

Hacia la justicia reproductiva en Puerto Rico: De la eugenesia al siglo XXI

Autora
Alice Colón Warren*

Cómo citar este artículo

Colón Warren, Alice (2023). Hacia la justicia reproductiva en Puerto Rico: De la eugenesia al siglo XXI, REV. IGAL, I (2), 7-24.

RESUMEN

El artículo presenta una síntesis de la historia del control de natalidad en Puerto Rico desde principios del siglo XX hasta los periodos más recientes. Se destacan en la discusión la situación colonial de la Isla y sus consecuencias en términos económicos y demográficos; la influencia estadounidense en la Isla de las visiones eugenésicas y neomalthusianas; así como las fluctuaciones en políticas federales con relación al control de natalidad; además de las transformaciones en el estatus y las visiones imperantes en cuanto a las mujeres, la maternidad y la regulación de la fecundidad, así como la ambivalencia e inconsistencia del gobierno de Puerto Rico en establecer una política integral de salud reproductiva a través del país, y las condiciones que restringen aún las decisiones reproductivas. Se hace referencia a legislación y decisiones judiciales pertinentes a través de esta trayectoria y a la necesidad de que el Derecho ofrezca las condiciones para el ejercicio de una plena libertad y justicia reproductiva.

PALABRAS CLAVE:

CONTROL DE NATALIDAD, DERECHOS REPRODUCTIVOS, PUERTO RICO.

ABSTRACT

The article presents a synthesis of the history of birth control in Puerto Rico since the beginning of the twentieth century to the most recent periods. The discussion highlights the colonial situation of Puerto Rico and its economic and demographic consequences; the North American influence on the eugenic and neomalthusian outlooks in the Island; and the federal government's fluctuations regarding birth control; as well as the changing status and visions regarding women, motherhood and fertility regulation; the ambivalence and inconsistency of the Puerto Rican government in establishing an integral policy of reproductive health throughout the country; and conditions still constraining reproductive decisions. It refers to pertinent legislation and judicial decisions throughout this history and to the need that the State offer the conditions for a broader reproductive justice and freedom.

KEYWORDS:

BIRTH CONTROL, REPRODUCTIVE RIGHTS, PUERTO RICO.

Puerto Rico cobró notoriedad como lugar en que se experimentaron métodos contraceptivos y donde se alcanzaron temprano los niveles más altos de esterilización femenina en el mundo. En las posturas más extremas, nuestra historia se ha interpretado tanto como ejemplo de éxito en el control de natalidad, como de coerción de las mujeres puertorriqueñas pobres-imposición genocida propiciada por nuestra situación colonial. Ciertamente es importante denunciar lo que hubo de abusos en estas prácticas. Sin embargo, más recientemente las analizamos como un proceso complejo en el cual pueden confluir intenciones diversas entre los proveedores, así como las respuestas e intereses de las mujeres pobres desde sus propias necesidades. Desde lo que hoy definimos como derechos reproductivos, reconocemos también que para las mujeres, se trata aún de opciones condicionadas y no de plena libertad reproductiva.

En este escrito presento una apretada síntesis de esa trayectoria a partir de los estudios realizados en torno a esta historia. Es una trayectoria en la que inciden la situación colonial de la Isla y sus consecuencias en términos económicos y demográficos; la influencia estadounidense en la Isla de las visiones eugenésicas y neomaltusianas; así como las fluctuaciones en políticas federales con relación al control de natalidad. Inciden, además, las transformaciones en las visiones imperantes en cuanto a las mujeres, la maternidad y la regulación de la fecundidad, así como la ambivalencia e inconsistencia del gobierno de Puerto Rico en establecer una política extendida e integral de salud reproductiva. Son condiciones que aún sin coacciones, mantienen todavía la desigualdad en las prácticas reproductivas de las mujeres con menos recursos en Puerto Rico.

1. Aspectos metodológicos

Los prejuicios y estereotipos que afectan el juicio de jueces/zas, fiscales/as y peritos generan problemas para la defensa de las "malas madres". En este sentido, la falta de perspectiva de género ha permitido que no se adviertan los intereses contrapuestos de la mujer con su pareja cuando ambos son acusados por haber agredido o permitido la agresión hacia los hijos e hijas de la mujer.

Asimismo, se observa en varios casos la inexistencia de estrategias defensivas adecuadas y la convalidación de narrativas prejuiciosas que desoyen las experiencias de las acusadas. En consecuencia, la falta de perspectiva de género produce defensas ineficaces mediante actitudes pasivas, que no ofrecen pruebas ni una teoría del caso que permita contextualizar lo sucedido (Di Corleto, 2019; Buel, 1988; Pérez Rivera, 2020), y contrarrestar los defectos de las investigaciones y prácticas judiciales atravesadas por estereotipos discriminatorios.

