a manera de ejemplo.

⁴³ *Ibid.*, p. 159.

largos permitiría que un número mayor de mujeres hiciera uso adecuado de su derecho.

Aunque, a falta de datos de otros países, no es posible afirmar o negar que se trate de un fenómeno común, los servicios que se ofrecen en Suecia a las mujeres que solicitan abortar parece ser un indicativo del compromiso del sistema de salud para brindarles el tipo más elemental de procedimientos y cuidados médicos. Desde el año 1975, cuando se autorizó en el país el aborto a petición, el porcentaje de abortos tempranos, es decir, hasta la duodécima semana, en los que fue necesario internar a la paciente disminuyó cada año. Así, mientras que en 1975, 19.9% de los abortos practicados hasta la séptima semana de embarazo requirió de hospitalización, en 1993 el porcentaje disminuyó a 2.0.⁴⁴ Es cierto que estas cifras podrían interpretarse como muestra de que el sistema de salud sueco ha buscado racionalizar los costos, pero también deben entenderse como un avance importante que, intencionalmente o no, contribuye a que la terminación del embarazo sea una elección más “sencilla” para las mujeres.⁴⁵

Otro aspecto que cabe destacar respecto a lo que Ketting y van Praag llamaron “la importancia marginal” de la legislación del aborto, es la disponibilidad de servicios o la seriedad del compromiso del gobierno para poner en práctica leyes liberales que garantizaran los derechos de la mujer. Una breve comparación entre los servicios y las prácticas de Estados Unidos y Suecia bastará para mostrar cuán abiertas son realmente las leyes y *prácticas* suecas.

En 1973 el aborto fue legalizado en todo el territorio de Estados Unidos por decisión de la Suprema Corte. Pero aunque a partir de esto los servicios pronto estuvieron disponibles, la decisión de interrumpir un embarazo se convirtió básicamente en un asunto de orden médico que quedaba en manos del galeno.⁴⁶ Casi a la mitad de los años cincuenta los Estados Unidos prohibieron el aborto, salvo cuando fuera necesario para proteger la vida o la salud de la madre. Sin embargo, en el caso de 1992, “Paternidad Planificada vs. Casey”, la decisión del tribunal se basó en que el aborto “es, antes que nada, un derecho de la mujer, y no se hizo siquiera mención de los médicos”.⁴⁷

No obstante, en el año 1978 el otorgamiento de fondos federales se restringió a aquellos abortos que tuvieran una justificación estrictamente médi-

⁴⁴ Socialstyrelsen, 1994, p. 11.

⁴⁵ La aprobación en Suecia de la píldora RU 486 puede también interpretarse como un intento de facilitar el proceso. Sin embargo, esta píldora sólo se utilizó en alrededor de 5% de los abortos que se practicaron en Suecia en 1993 (*ibid.*, p. 14). Hasta principios de 1997 sólo tres países europeos habían legalizado la RU 486: Francia, Gran Bretaña y Suecia.

⁴⁶ Tietze, Forrest y Henshaw, 1988.

⁴⁷ Stetson, 1994, p. 149.

ca, lo que representaba cerca de 1% de todos los casos.⁴⁸ En los Estados Unidos las unidades médicas en las que es posible practicar un aborto están sumamente centralizadas: entre los años 1973 y 1985 cuando menos 95% de todos los abortos se efectuaron en las áreas metropolitanas. También es conocida la grave escasez de servicios con los que cuentan las mujeres que desean abortar. Por ello puede afirmarse que en los Estados Unidos “los derechos reproductivos de la mujer dependen de su nivel educativo, social y financiero, así como de la voluntad de los médicos para brindarles los servicios”.⁴⁹ Como ha expresado Stetson con acierto, dado que es muy débil el compromiso del gobierno para hacer que los servicios médicos necesarios para efectuar un aborto sean fácilmente accesibles, y dado que algunos sectores de la administración pública han apoyado las demandas del movimiento “provida” para que se restrinja dicha ayuda, el concepto de “derecho” a abortar en los Estados Unidos significa, en la práctica, la no intervención del gobierno.⁵⁰

Por el contrario, la legislación sueca, que “toma en cuenta a la mujer”, además de no imponer grandes obstáculos a aquellas que quieren abortar, les ofrece apoyo social mayor. De acuerdo con Ketting y van Praag, aunque en Escandinavia los abortos están restringidos a los hospitales, son éstos los únicos países en los que casi no se presentan rechazos u otras dificultades y los servicios son fácilmente accesibles, lo que muestra una actitud generalizada de aceptación del aborto.⁵¹

De hecho, las políticas acerca del aborto en los Estados Unidos y Suecia coinciden en gran medida con la tipología que elaboró Esping-Andersen,⁵² basada en el impacto bidimensional de los derechos sociales del Estado de bienestar. Las dos dimensiones que identifica son la desmercantilización (*decommodification*) de los productos del mercado (principalmente, la mano de obra) y la estratificación social (el ingreso). Sin embargo, de acuerdo con Sheila Shaver,⁵³ el *derecho social* al aborto puede verse también como bidimensional, aunque su importancia no es tan evidente como las variables calcu-

⁴⁸ Tietze *et al.*, *op. cit.*, p. 476.

⁴⁹ Stetson, *op. cit.*, p. 152.

⁵⁰ En lo que se refiere al tema del aborto, Austria parece ser muy similar a los Estados Unidos. Ambos países tienen leyes muy liberales, pero también carecen completamente de iniciativas de gobierno que garanticen que los servicios estarán efectivamente a disposición de la mujer. Además, las unidades médicas en las que es posible llevar a cabo un aborto están muy centralizadas en los dos países. Ketting y Van Praag, *op. cit.*, p. 162.

⁵¹ *Ibid.*, p. 165.

⁵² Esping-Andersen, 1990.

⁵³ Shaver, 1994.

ladas por Esping-Andersen, ya que el derecho social al aborto sólo está indirectamente relacionado con el empleo y el ingreso.