Analizamos las estructuras políticas, económicas y sociales como reproducción de relaciones jerárquicas que incluyen todo tipo de desigualdad –incluyendo entre estratas y clases, géneros, razas, etnias, naciones y nacionalidades– y que resultan en la inequidad al acceso a recursos y a espacios de acción y decisión para los conjuntos subordinados. Son desigualdades que inciden en las tendencias poblacionales y lo que se presenta como su análisis, así como en la división de esferas y funciones sociales y en las definiciones de la feminidad, la reproducción y la maternidad. Consideramos esta trayectoria histórica como el desarrollo de lucha de intereses y definiciones entre diferentes fuerzas y sectores sociales; y las políticas y proyectos establecidos como la tensión, negociación y coagulación de esas definiciones en disputa. Definiciones que pasan por establecer qué asuntos se traen a la discusión pública y cómo se interpretan esos asuntos en los proyectos y las políticas establecidas, pero en otro nivel, por la ejecución de quienes las implementan, y, finalmente, por las prácticas de la población que las recibe, de acuerdo a sus propias necesidades y significados (Fraser, 1989, pp. 161-190).

Analizamos, pues, los conflictos y la lucha de significados entre sectores en la politización de los asuntos relacionados a la población, la reproducción, la definición de las mujeres y la maternidad –con su heterogeneidad, tensiones y contradicciones–, su coagulación en proyectos y en las políticas públicas, y cómo estas han incidido en las prácticas reproductivas de las mujeres con sus propios intereses.

La revisión y análisis de investigaciones históricas y artículos y documentos de la época fueron base para la identificación y elaboración de las categorías de los factores y procesos que discutimos, además de los periodos en que consideramos su continuidad y variación a través del pasado siglo; categorías que consideramos a través de investigaciones sociales, do-

¹Daniel Brinks realizó un estudio empírico en el que advirtió que la movilización social en torno a casos de violencia policial marca una diferencia muy relevante en el avance y el resultado de los procesos penales promovidos por las víctimas o sus familiares (Brinks, 2008).

cumentos gubernamentales y artículos de prensa para los periodos más recientes. Análisis de investigaciones socio-demográficas, incluyendo lo que fue la encuesta más reciente de salud reproductiva, nos permitió una comparación cuantitativa de aspectos del mercado laboral, población, fecundidad, prácticas contraceptivas y de esterilización femenina a través de estos periodos.

2. Eugenesia dura, eugenesia blanda, control de población a principios de siglo XX

La instauración del poder estadounidense en Puerto Rico trajo transformaciones económicas y sociales en favor del Estado y el mercado norteamericano, que extendieron la desposesión de recursos y la pobreza en el país, situación que empeoró con la Gran Depresión de los 1930s. El desmantelamiento del café como industria dominante y el acaparamiento de tierras por las industrias del azúcar y del tabaco, destruyeron la agricultura de subsistencia y las oportunidades económicas para sectores amplios de la población (Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp. 12,13). Para los 1930s descendía sobre todo el empleo de los hombres a una ocupación de poco más de 80 por ciento y se impulsaba la migración interna e internacional (Vázquez Calzada, 1988, pp. 81, 284-285, 315). El empleo de las mujeres se mantenía limitado, aunque su actividad económica incrementó a una cuarta parte de aquellas en edad de trabajar, en programas de educación, salud pública y beneficencia, o como despalilladoras de tabaco y en la aguja a domicilio (Vázquez Calzada, 1988, p. 81). Fueron transformaciones que dificultaron mantener una mayor descendencia y propendieron a la reducción, aún leve, en fecundidad. Aún así, las políticas sociales y de salud pública disminuían la tasa de mortalidad, y los nacimientos a una población aún joven, mantenían el crecimiento poblacional (Ramírez de Arellano y Seipp, 1986, p.14).

Ignorando las barreras al desarrollo causados por las estructuras económicas dominantes, las teorías eugenésicas y neomaltusianas entonces en boga en Estados Unidos y otros países, ofrecieron el marco para atribuir la pobreza en la Isla a lo que se consideraba exceso poblacional (Briggs, 2002, pp. 81-86). La eugenesia como filosofía se asentaba en criterios hereditarios, que en su acepción negativa pretendía reducir la procreación de las personas consideradas genéticamente inferiores, mientras que en la positiva, aseguraría la reproducción de aquellos con las características más adecuadas para mejorar la herencia de la "raza" en la población. Aunque de manera más estricta la definición aducía a características biológicas, como condiciones emocionales, morales, de deficiencia intelectual o retardación mental, estas características se vinculaban, a su vez, a las características sociales y económicas de las personas, atribuidas también a factores hereditarios. Es así como los pobres y los no blancos fueron el objetivo principal de las prácticas eugenésicas negativas de control de reproducción en Estados Unidos (Stepan, 1996, pp. 21-34; Schoen, 2005, pp. 83-84, 89-90).