En ambos países puede considerarse que el aborto es un “derecho del cuerpo”. Según Shaver, el “derecho del cuerpo” al aborto difiere de la “justificación médica” para abortar, debido a que el concepto de derecho que plantea la segunda se asemeja al derecho más general a recibir cuidados médicos, según lo determinen las autoridades médicas. Por el contrario, el “derecho del cuerpo” al aborto significa que la mujer tiene la facultad individual de decidir si habrá o no de interrumpir su embarazo. Este derecho no está relacionado con ningún tipo de necesidad médica y forma parte de la “personalidad jurídica de la mujer”.⁵⁴ Por lo tanto, el aborto, como derecho personal, debería estar legalmente garantizado y protegido de la injerencia del Estado.

Aunque en la actualidad tanto en los Estados Unidos como en Suecia los abortos se consideran formalmente un “derecho del cuerpo”, la función del Estado en ambos países es diferente. Así, es importante recordar que las principales características del Estado de bienestar “liberal”, del cual los Estados Unidos son un ejemplo arquetípico, así como las del tipo de régimen “socialdemócrata”, del que Suecia es el ejemplo más paradigmático, según la definición de Esping-Andersen.

En el Estado de bienestar “liberal” prevalece la asistencia con base en los recursos, es decir, que las prestaciones se destinan a una clientela de bajos ingresos y suelen estar asociadas con un estigma. El Estado fomenta el mercado, de manera activa y/o pasiva, para la prestación de los servicios. Tal régimen minimiza los efectos de desmercantilización, con lo que restringe el ámbito de los derechos sociales.

Cuando se legalizó el aborto en los Estados Unidos, en el año 1973, se trató básicamente de una “justificación médica”, en el sentido antes mencionado. Pero también era un “derecho social” de acuerdo con los preceptos del Estado de bienestar “liberal”, pues antes de que se aplicaran plenamente las restricciones a los fondos federales para el aborto, las mujeres de bajos ingresos podían interrumpir su embarazo con el “programa Medicaid”.⁵⁵ A partir del año 1978 dichos fondos se restringieron a los abortos necesarios por prescripción médica, cambio que, como se dijo antes, implicó que el concepto de “derecho” al aborto en Estados Unidos llegara a significar en realidad la abstención de interferencia por parte del gobierno. Por lo tanto, es posible afirmar que aun cuando el aborto llegaría a considerarse más adelante un “derecho del cuerpo”, en el sentido de que se rechaza la autoridad de los

⁵⁴ *Ibid.*, p. 72.

⁵⁵ Tietze, Forrest y Henshaw, *op. cit.*, p. 476.

médicos para decidir a ese respecto, el ámbito del aborto en tanto derecho *social* disminuyó y el aborto asumió su lugar como otra mercancía legítima más en el Estado de bienestar “liberal”.⁵⁶

Desde que en Suecia terminaron los abortos clandestinos con la aprobación del aborto a petición, el fin del embarazo dejó de ser una mercancía. Es obvio que esa desmercantilización del aborto forma parte de la desmercantilización más generalizada de los servicios de salud en el país. En términos generales puede afirmarse que la gratuidad en la práctica del aborto “hace que la ciudadana pueda ser más independiente de la economía de mercado de lo que sería en otras circunstancias. Sin embargo, el control sobre su capacidad reproductiva también afecta la posibilidad de que la mujer funcione fuera de la dependencia económica del matrimonio o limite su dependencia de él”.⁵⁷ Por ello, Shaver ha señalado que el impacto del derecho social al aborto puede considerarse como bidimensional, ya que ese derecho social muy probablemente tendrá efectos en el empleo y los ingresos de la mujer.

Como lo muestra esa misma autora, cuando el aborto es legal, es poco probable que el derecho *social* a su gratuidad, como en Suecia, tenga un efecto considerable e independiente en la estratificación social. Por el contrario, si el aborto constituye esencialmente un derecho civil, como en los Estados Unidos, es previsible que se propicien desventajas más generalizadas en el mercado.⁵⁸

Como era de esperarse en un Estado de bienestar “socialdemócrata” arquetípico, los servicios de aborto gratuitos que proporcionaban los hospitales públicos suecos a todas las ciudadanas sacaron a los médicos privados del negocio. Además, esa política incrementó la capacidad de la mujer de ser independiente. Para que este tipo de régimen pudiera reducir al mínimo la dependencia de los individuos al mercado, los vínculos familiares tradicionales también tenían que ser debilitados. Si se considera que el “derecho del cuerpo” al aborto puede estar ligado a la preferencia individual de una mujer de realizar un trabajo remunerado en lugar de tener un hijo, aparece otra característica del Estado de bienestar “socialdemócrata”; mientras que en el régimen de tipo “conservador” se desalienta a las mujeres a que ingresen en el mercado laboral, y en el régimen “liberal” los intereses sobre el género son opacados por los asuntos del mercado, uno de los principales rasgos del

⁵⁶ A finales de los años ochenta, aproximadamente 80% de los abortos practicados en los Estados Unidos se realizó en clínicas o en salas de operaciones privadas, y la mayoría de los servicios fue suministrada por los grandes proveedores, Tietze *et al.*, *op. cit.*

⁵⁷ Shaver, *op. cit.*, p. 72.

⁵⁸ *Idem.*

régimen “socialdemócrata”, según lo describe Esping-Andersen, es una fusión de bienestar y empleo para todas las personas, sin importar su sexo.

Al comparar la despenalización de las leyes acerca del aborto en cuatro estados de bienestar “liberales” (Australia, Gran Bretaña, Canadá y Estados Unidos), Shaver muestra que el aborto ha sido un tema mucho más politizado en los países que sostienen el “derecho del cuerpo” que en aquellos en los que prevalece la “justificación médica”,⁵⁹ ya que en estos últimos el tema del aborto estaba en cierto sentido “protegido” por la autonomía profesional que decían tener las autoridades médicas. Ya se mencionó aquí que este proceso consiste básicamente en la transferencia de la responsabilidad. Sin embargo en Suecia, con la defensa singular y explícita que se hace de los derechos de la mujer a decidir por ella misma (el “derecho del cuerpo”), los debates acerca de las políticas en materia de aborto no han sido tan problemáticos ni han causado tantas divisiones. En la siguiente sección se explica el porqué de la singularidad de Suecia.