En sus versiones más conservadoras, y lo que han llamado eugenesia "dura", la herencia se presentaba como inmutable. El énfasis casi exclusivo era en evitar los nacimientos de los sectores empobrecidos, considerados poco saludables, a través de prácticas más agresivas y con menos consideración a si estas correspondían o no a los intereses y necesidades de estas poblaciones (Stepan, 1996, pp. 17, 22-26, 86-88; Schoen, 2005, pp. 12, 38). Leyes eugenésicas en diversos estados, y, como veremos, en Puerto Rico, llegaron a imponer la esterilización compulsoria para personas consideradas intelectualmente o emocionalmente no aptas para procrear (Schoen, 2002, pp. 82, 205-206).

El neomaltusianismo, por su parte, se establecía en términos económicos, como la tendencia al crecimiento poblacional a exceder los recursos para su sostén y desarrollo, lo que hacía necesario el control y la reducción de la población. Pese a que la teoría aludía a la cantidad general de la población y su crecimiento, el énfasis también se dirigía a los sectores de menos recursos, entre quienes prevalecían las tasas de fecundidad más elevadas. Los argumentos económicos aludían en particular al costo de la población beneficiaria de beneficios estatales y cómo ello reducía los recursos para inversiones consideradas más productivas. La definición y los argumentos de la eugenesia y del neomaltusianismo, de hecho, se entremezclaban en la discusión del acceso a la contracepción (Stepan, 1996, pp. 21-22; Briggs, 2002, pp.75-76,80-86; Schoen, 2005, pp. 12, 65-68, 71).

Es cierto que desde comienzos de la dominación norteamericana, funcionarios estadounidenses racializaban a los puertorriqueños como inferiores, necesitados de civilización –es decir americanización– ignorantes de las medidas modernas de salud y propensos a la fecundidad excesiva (Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp. 13,14; Briggs, 2002, pp. 80-85). En este contexto, contrario a las prácticas eugenésicas predominantes en América Latina, que no intervenían directamente con la capacidad reproductiva de la población, bajo influencia de las imperantes en Estados Unidos, en Puerto Rico estas se dirigían al control de natalidad (Stepan, 1996, pp. 102-134). La definición y la práctica de la eugenesia entre los sectores que impulsaban el acceso al control de la natalidad en la Isla, como en otros lugares, sin embargo no fue homogénea.

Entremezclado con los intereses de la "eugenesia dura" y el neomaltusianismo, hubo sí en el movimiento de control de natalidad en la Isla una visión afín a la prevaleciente en América Latina, caracterizada como "eugenesia blanda". Esta visión "blanda" de la eugenesia, imbuida en proyectos más progresistas o modernizantes, consideraba posible el perfeccionamiento de la "raza" a través de circunstancias sanitarias, sociales y ambientales más adecuadas para la reproducción (Stepan, 1996, pp.17, 69, 85, 97; Briggs, 2002, pp. 90,100). Aún manteniendo visiones racialistas, entre las elites liberales de principios de siglo veinte en Puerto Rico se asumieron la higiene social, la salud pública y la eugenesia como medios para "depurar racialmente" al jíbaro y, con la fusión y desaparición gradual de la negritud, hacer del puertorriqueño una "raza superior" (Baerga, 2009-2010).

Un neomaltusianismo socialista durante los años veinte, por su parte, favoreció el control de natalidad como medida para fortalecer el poder de negociación de una clase trabajadora menos numerosa. Las primeras organizaciones privadas que abogaron por el acceso al control de natalidad en el país, como la Ligas de Control de Natalidad de Puerto Rico (1925, 1932) también fueron establecidas por puertorriqueños y puertorriqueñas con los objetivos de aliviar la pobreza y ofrecer servicios educativos y de salud que permitieran producir una progenie más saludable (Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp. 20, 28; Briggs, 2002, pp. 90-96). De la misma manera, los primeros centros gubernamentales de planificación familiar a mediados de los 1930s, organizados bajo programas federales alineados con el Nuevo Trato en Estados Unidos y bajo dirección norteamericana, incluyeron profesionales de la salud y de trabajo social ya parte del movimiento de control de natalidad modernizador en la Isla, como la independentista y feminista Carmen Rivera de Alvarado (Tietze, 1947; Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp. 31-32, 38; Briggs, 2002, pp. 96-98). Los servicios se ofrecían como parte de un proyecto amplio de reforma social –educación, salud, vivienda– dirigida a mejorar la situación de las familias bajo pobreza y con ello los atributos para su descendencia.

Buscaban ofrecer a las mujeres pobres el acceso al control de la natalidad que ya practicaban las de más recursos y así reducirles la presión social y económica de más nacimientos (Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp. 33, 38, 43; Briggs, 2002, pp. 101-102). De esta forma, aunque pudieron actuar en alianzas con los neomaltusianos y eugenistas más duros, lo hicieron con tensiones y desde significados distintos.