¿Fue la legalización del aborto un tema exento de controversias en Suecia?

Como se expuso en la introducción, el hecho de que el tema del aborto haya suscitado pocas discusiones en Suecia es el resultado de ciertos factores derivados del proceso de formulación de algunas políticas en ese país, de la relativa “debilidad” de los grupos sociales que en otras partes del mundo mantienen muy activos a los movimientos “provida”, y de la naturaleza de los programas de planificación familiar suecos, basados en dos conceptos básicos: la paternidad voluntaria y la ciudadanía social.

Debe considerarse en primer lugar el proceso sueco de formulación de políticas. Analizar la forma en que las diversas demandas y presiones se enfrentaron desde los años treinta en el interior de las comisiones designadas para analizar el tema del aborto está fuera del alcance de este trabajo. Tampoco se analiza ampliamente el proceso de comentario tradicional por el cual se espera que todas las autoridades y organizaciones administrativas que se consideran relacionadas con una propuesta planteada por una comisión de investigación expresen su opinión y hagan sugerencias.⁶⁰ La intención de este trabajo es destacar la forma como en Suecia se estructuran los procedimientos de formulación de políticas para canalizar y resolver los desacuerdos.

⁵⁹ *Ibid.*, p. 80.

⁶⁰ Este análisis puede encontrarse en Swärd, 1984.

En primer lugar cabe señalar que la aprobación y gratuidad del aborto a petición no fue nunca un tema acerca del que hubiera consenso en Suecia. Sin embargo, el informe final que presentó la comisión de 1965, en el que proponía la legalización del aborto a petición, recibió una evaluación positiva por parte de la mayoría de las instituciones a las que se les proporcionó para que lo comentaran, y el Departamento de Justicia redactó la nueva legislación con base en esas recomendaciones.

Tradicionalmente, el sistema político sueco es poco conflictivo y “cuenta con una maquinaria para la resolución de conflictos sumamente efectiva. Se considera que el estilo predominante de formulación de políticas es la concertación y deliberación, y el nivel de acuerdos entre las élites es elevado”.⁶¹ Asimismo, para entender la relativa sencillez del proceso de formulación de políticas en Suecia es preciso tomar en cuenta la estructura del sistema de partidos, el predominio de la democracia social y el atractivo que ésta ejerce en todas las clases sociales.

En lo que se refiere al progreso de las reformas en Suecia y a la expansión del Estado de bienestar, probablemente son las comisiones de investigación el mecanismo más importante que se utiliza para crear consenso y reducir la oposición.⁶² Nótese sin embargo que “es el gobierno quien designa y controla a las comisiones *ad hoc* de investigación. Por lo tanto, todo trabajo que lleven a cabo estas comisiones no es libre sino que podría considerarse como una extensión funcional del Tribunal de Justicia [*Chancery*]”.⁶³ Aun cuando el presupuesto reducido y limitado de los ministerios y la naturaleza descentralizada del sistema administrativo hacen que, según Elder *et al.*, el recurso a este tipo de comisiones sea esencial para estructurar la mayoría de los proyectos legislativos, se debe recordar que dicho mecanismo también desempeña otra función: el hecho de recurrir habitualmente a expertos mantiene viva la tradición sueca de ingeniería social, dándole un aura de respetabilidad que, aunque no se le menciona, contribuye a la legitimación de la propuesta.

⁶¹ Elder, Thomas y Arter, 1988, p. 182.

⁶² Sin embargo, las comisiones *ad hoc* no son un fenómeno reciente en Suecia, pues precedieron al establecimiento de la democracia política plena que ocurrió en los años veinte. Tampoco son un fenómeno inusual. Durante los años cincuenta y sesenta, por ejemplo, “el número promedio de comisiones que se designaban cada año era de 75, lo que implicaba que cerca de 300 estuvieran en funciones en cualquier momento del año” (Premfors, 1983, p. 624). La cifra aumentó a mediados de los años setenta, luego de que el gobierno socialdemócrata perdió su mayoría en el Parlamento, en 1973. El papel central que desempeñaron estas comisiones se hace evidente de inmediato cuando se observa, por ejemplo, que a finales de los años sesenta y principios de los setenta, “más de dos quintas partes de *todas* las leyes en Suecia [...] se basaban en las propuestas de las comisiones” (*ibid.*, p. 626).

⁶³ Larsson, 1995, p. 81.

Sin embargo, en su análisis del papel que desempeña la investigación social en las comisiones gubernamentales suecas, Rune Premfors utilizó un estudio de caso (las comisiones investigaban el tema de la educación superior) para ilustrar los rasgos característicos de la relación entre el proceso de formulación de políticas y la investigación social. Quizá su conclusión más importante sea el desmitificar la idea generalizada de que las comisiones suecas son, esencialmente, instrumentos objetivos de investigación. Se demostró que es erróneo pensar que la investigación social puede substituir a la política en el politizado trabajo de las comisiones. La información resultante de la investigación “por lo general se utiliza como arsenal político”.⁶⁴

El gobierno puede optar por designar una comisión de uno o varios miembros. Durante la época del parlamentarismo minoritario, en los años veinte, era común que las comisiones que tenían múltiples miembros incluyeran opositores, y cuando el Partido Socialdemócrata se volvió hegemónico la tradición se mantuvo.⁶⁵ Las comisiones con múltiples miembros tienen responsabilidad colectiva por la investigación y las propuestas resultantes. Aunque el trabajo de las comisiones no siempre dé por resultado el consenso, sí existe una forma efectiva de mantener la conformidad al tiempo que se permite cierto grado de disenso: “cualquier miembro de una comisión de investigación que no esté de acuerdo con las conclusiones de la mayoría puede [...] someter por escrito su inconformidad”.⁶⁶ Las comisiones suelen publicar largos informes, de cientos de páginas. Dado que no debaten en público, las presiones partidistas son generalmente escasas. Según Premfors, “la comisión *ad hoc* brinda al gobierno la posibilidad de cooptar y por ende, hasta cierto punto, desarmar a la posible oposición política”.⁶⁷

En el proceso del comentario todas las autoridades administrativas están obligadas a hacer sus críticas por escrito, pero las otras organizaciones consultadas pueden optar por no dar una respuesta. De hecho, cualquier individuo interesado en el tema es libre de enviar su opinión. El gobierno reúne estos comentarios y en la mayoría de los casos, tras el proceso de comentario, elabora un proyecto de ley y lo envía al Parlamento.