Con el apoyo financiero de Clarence Gamble, quien sí expresaba posturas eugenésicas más duras (Briggs, 2002, pp. 102-106; Schoen, 2005, p. 205), las personas que habían estado activas en la defensa del control de la natalidad se reagruparon como organización en la Asociación Pro Salud Maternal e Infantil y promovieron clínicas privadas. Junto a otros sectores, lograron, sobre todo, que en 1937 se implantaran leyes que derogaron la prohibición de la difusión de información contraceptiva (Ley 33) y permitieron servicios de salud maternal y de control de natalidad (incluida la esterilización voluntaria) en las facilidades de salud pública (Ley 136). Una tercera ley que establecía la esterilización compulsoria por razones médicas o morales (Ley 116), ya establecida en muchos estados norteamericanos, fue poco utilizada en la Isla. La defensa de las leyes incluyeron a mujeres feministas e incorporaron argumentos económicos de carácter neomaltusianos, médicos de naturaleza eugenésica, así como en favor del bienestar de las madres (Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp. 45-46; Colón, Dávila, Fernós y Vicente, 1999, pp. 53-54; Briggs, 2002, p. 107; Schoen, 2005, pp. 205-206, 213; Torres-Degró, 2010)².

²Ley No. 33 Para castigar la provocación del aborto y enmendar el artículo 268 del Código Penal y otros fines. Eliminó del Código Penal la prohibición de participar en el aviso o anuncio de procedimientos para impedir embarazos, u ofrecer dichos servicios, aunque mantuvo la prohibición en cuanto a facilitar u ofrecer abortos (Torres-Degró, 2010).

Ley No. 136 Para prohibir la inducción, enseñanza y práctica del aborto; fomentar la enseñanza y divulgación de los principios eugenésicos con vista a la obtención de una prole sana y vigorosa y bajar el alto coeficiente de mortalidad infantil. Esta se derogó por la Ley núm. 125 de 2011, aduciendo que los vínculos de las teorías eugenésicas con el racismo y con violaciones a los derechos civiles las habían tornado inaceptables para la comunidad científica.

Ley No. 116 Ley para la esterilización en Puerto Rico. Autorizaba a una Junta Insular de Eugenesia, tras una vista con la persona implicada, a decretar la

Debemos destacar en ese aspecto, que las prácticas y políticas eugenésicas y neomaltusianas de principios del siglo pasado se enfrentaban a políticas ultraconservadoras en cuanto a las definiciones de la mujer, la maternidad y su capacidad reproductiva. En Estados Unidos, desde el siglo XIX se establecieron leyes que prohibían como inmorales incluso la difusión de información acerca del control de natalidad –las llamadas leyes Comstock– incorporado en el Artículo 268 del Código Penal en Puerto Rico de 1902 y que fue derogado en 1937 (Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, p. 19, 32; Torres-Degró, 2010). En nuestro país, las visiones moralistas se reforzaban por el predominio de la Iglesia Católica, y sus vínculos con la norteamericana, la cual se oponía al control de la natalidad y defendía las definiciones tradicionales de las relaciones de género, del ejercicio de la sexualidad, la familia, y la maternidad (Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp. 18-22, 38-39, 42-44; Briggs, 2002, pp. 79-81). A la oposición Católica se unía la de sectores nacionalistas puertorriqueños, con el argumento de que el énfasis en la sobrepoblación escondía la condición colonial como causa de la pobreza en el país (Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp. 26-27, 39; Briggs, 2002, pp. 76-79).

La oposición contribuyó a cerrar los proyectos del movimiento de control de natalidad y las clínicas que operaron hasta los 1930s (Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp. 21-22, 29, 38-44). También bajo esta presión, se eliminó de la Ley 136 de 1937 la disposición que permitía la contracepción por razones sociales o económicas, debido a que a nivel federal prevalecía aún la legislación que prohibía el uso de anticonceptivos. No obstante, se mantuvo el acceso por razones médicas, lo que legalizaba el control de la natalidad para mujeres de menos recursos, pues su pobreza resultaba en muchos casos en problemas de salud (Ramírez de Arellano y Seipp, 1984, pp. 52-55). De esta manera, irónicamente, y sin condonar sus componentes clasistas y racistas, las prácticas eugenésicas y neomaltusianas politizaron –es decir, trajeron a la discusión y a las políticas públicas– lo que había sido un tema tabú y prohibido –la sexualidad y las prácticas anticonceptivas– y abrieron espacios para redefiniciones reformadoras de estos asuntos.

El proyecto reformador se enraizaba, de hecho, en cambios en la situación de las mujeres y redefiniciones de la maternidad que podían favorecer la regulación de la fecundidad. Aunque el valor económico de la niñez pudiera mantenerse, la escolarización, aunque limitada, reducía esa contribución, mientras la pobreza y el desplazamiento presionaban a la inestabilidad de las parejas y al abandono de la familia y sus menores. En su defensa de la ampliación de la participación social y el voto femenino, las sufragistas, por su parte, planteaban la necesidad de incorporar los intereses y las contribuciones particulares de las mujeres al ámbito público para mejorar estas condiciones de vida. Una vez reconocido el derecho al voto, continuaron esta agenda de lo que se ha llamado feminismo social, a través de proyectos y políticas maternalistas –de bienestar materno-infantil– como fueron medidas dirigidas a las condiciones de abandono familiar, la salud de las madres y sus hijos e hijas, y la protección de las trabajadoras y menores en el empleo (Briggs, 2002, p. 94; Colón, Dávila, Fernós y Vicente, 1999, pp. 49-50; Colón Warren, 2002, pp. 410-416; Colón Warren, 2013, p. 172).

Sin negar las diferencias entre los géneros, en su reclamo de educación y participación femenina, este feminismo resignificaba la maternidad al valorizarla como una labor importante de socialización de la futura ciudadanía. En esta redefinición, ser buena madre no era solo parir, sino el cuidado de crías en mejor estado, aunque no necesariamente más numerosas. Si bien esto no cuestionaba, incluso reforzaba la maternidad como responsabilidad de las mujeres, movían el eje de la feminidad más allá de su relación con un hombre y lo insertaba a ese Estado, que ahora destacaba la calidad de la crianza y los derechos de la niñez. En este contexto, aunque no todas favorecieron los programas de control de natalidad, defensoras de las mujeres lo asumieron como derecho de las más empobrecidas a mejorar sus condiciones de vida y las de su descendencia (Briggs, 2002, p. 161; Colón, Dávila, Fernós y Vicente, 1999, p. 54; Colón Warren, 2002, pp. 410-416).

Ante las transformaciones sociales, económicas y en las definiciones de género, la tasa general de fecundidad (número de nacimientos vivos entre las mujeres en edad reproductiva –15-49 años–) descendía de 191.9 para el periodo de 1900-1909 a 173.4 para 1930-39; la tasa total de fecundidad (número total de nacimientos vivos que como promedio tendrá una mujer durante sus años reproductivos) se reducía de 6.4 en 1932 a 5.79 en 1940 (Vázquez Calzada, 1988, pp. 122, 124). Es importante señalar, sin embargo, que la reducción en fecundidad a través

esterilización de personas enfermas de la mente, retardadas mentales, epilépticas o degeneradas sexuales (Torres-Degró, 2010). Esta se derogó por la Ley 69 de 1960, y entre su aprobación y 1950 se documentaron menos de cien casos de esterilizaciones decretadas (Ramírez de Arellano y Seipp, 1983 p. 204, nota 3; Schoen, 2005, p. 213).

de gran parte del periodo no contó con el apoyo del Estado en Puerto Rico. Desde inicios de la trayectoria que consideramos, los programas gubernamentales de control de natalidad en la Isla han sido ambivalentes e inconsistentes y han respondido a fluctuaciones en las políticas norteamericanas. Aunque la aprobación de las leyes que permitían la contracepción abría el espacio para que el Estado puertorriqueño asumiera estos servicios, los programas federales y la legislación resultaban tardíos. La ambivalencia continuaba y los servicios estatales volvían a reducirse ya entrados los 1940s (Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp. 93, 173-174).

3. 1940s-1970s: Ambivalencia gubernamental con relación al control de natalidad, experimentación social y control poblacional

Las transformaciones sociales y económicas que acompañaron a la política de industrialización Operación Manos a la Obra, impulsado por el Partido Popular Democrático a través de los 1950s y 1960s, aceleraron la reducción de empleo, pero también los procesos de modernización, así como los cambios en la situación de las mujeres y su tendencia a reducir la fecundidad. El movimiento a una economía manufacturera destruía las industrias de la caña y de la aguja a domicilio y aceleraba la urbanización, además de una migración masiva hacia Estados Unidos.

La actividad económica de los hombres descendía a 71% para 1970, aunque las nuevas industrias manufactureras de mano de obra intensiva, junto a los servicios estatales, abrían nuevas oportunidades de empleo fuera del hogar a las mujeres, a poco menos de 30% después de los 1950s (Vázquez Calzada, 1988, p. 81). La ampliación de la educación y la salud pública, por su parte, continuaban la reducción en las tasas de mortalidad y el crecimiento poblacional, pese a la migración y la reducción en las tasas de fecundidad (Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp. 74-81, 84-92).

Programas de educación a la comunidad y de servicios sociales, así como los medios de comunicación, promovían valores de avance social y visiones modernizantes. Como ideal correspondiente a los sectores medios, entre estas se destacaba la familia nuclear, reducida, responsable de sus propias necesidades, en las que se establecieran relaciones de pareja más democráticas y prevalecieran la comunicación, el compañerismo y el reconocimiento por parte de los hombres de las aportaciones y la sexualidad de las mujeres. Volvía con estas redefiniciones a reforzarse la relación de pareja, y la crianza como una responsabilidad primordialmente privada y particularmente femenina.