La mayoría de los analistas consideran que el proceso de toma de decisiones sueco se caracteriza por la apertura (ya que se consulta a todas las partes interesadas antes de decidir), por la búsqueda de consenso, por su

⁶⁴ Premfors, *op. cit.*, p. 641.

⁶⁵ Desde principios del siglo la proporción de miembros del Parlamento en las comisiones ha variado entre 20 y 30 por ciento. A partir de los años treinta cerca de 20% de los miembros de las comisiones han representado a diversos grupos de interés. *Ibid.*, p. 625.

⁶⁶ Larsson, *op. cit.*, p. 79.

⁶⁷ Premfors, *op. cit.*, p. 628.

racionalidad (pues casi todas las decisiones políticas importantes son precedidas por mucho trabajo de investigación) y por su naturaleza notablemente deliberativa.⁶⁸

Aunque la Juventud Liberal y Radical de Suecia y la Juventud Socialdemócrata fueron los primeros grupos que se declararon públicamente a favor del aborto a petición (en el año 1963), el asunto provocó acaloradas discusiones después de 1965, cuando un grupo de mujeres suecas fueron acusadas de haber viajado a Polonia para que les practicaran el aborto, lo que obligó al ministro de Justicia a designar una comisión que debía proponer una nueva legislación en la materia. Cabe mencionar, sin embargo, que esa comisión fue instruida para que despenalizara la ley existente e incluyera algún tipo de referencia al aborto a petición.⁶⁹ La comisión nombrada en 1965 presentó su informe final seis años más tarde, en 1971. Sin embargo, como lo muestran claramente la gráfica 1 y el cuadro 1, el número de abortos ilegales practicados en Suecia disminuyó notablemente durante el año 1963. Mientras que la comisión recababa datos, atendía las quejas y disipaba la oposición, “la actitud de la gente hacia el aborto y la planeación familiar experimentó una notable transformación”.⁷⁰

No obstante si se atiende de cerca la etapa final de este proceso de elaboración de leyes se encuentran pocas divisiones tajantes. Como se dijo anteriormente, el proyecto de ley que se sometió al Parlamento en 1974, después del procedimiento tradicional de comentario, y que proponía el aborto a petición, fue aprobado por la mayoría (cerca de dos terceras partes) del *Riksdag*.

Swärd demostró que los socialdemócratas, los comunistas y algunos miembros de los partidos Central y Liberal dieron los votos favorables,⁷¹ mientras que los votos en contra del proyecto fueron de las alas conservadora y cristiana de dichos partidos.

Si bien la principal oposición al proyecto de ley provino de las organizaciones cristianas, de dentro y fuera del *Riksdag* (el Parlamento) y del Partido Conservador, también debe mencionarse que los grupos cristianos de los partidos Socialdemócrata y Liberal no votaron de acuerdo con las instrucciones oficiales de los mismos.

⁶⁸ Véase, por ejemplo, Anton, 1969; Elder, Thomas y Arter, *op. cit.*; Hecló y Madsen, 1987; Larsson, *op. cit.*; y Premfors, *op. cit.*

⁶⁹ Swärd, 1984. Las instrucciones dadas por el ministro eran, en realidad, un eufemismo: “En mi opinión, ahora es el momento oportuno para examinar si debe darse una mayor despenalización. Con ello me refiero a una reforma por la cual la opinión de la mujer respecto al aborto sea más tomada en cuenta” (citado en Liljeström, *op. cit.*, p. 89).

⁷⁰ Sundström-Feigenberg, *op. cit.*, p. 442.

⁷¹ Swärd, *op. cit.*

Aunque el nombramiento de la comisión de 1965 institucionalizó la mediación de la oposición para despenalizar la legislación en Suecia, se decía que en los “primeros años no hubo una oposición sustancial a las nuevas leyes del aborto y parecía que el aborto a petición era más o menos aceptado por la institución médica y la gente en general”.⁷² Sin embargo, la oposición aumentó a finales de los años setenta, como también ocurrió en otros países occidentales, y los grupos se organizaron para luchar contra la ley de 1975. En 1979 algunos líderes políticos iniciaron una campaña para que se regresara a una legislación más estricta. Aun cuando se ha considerado que esa resistencia fue “relativamente débil”,⁷³ la coalición no socialista que gobernaba el país nombró en 1980 un comité parlamentario para que evaluara la instrumentación de la ley de 1975 y las consecuencias que había ocasionado hasta entonces.

No obstante, las instrucciones que se dieron al comité determinaron que el principio establecido del aborto como un derecho de la mujer y los lazos previamente definidos no fueran cuestionados. Por lo tanto, mientras que la comisión anterior fue designada para modificar la legislación, al comité de 1980 se le encargó investigar y preservar. “Las instrucciones eran examinar los efectos de la ley y las medidas preventivas que se habían tomado con relación a ellos. En particular, el comité debía analizar lo que la ley había significado para las mujeres, sus parejas y el personal de salud, además de describir la frecuencia de abortos, la organización y calidad de los servicios médicos para el aborto y las medidas que se estaban y están tomando para evitarlo.”⁷⁴

El informe final del comité no se publicó sino hasta el año 1983 y en las conclusiones se hacía referencia a mejoras concretas en lo relativo a la mujer y al personal de salud. Se demostró que, contrariamente a lo que esperaban los detractores de la ley de 1975, las tasas de aborto no habían aumentado.⁷⁵ Más aún, el número de abortos entre las adolescentes disminuyó de manera constante. Cuando la ley entró en vigor se consideraba que el aborto entre adolescentes era un problema muy grave en Suecia, pues casi treinta jóvenes de cada mil había tenido un aborto inducido. La cifra disminuyó hasta alcanzar su nivel más bajo entre 1983 y 1985, cuando cerca de 18 de cada mil

⁷² Sundström-Feigenberg, *op. cit.*, p. 453.