Pero para las mujeres, las oportunidades de empleo y de acceso a servicios estatales ofrecían oportunidades de aportación económica independiente. Ello permitía avances –aunque incompletos– en su autonomía, como salir del enclaustramiento doméstico y asumir que era a ellas a quienes en última instancia les correspondía decidir sobre su capacidad reproductiva (Colón Warren, 2002, pp. 417-421; Colón Warren, 2013, p.190). La pobreza y el desplazamiento poblacional, ahora junto a la tendencia a una escolarización creciente de la niñez, así como los valores cambiantes en cuanto a la familia y las mujeres, el desafío al hombre proveedor y los crecientes conflictos de pareja, además de dificultades en la crianza ante el empleo femenino, intensificaban la tendencia a la reducción de la fecundidad (Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp. 86-88, 142-143; Colón Warren, 2013, p.191).

Sin embargo, aunque Luis Muñoz Marín, líder y Gobernador durante la administración del Partido Popular Democrático hasta 1968, consideró antes la sobrepoblación como problema para el desarrollo de la Isla, bajo presión de católicos y nacionalistas, durante este periodo se negó a apoyar abiertamente el control de natalidad como mecanismo para lidiar con la pobreza (Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp. 16-18, 72, 93, 98). Arquitectos importantes de las políticas de industrialización como Rexfor Tugwell –último gobernador norteamericano– y Antonio Fernós Isern –Secretario de Salud y Comisionado Residente bajo la administración Popular– planteaban la deseabilidad del control de natalidad para promover una población más saludable, se distanciaban de asumir el control poblacional como política para el desarrollo y atender el crecimiento demográfico. El Partido Popular se ubicaba en la perspectiva teórica de que, por el contrario, sería el propio desarrollo lo que propiciaría el control de natalidad y la reducción poblacional (Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp. 64-66, 72; Briggs, 2002, p.115).

Pese a la preocupación de algunos sectores estatales con el aumento en población, durante los 1940s a 1960s, el gobierno central mantuvo así el acceso a la contracepción sólo para atender condiciones de salud de las mujeres y no estableció un programa de control de natalidad consistente y comprehensivo que se extendiera a través de toda la Isla. A través de este periodo el Estado mantuvo un respaldo limitado, ambivalente y negado públicamente, a los servicios ofrecidos por organizaciones privadas y a nivel de algunos gobiernos municipales y regionales (Tietze, 1947; Stycos, 1954; Vázquez Calzada y Morales del Valle, 1981; Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp. 67, 97; Robles *et al*, 1998; Briggs, 2002, pp. 122, 151).

Como sociedad que vivía un acelerado cambio y modernización, sin embargo, Puerto Rico se constituyó en laboratorio social, lugar privilegiado para la investigación y experimentación de medidas que podían trasladarse luego a otros países subdesarrollados. En cuanto al control de la natalidad, el país parecía propicio no sólo por su condición colonial que facilitaba vínculos con la Isla, su pobreza extendida, y su natalidad todavía elevada, sino por haber eliminado las restricciones legales a las prácticas contraceptivas en los 1930s y contar con personal preparado y comprometido con la planificación familiar (Ramírez de Arellano y Seipp, 1984, pp. 108-109; Schoen, 2005, pp. 208, 209, 212).

De este modo, el espacio dejado por el Estado fue llenado por organizaciones sin fines de lucro, como la Asociación de Estudios de Población, luego Asociación Puertorriqueña Pro Bienestar de la Familia, que nuevamente reagrupaban al movimiento de control de natalidad; además de por clínicas y hospitales privados y entidades académicas como la Escuela de Medicina y el Centro de Investigaciones Sociales de la Universidad de Puerto Rico. Estas actividades recibieron, a su vez, el apoyo de personal científico, fundaciones y compañías norteamericanas, vinculadas al movimiento de control de natalidad estadounidense, las cuales promovieron, además, sus propios estudios y proyectos (Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp. 93-148; Briggs, 2002, pp. 115-141).

A través de los 1940s y hasta los 1960s, se realizaron investigaciones sociales y demográficas acerca de las familias, de la aceptación y utilización de métodos contraceptivos y de la fecundidad en Puerto Rico. Con el respaldo de fundaciones como las de Gamble, Sunnen o Worcester y el de compañías manufactureras como Searle, se llevaron a cabo pruebas clínicas de una diversidad de anticonceptivos, incluida la píldora Enovid, el foam EMKO y el inyectable DepoProvera. Con el apoyo amplio de los médicos, se extendió también la práctica de la esterilización –ya presente entre las mujeres de más recursos– entre las mujeres pobres, practicada no sólo en hospitales privados, sino en hospitales de distrito y municipales (Tietze, 1947; Stycos, 1954; Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp. 93-148; Robles *et al*, 1998; Briggs, 2002, pp. 106-108, 122-141; Schoen, 2005, pp. 205, 206).

Las entidades no gubernamentales, como la Asociación Puertorriqueña Pro Bienestar de la Familia, facilitaron desde el ámbito privado la divulgación y la coordinación de estas actividades, en contacto con los servicios gubernamentales disponibles, con lo que evadían los ataques al gobierno de sectores católicos e independentistas. Aún así, las actividades permanecían vulnerables a su presión pública, sobre todo cuando se hacían más visibles, o funcionarios estatales aparecían como favorecedores del control de natalidad (Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp. 99-100, 114, 119, 122, 126-128, 137, 140, 154).

No fue hasta finales de los sesenta y comienzos de los setenta que los servicios de planificación familiar en el sistema de salud público se ampliaron brevemente. La presión Católica se aminoró con la derrota del Partido de Acción Cristiana en 1960, organizado por la Iglesia en oposición a lo que denunciaban como política de control poblacional del Partido Popular (Ramírez de Arellano y Seipp, p. 156). Además, en el contexto de la llamada "explosión poblacional" a nivel mundial, durante ese periodo se incorporó el control de natalidad a los programas de la Guerra a la Pobreza en Estados Unidos y como parte de su ayuda internacional. En ese país, las políticas aparecían como medidas de modernización, pero también de reducir la población pobre dependiente del Estado y el control poblacional aparecía como respuesta a la pobreza y la inestabilidad social en los países subdesarrollados en la guerra fría contra el comunismo (Schoen, 2005, pp. 62, 71, 199).

En Puerto Rico, desde 1968 se consideraba nuevamente en la discusión oficial la sobrepoblación como obstáculo al desarrollo. Con fondos del Gobierno de Puerto Rico, además de

federales, ya para 1974 se creó la Secretaría Auxiliar de Planificación Familiar con el objetivo de controlar la población, incluyendo la promoción de la esterilización (Rodríguez Trías, 1977; Vázquez y Morales, 1981; Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp.149-156, 159-170).

Hubo en esta trayectoria excesos y abusos que generaron críticas aún entre favorecedores del control de natalidad. La experimentación de métodos no contó con los estándares de consentimiento adecuados y los directores de las pruebas de contraceptivos en Estados Unidos, como Gamble o Pinkus, promovieron el uso de métodos considerados más sencillos, aunque menos eficaces o seguros –como el foam o la pildora anticonceptiva– dirigidos a mujeres pobres a quienes consideraban menos capaces. En su interés de promover hallazgos de aceptación de los métodos, no de éxito en la reducción de embarazos, hicieron caso omiso de las quejas de ineficacia y de efectos secundarios por parte de participantes en los estudios y de investigadoras que coordinaban las pruebas en Puerto Rico. Como resultado, muchas mujeres se retiraron de los estudios y se minó la confianza en los contraceptivos.

El celo de médicos, por su parte, llevó a prácticas coercitivas como exigir a las mujeres la esterilización para atenderlas en el proceso de parto, o la esterilización de mujeres que no habían parido. Pareció frecuente, además, la presión de la autoridad médica en la consejería y la desinformación en cuanto a la irreversibilidad del procedimiento. Por su parte, en el programa estatal de los 1970s, el establecimiento de lo que aparecían como cuotas en el número de esterilizaciones y la esterilización de menores, daban también visos de prácticas coercitivas (Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp. 102, 115-123, 137-139, 140, 144, 169; García, 1992; Colón, Dávila, Fernós y Vicente, 1999, p. 58; Briggs, 2002 pp. 106-107, 157; Schoen, 2005, pp. 206-207, 211).

Si las investigaciones durante los 1950s y 1960s destacaban a Puerto Rico como modelo de éxito en la aceptación del control de natalidad y la reducción poblacional (Stycos, 1954), a través de los 1970s arreciaban las denuncias de lo que se observaba como una "esterilización masiva" y Puerto Rico se constituía en ejemplo de la imposición de políticas de control poblacional imperialista³. Con el surgimiento de una segunda oleada feminista en los 1970s, se articuló de manera más completa el reclamo del derecho de las mujeres a decidir sobre su capacidad reproductiva. Intersecando género, clase y nacionalidad, los grupos feministas y la recién creada Comisión de los Asuntos de la Mujer denunciaban los abusos en la esterilización y en la experimentación con puertorriqueñas pobres (Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp. 169-170; Colón, Dávila, Fernós y Vicente, 1999, p. 60; Rivera Lassén y Crespo Kebler, 2001, pp. 99-102, 296-306).