⁷³ *Idem.*

⁷⁴ *Ibid.*, p. 453.

⁷⁵ Cabe señalar que en Gran Bretaña, Australia y Estados Unidos, por ejemplo, las tasas de aborto aumentaron abruptamente después de la legalización de esta práctica. Sin embargo se estima que tal incremento en Estados Unidos se debió sobre todo a la sustitución de los abortos ilegales por legales. Shaver, *op. cit.*, p. 82.

adolescentes tuvieron un aborto. Eso significó una reducción de 40% desde 1975 y sin duda las iniciativas de educación y difusión de información fueron responsables de ese descenso.⁷⁶ De hecho, a mediados de los años ochenta Suecia podía presumir de tener la tasa más baja en la historia de embarazos de adolescentes.⁷⁷

El comité también expuso que no había evidencia alguna de que el aborto se hubiera convertido en un sustituto de los anticonceptivos; que los trámites para la autorización de un aborto se habían simplificado; que la tendencia hacia abortos más tempranos era física y psicológicamente ventajosa para las mujeres, y que los servicios para la anticoncepción se habían ampliado mucho. Asimismo, sostuvo que si se mantenían las acciones educativas podría esperarse una reducción en las tasas de aborto. Aunque éstas no disminuyeran después de esto, al parecer “la evaluación de la ley sobre el aborto y la amplia documentación que presentó el comité sobre los avances favorables desde 1975 han sido muy importantes para rebatir con hechos a quienes se oponen al aborto”.⁷⁸ Conviene aquí recordar que las repercusiones políticas del informe del comité pueden considerarse efectivas, independientemente de las dudas que pudieran existir respecto a la naturaleza “objetiva y científica” de la labor que realizaron esas instancias de investigación.

En varios países la reacción en contra de la transformación del tema del aborto en un “derecho del cuerpo” ha provenido de las organizaciones religiosas y de grupos de conservadores preocupados por el cambio en la función de la mujer y el supuesto debilitamiento de la familia, así como de las propias mujeres. Respecto a la participación de las mujeres en la aprobación de la ley del aborto de 1975, los analistas no parecen haber llegado a un acuerdo. Stefan Swärd, por ejemplo, sostiene que no fueron las organizaciones de mujeres suecas las que impulsaron el tema del aborto, sino que por el contrario, en los años sesenta eran pasivas y adoptaron una estrategia de mucha cautela. La primera organización de mujeres vinculada a un partido que estaba representado en el Parlamento y que se declaró a favor del aborto a petición, fue la Organización de Mujeres Socialdemócratas, haciendo esto en el año 1970, es decir, cinco años después del nombramiento de la Comisión del Aborto.⁷⁹ A partir de esto las demás fracciones de mujeres de los partidos políticos, salvo de los conservadores, apoyaron el aborto a petición.

⁷⁶ Barnombudsmannen, 1995, p. 70.

⁷⁷ Jones *et al.*, 1985, citado en Hoem y Hoem, 1988.

⁷⁸ Sundström-Feigenberg, *op. cit.*, p. 454.

⁷⁹ Swärd, *op. cit.*

De acuerdo con Joyce Gelb, no todo el mundo consideró que la Ley sobre el Aborto de Suecia fuera un asunto de mujeres. El debate suscitado se centró más bien en los costos sociales y económicos de los hijos no deseados.⁸⁰ Sin embargo, tal afirmación subestima el principio planteado por la legislación del aborto de Suecia, que explícitamente lo declaraba un derecho de la mujer. Aunque el movimiento de mujeres suecas ha sido criticado por su falta de autonomía, también se ha alabado el avance general de los derechos de la mujer en los países nórdicos. Por lo general, se considera que el llamado “feminismo de Estado” escandinavo es resultado de la interrelación entre los partidos que lograron cooptar a las mujeres e incorporar algunos de sus intereses e inquietudes, en un contexto de éxito relativo en la búsqueda de la igualdad.⁸¹ Más aún, varios analistas han demostrado que los movimientos feministas y de liberación de la mujer suelen considerarse confrontativos y/o incluso “antisuecos”.

Maud Eduards argumentó que las conclusiones de Swärd acerca de la pasividad del movimiento de mujeres en la lucha por la “ley para la libertad de abortar” deben ser cuestionadas cuando menos por dos razones.⁸² La primera es que las organizaciones de mujeres de los partidos Socialdemócrata, Liberal y Central fueron, de hecho, más radicales que los propios partidos, aunque no había consenso entre las fracciones de mujeres. Antes de que el “asunto Polonia” obligara al gobierno a nombrar la comisión de 1965, la organización de mujeres del Partido Socialdemócrata ya había decidido, en su congreso del año 1964, que debía pedirse ante el Congreso del partido que se nombrara una comisión gubernamental que tratara lo relativo a dicha materia. Por lo tanto, antes de que el tema del aborto ocupara las primeras planas a raíz de la acusación contra las mujeres que viajaron a Polonia para abortar, en el Ministerio de Justicia ya habían empezado los preparativos para crear dicha comisión. Más aún, el papel desempeñado por las organizaciones de mujeres ajenas a los partidos políticos fue subestimado, pues es un

⁸⁰ Gelb, 1989, p. 169. Maud Eduards no comparte esta opinión, pues ella considera que “los argumentos a favor de la libertad de abortar [...] se basaban esencialmente en el derecho de la mujer a decidir sobre su propia reproducción y en la confianza en su capacidad para tomar decisiones responsables”. Eduards, 1991, p. 689.

⁸¹ No obstante, las académicas feministas escandinavas suelen ser mucho más críticas de la forma como las mujeres han sido incorporadas y sus intereses atendidos, pues de acuerdo con su argumentación los elementos centrales en la construcción de la ciudadanía de la mujer en esos países han sido el trabajo y bienestar, pero no se les ha otorgado poder de decisión. Véase, por ejemplo, Elman, 1995; Hernes, 1987; Leira, 1993; Lewis y Aström, 1992; Meyer, 1993; y Slim, 1994.

⁸² Eduards, *op. cit.*

hecho que cuando se puso a votación en el *Riksdag* el proyecto de ley, a petición del Partido Socialdemócrata, fueron más las mujeres que los hombres que votaron por la “ley para libertad de abortar” (75% de mujeres y 65% de hombres).

La segunda razón por la que, según Eduards, debe rechazarse la “tesis de la pasividad” es que más allá de los tintes ideológicos del tema del aborto en Suecia, “el motivo más poderoso para la reforma legal fueron tal vez los cambios en la práctica que ocurrieron durante los años sesenta”.⁸³ Eso equivale a decir que las prácticas de las mujeres fuera del sistema político formal influyeron en el proceso de formulación de las políticas y que los viajes a Polonia debían considerarse como una especie de acción colectiva sumamente efectiva.

No obstante, en lo que se refiere a la idea generalizada de que la legislación acerca del aborto es un tema relativamente exento de controversias en Suecia, sería interesante mencionar no sólo la forma como las demandas a favor del aborto fueron cooptadas e institucionalizadas, sino también la divergencia en los puntos de vista que han sido atendidos, neutralizados y matizados, como parece haber sido el caso cuando se designó el Comité en materia Aborto del año 1980. Asimismo, se ha observado que el efecto de los movimientos promocionales, autónomos y/o monotemáticos (como los de “provida”, en otras partes del mundo) disminuye en gran medida debido a la primacía del partido de gobierno, por la continuidad del poder, y por el peso del corporativismo en Suecia.⁸⁴

Actualmente en Suecia el Partido Demócrata Cristiano (KDS) es el grupo más interesado en promover que la ley del aborto se haga más estricta. El KDS ha exigido que se reduzca el plazo límite para el aborto a petición y la obligatoriedad de los servicios de orientación.⁸⁵ Sin embargo, los registros electorales del KDS son un indicativo de la escasa popularidad de su programa. Fundado en el año 1964, hasta 1982 el partido pudo superar 1.5% de los votos, y no fue sino hasta las “estremecedoras elecciones” de 1991 cuando consiguió entrar en el *Riksdag*, habiendo conservado su representación parlamentaria en las elecciones de 1994. De hecho, una investigación acerca de actitudes que se realizó en Suecia en 1994 y que examinó una muestra representativa de la población (entre 18 y 74 años), mostró la respuesta a la siguiente afirmación: “Debe darse autorización legal a toda mujer que quiera abortar, cualesquiera que sean sus razones, si decide no tener a su hijo.” El

⁸³ *Ibid.*, p. 689.

⁸⁴ Gelb, *op. cit.*

⁸⁵ Nilsson, 1993.

resultado fue: “totalmente de acuerdo” (35.9%); “de acuerdo” (37.9%); “ni de acuerdo ni en desacuerdo” (10.7%); “en desacuerdo” (5.0%); “totalmente en desacuerdo” (4.6%); “no sabe” (5.0%).⁸⁶

Según Borchorst, después de que el aborto fue plenamente legalizado en los países escandinavos en los años setenta, actualmente es muy poca la controversia que existe en torno al derecho de la mujer a interrumpir su embarazo en Dinamarca y Suecia, mientras que en Noruega, en donde “la religión parece desempeñar un papel más importante, el aborto sigue siendo un tema muy controvertido”.⁸⁷

Examinar la influencia de la Iglesia en la sociedad y en la política suecas sin duda llevaría más allá de los objetivos de esta parte final, que sólo sugiere algunas razones por las cuales el tema del aborto ha estado exento de controversias en Suecia. Es claro que el aborto a petición nunca ha sido un derecho *consensual*. Sin embargo, la “excepcionalidad” sueca también se explica debido a la tendencia que tiene el país a institucionalizar las demandas y a transformar las estrategias “de emergencia” y “de voces” en “lealtad” a las tradiciones de formulación de políticas y a los canales habituales de representación/participación.⁸⁸

También es cierto, como lo demostró la encuesta antes mencionada, que la gran mayoría de la población sueca aprueba el aborto a petición.⁸⁹ Esa aprobación generalizada tal vez pueda explicarse debido a que los programas de planificación familiar están muy arraigados en la experiencia de las políticas familiares del país. Es importante recordar que dos de los principales conceptos que han orientado el desarrollo de las políticas familiares en Suecia desde los años treinta son la paternidad voluntaria y la ciudadanía social. Ambos principios han subrayado de manera creciente la autodeterminación, la independencia del mercado y de los vínculos familiares tradicionales y, principalmente desde los años sesenta, la igualdad de género y el derecho de la mujer a elegir entre trabajo y maternidad, o bien a hacerlos compatibles.⁹⁰

⁸⁶ Edlund, Sundström y Svallfors, 1994.

⁸⁷ Borchorst, 1994, p. 36.

⁸⁸ Puede considerarse que los términos “de emergencia”, “de voces” y “lealtad” ya forman parte de la terminología de las ciencias sociales y que no es necesario recordar la obra clásica de Hirschman, 1973.

⁸⁹ El “Estudio de los valores europeos” también mostró que, en lo que refiere al aborto, Suecia es uno de los pueblos más tolerantes de Europa. Véase Ester, Halman y de Moor, 1994, pp. 115-117.

⁹⁰ Kristin Luker demostró que en Estados Unidos el acalorado debate en torno al aborto expresa no solamente la preocupación por la “santidad de la vida” o por los derechos del feto, sino también por la estructura de la familia y el papel social de la mujer. Dado que en Suecia la

En este trabajo se han demostrado algunas de las razones por las que el aborto a petición pudo introducirse en Suecia sin suscitar controversias, pero también valdría la pena referir las dificultades que plantean las nuevas tecnologías de reproducción para la consolidación y expansión de los “derechos del cuerpo” en ese país. Se ha reconocido que el desarrollo de tecnologías de reproducción con asistencia médica y de nuevas técnicas de fertilización está creando nuevas barreras a la privatización de la procreación. Temas tales como las madres suplentes, la inseminación artificial con donante, la autoinseminación, la inseminación *post-mortem* y la posibilidad de abortar después de conocer el sexo del bebé, han hecho que la reproducción se vuelva un tema bastante polémico en todo el mundo.⁹¹ Aún es difícil predecir los posibles resultados de este debate. Sin embargo, Jacqueline Costa-Lascoux concluyó su artículo acerca de la “reproducción y bioética” de la siguiente manera: “La multiplicidad de posibilidades para la procreación y los muchos papeles que puede desempeñar la mujer en la transformación de la vida son prueba de que el orden patriarcal está acabado y que ha llegado la hora de reflexionar de nuevo sobre lo que nuestros valores realmente son”.⁹²

Sin duda el debate acerca de la bioética ocupará un lugar central en el futuro. La incredulidad mundial que provocó la presentación de Dolly, la oveja clonada, es prueba de ello. No obstante, Costa-Lascoux quizá se apresuró al declarar el fin del orden patriarcal, dado que es posible que las preguntas que suscitan las nuevas tecnologías de reproducción puedan ser utilizadas como argumentos no sólo por aquellos que están temerosos de los nuevos experimentos eugenésicos, sino también por quienes desean limitar la privatización de la procreación humana, y la “víctima” podría ser el derecho de la mujer a decidir por ella misma si habrá o no de tener a su hijo.

La posibilidad de que las nuevas tecnologías de reproducción provoquen desórdenes queda bien ilustrada con el así llamado “caso Haparanda”.⁹³ En la primera mitad de los años ochenta la inseminación con donante (ID) se volvió un tema polémico en Suecia a raíz de que en 1981 un tribunal declaró “huérfano de padre” a un niño concebido por ese método, ya que el padre

igualdad de géneros parece ser una meta colectiva que se persigue con mucha seriedad, los combatientes de “provida” carecen de una buena consigna.

⁹¹ Nótese que antes la tecnología fue en gran medida la responsable de que la condición de embrión se transformara en un importante tema público, dado que logró que los abortos fueran mucho más seguros y que la mujer supiera de su embarazo desde el principio. Luker, 1984.

⁹² Costa-Lascoux, 1994, p. 586.

⁹³ Véase al respecto Petra Liljestrand, 1995.

social negaba su paternidad, pues la inseminación se había realizado sin su aprobación. En 1984, se promulgó una ley para regular la ID.

A fin de proteger [los intereses del niño] se debatieron acaloradamente tres asuntos: 1) examen psicosocial obligatorio de los posibles donantes para la inseminación, 2) inscripción de la inseminación en el Registro Nacional de Población, y 3) derecho del niño de conocer la identidad del donante. Aunque las propuestas del examen psicosocial y la inscripción causaron demasiadas controversias para ser aprobadas, la ley incluyó la cláusula de que el niño tiene el derecho de conocer la identidad del donante. Igualmente notable, aunque menos polémico en el debate sueco, es el hecho de que la legislación aprobada también prohíbe que las lesbianas y las mujeres solteras puedan recurrir a la ID.⁹⁴

Sin embargo, la legislación sueca de 1984 acerca de ID no obliga a que los padres digan a su hijo la forma como fue concebido, lo que hace que el derecho del niño a conocer la identidad del donante dependa de que los padres quieran revelarla. Esta ley también estipula penalizaciones a quien realice una ID de manera ilegal, repetida o por lucro. Según Liljestrand, esa “peculiaridad” de la ley de ID y el hecho de que se prohibiera a las lesbianas y mujeres solteras el recurso a ella —lo que contradice la tradición sueca de aplicar políticas sociales igualitarias—, sugiere que las principales funciones de la legislación eran gestos simbólicos para la “afirmación y moralidad públicas”. Por lo tanto, las recientes biotecnologías de reproducción plantean nuevos retos, y si el debilitamiento del orden patriarcal es un resultado probable, también lo es la aparición de nuevas formas de control social sobre la reproducción.

Recibido y revisado: Octubre, 1998

Correspondencia: Rua Roquete Mendonça 420 ap. 102/Belo Horizonte 31.275-030, Brasil/Fax: 00 55 31 319 49 66/e-mail:carlosf@pucminas.br

Bibliografía

Anton, T. J. (1969), “Policy-Making and Political Culture in Sweden”, *Scandinavian Political Studies*, vol. 4, pp. 88-102.

⁹⁴ Acerca de la “heterosexualidad institucionalizada” en Suecia, véase Holmberg (1993), quien muestra la forma como el Estado de bienestar “establece la heterosexualidad como norma de la vida correcta”.

- Barnombudsmannen (1995), *Upp till 18. Fakta om Barn och Ungdom*, Stockholm, SCB/Barnombudsmannen.
- Borchorst, Anette (1994), "Welfare State Regimes, Women's Interests and the Ec", en Sainsbury, D. (ed.), *op. cit.*
- Costa-Lascoux, Jacqueline (1994), "Reproduction and Bioethics", en Thébaud, F. (ed.), *op. cit.*
- Edlund, J., E. Sundstrom y S. Svallfors (1994), *Attitudes Towards Family and Gender Roles – A Swedish Survey*, Umeå, Umeå University, Department of Sociology.
- Eduards, Maud L. (1991), "Toward a Third Way: Women's Politics and Welfare Policies in Sweden", *Social Research*, vol. 58, núm. 3, pp. 677-705.
- Elder, N., A. H. Thomas y D. Arter (1988), *The Consensual Democracies? The Government and Politics of the Scandinavian States*, Oxford, Basil Blackwell.
- Elman, R. Amy (1995), "The State's Equality for Women. Sweden's Equality Ombudsman", en D. Stetson y A. G. Mazur (eds.), *op. cit.*
- Enqvist, Per Olov (1984), "On the Art of Fying Backward with Dignity", *Daedalus*, Winter, pp. 61-74.
- Esping-Andersen, Gösta (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Pricenton, Priceton Universty Press.
- Ester, Peter, Loek Halman y Ruud de Moor (eds.) (1994), *The Individualizing Society. Value Change in Europe and North America*, Tilburg, Tilburg University Press.
- Gelb, Joyce (1989), *Feminism and Politics. A Comparative Study*, Berkeley, University of California Press.
- Gille, H. (1948a), "Recent Devolpments in Swedish Population Policy. Part I", *Population Studies*, vol. 2, núm. 1, pp. 3-70.
- Gille, H. (1948b), "Recent Devolpments in Swedish Population Policy. Part II" *Population Studies*, vol. 2, núm. 2, pp. 129-184.
- Githens, M. et al. (eds.) (1994), *Different Roles, Different Voices. Women and Politics in the United States and Europe*, Nueva York, Harper Collins.
- Heclo, Hugh y Henrik Madsen (1987), *Policy and Politics in Sweden. Principled Pragmatism*, Philadelphia, Temple University Press.
- Hernes, Helga Maria (1987), *Welfare State and Women Power. Essays in State Feminism*, Oslo, Norwegian Universty Press.
- Hirschman, Albert O. (1973), *Saída, Voz e Lealdade*, São Paulo, Perspectiva.
- Hoem, Britta y Jan M. Hoem (1988), "The Swedish Family. Aspects of Contemprary Devolpments", *Journal of Family Issues*, vol. 9, núm. 3, pp. 397-424.
- Holmberg, Carin (1993), "Välfädsstaten och den Obligatoriska Heterosexualiteten", *Sociologisk Forskning*, núm. 4, Årgång 30, pp. 56-67.
- Ketting, Evert y Philip van Praag (1986), "The Marginal Relevance of Legislation Relating to Induced Abortion", en J. Lovenduski y J. Outshoorn (eds.), *op. cit.*
- Kramarae, Cheris y Paula A. Treichler (1985), *A Feminist Dictionary*, Boston, Pandora Press.
- Kälvemark, Ann-Sofie (1980), *More Children of Better Quality? Aspects on Swedish Population Policy in the 1930's*, Estocolmo, Almqvis y Wiksell International.
- Larsson, Torbjörn (1995), *Governing Sweden*, Estocolmo, Statskonteret.

- Leira, Arnalug (1993), "The Woman-Friendly Welfare State? The Case of Norway and Sweden", en J. Lewis (ed.), *Women and Social policies in Europe Work, Family and the State*, Aldershot, Edward Elgar.
- Lewis, J. y G. Åström (1992), "Equality, Difference, and the State Welfare: Lavbor Market and Family Policies in Sweden", *Feminist Studies*, vol. 18, núm. 1.
- Liljestrand, Petra (1995), "Legitimate State and Illegitimate parents: Donor Insemination Politics in Sweden", *Social Politics*, vol. 2, núm. 3, pp. 270-304.
- Liljeström, Rita (1974), *A Study of Abortion in Sweden*, Estocolmo Royal Ministry for Foreign Affairs.
- Lovenduski, Joni y Joyce Outshoorn (1994), "The New Politics of Abortion", en M. Githens, et al. (eds.), *op. cit.*
- (eds.) (1986), *The New Politics of Abortion*, Londres, Sage.
- Luker, Kristin (1984), *Abortion and the Politics of Motherhood*, Berkeley, University of California Press.
- Meyer, Chris (1993), "Nordic State Feminism in the 1990s: Whose Ally?", en T. P. Boje y S. E. O. Hort (eds.), *Scandinavia in a New Europe*, Oslo, Scandinavian University Press.
- Myrdal, Alva (1939), "A Programme for Family Security in Sweden", *International Labour Review*, vol. 34, núm. 6, pp. 723-763.
- Nilsson, Agneta (1993), "Rätten till Fri Abort", en Kvinno Tribunalen, *Backlash i Sverige*, Estocolmo, Norstedts.
- Premfors, Rune (1983), "Governmental Commissions in Sweden". *American Behavioral Scientist*, vol. 39, núm. 5, pp. 633-642.
- Riphagen, F. E. (1989), "Contraception in Sweden", *Contraception*, vol. 39, núm. 6, pp. 633-642.
- Sainsbury, Diane (ed.) (1994), *Gendering Welfare State*, Londres, Sage.
- Shaver, Shelia (1994), "Body Rights, Social Rights and the Liberal Welfare State", *Critical Social Policy*, vol. 13, Issue 39, pp. 66-93.
- Sllm, Birte (1994), "Engendering Democracy: Social Citizenship and Political Participation for Women in Scandinavia", *Social Politics*, vol. 1, núm. 3, pp. 286-305.
- Socialstyrelsen (1994), *Aborter 1993*, Stockholm, Socialstyrelsen Statistik, Statistiska Medelanden.
- Stetson, Dorothy (1994), "Abortion Rights in Russia, the United States, and France", en M. Githens et al. (eds.), *op. cit.*
- Stetson, Dorothy y Amy G. Mazur (eds.) (1995), *Comparative State Feminism*, Londres, Sage.
- Sundström-Feigenberg, Kaysa (1988), "Sweden", en Paul, Schdev (ed.), *International Handbook on Abortion*, Nueva York, Greenwood Press.
- Svenska Institutet (1994). "Family Planning in Sweden". *Facts Sheets on Sweden*, Octubre 1994, FS 73 nVn. Stockholm, Svenska Institutet.
- (1993), "Family Planning in Sweden", *Facts Sheets on Sweden*, marzo, FS 73 Vn, Estocolmo, Svenska Institutet.
- Swärd, Stefan (1984), *Varför Sverige Fick Fri Abort. Ett Studim av en Policyprocess*, Estocolmo, Stockholm University, Stockholm Studies in Politics núm. 22, 199p.

- Thébaud, Françoise (ed.) (1994), *A History of Women in the West. vol. 5: Toward a Cultural Identity in the 20th Century*, Cambridge, Belknap Press/Harvard University Press.
- Tietze, C., J. D. Forrest y S. K. Henshaw (1988), "United States of America", en Paul Sachdev (ed.), *International Handbook on Abortion*, Nueva York, Greenwood Press.
- Trägårdh, Lars (1990), "Swedish Model or Swedish Culture", *Critical Review*, vol. 4, núm. 4, pp. 569-590.