Las organizaciones feministas reclamaban también el acceso al aborto, como derecho individual, lo que se logró en Estados Unidos con la decisión del caso *Roe v Wade* del Tribunal Supremo de ese país en 1973 y fue ratificado por el Tribunal Supremo de Puerto Rico en el caso *Pueblo v Duarte* en 1980 (Colón, Dávila, Fernós y Vicente, 1999, pp. 84-87; Rivera Lassén y Crespo Kebler, 2001, p. 55). El reclamo se mantiene, ya que es un derecho accesible principalmente a través de servicios privados y costosos, pues desde esa década, el Congreso norteamericano prohibió, salvo algunas excepciones, el financiamiento de abortos con fondos estatales (Colón, Dávila, Fernós y Vicente, 1999, p. 36; Otón Olivieri, 2010).

Pese a las denuncias a los abusos del control poblacional, es preciso destacar también, sin embargo, que durante este periodo las mujeres utilizaron el acceso al uso de anticonceptivos y a la esterilización a partir de sus propias necesidades e intereses; ejercicio que precisa reconocer una conciencia y defensa de sus derechos sexuales y reproductivos en sus prácticas cotidianas, además de en su activismo (Vicente, 2022). Los estudios indican que no todas las mujeres invitadas aceptaron ser parte de estas pruebas, y que las que participaron lo hicieron de manera activa (Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp. 114, 118-119, 130; Schoen, 2005, pp. 209-211). De igual manera, se menciona que las mujeres pobres se movilizaban para gestionar las esterilizaciones –incluso negociando con alcaldes que les facilitaban su acceso– al punto de que se consideraban insuficientes los servicios ofrecidos (Tietze, 1947; Stycos, 1954; Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, pp. 136, 139-141; Briggs, 2002, p. 158).

En su inmensa mayoría las esterilizaciones se realizaron bajo la ley que viabilizaba esterilizaciones voluntarias, lo que debe distinguirse de la imposición compulsoria por parte del Estado ocurrida en otros lugares y en Puerto Rico (Schoen, 2005, p. 216). Investigaciones indican, además, que sólo una minoría expresaba que otra persona había tomado la decisión, y

³Entre las numerosas referencias que destacan la imposición de prácticas de control poblacional en Puerto Rico vea: García, 1992; Ordoñez, 2003, p. 152; Villarosa, 2022. Vea la discusión crítica de estas posturas en Briggs, 2002, pp. 142-143; Schoen, 2005, pp. 215, 216.

si bien algunas mostraban arrepentimiento, una amplia mayoría –nunca menor a dos terceras partes– no indicaban insatisfacción (Stycos, 1954; Paniagua et al, 1964; Vázquez Calzada, 1973; Warren et al, 1988; Boring, Chase y Rochet, 1988; Briggs, 2002, p.155; Lugo-Ortiz, 2011, p. 257).

Entre las razones para el arrepentimiento se destacan sobre todo el deseo posterior de tener más hijos, (como haber tenido una hija, o el estar en una nueva relación, con la posibilidad de procrear en ella), no el haberse sentido forzadas o desinformadas (Boring, Chase y Rochet, 1988). La tendencia a la insatisfacción podía incrementarse cuando la esterilización se realizaba a edades más jóvenes y por razones de salud e indicación médica, sobre todo si la intervención resultaba en problemas físicos posteriores (Boring, Chase y Rochet, 1988; Lugo-Ortiz, 2011, pp. 251, 255-257).

Los cambios en la situación de las mujeres y el acceso a servicios a través de entidades privadas y de los programas gubernamentales –otra vez tardíos– tendieron a continuar la reducción en fecundidad. La tasa general de fecundidad se reducía de 187.6 para el periodo 1949-49 a 129.1 para el periodo de 1960-69 y 99.2 para 1970-79. La tasa total de fecundidad descendía a 3.35 para 1970. El uso de anticonceptivos incrementaba de 34% en 1939 a 48% en 1953-54, 74% en 1968 y 81% para 1976. La esterilización femenina, que se registró en alrededor de 7% en 1948, ascendía a 17% para 1953-54 y a más de una tercera parte de las mujeres en estudios entre 1965 y 1976 (Vázquez Calzada, 1988, pp. 122, 124, 153-157, 166).

La teorización feminista nos ha planteado así revisiones a la historia que presenta a las mujeres sólo como víctimas de experimentaciones y esterilizaciones forzadas. Se trata de visiones más complejas en las cuales se reconozca la perspectiva de las mujeres pero, además, que estas deben contar con los espacios más amplios para sus opciones reproductivas (Rodríguez-Trías, 1977; Briggs, 2002, pp. 160-161; Schoen, 2005, p. 219; López, 2008, pp. 142-156; Vicente, 2022).

En ese sentido, es preciso reconocer que, aunque las mujeres de menos recursos utilizaran en sus propios términos el acceso al control de natalidad, lo hacían bajo circunstancias que dificultaban la crianza de más hijos e hijas. Como parte del contexto social y cultural, la esterilización femenina se convertía en una "moda", el medio para un mayor bienestar familiar y autonomía personal, pero bajo presiones como facilitar el empleo y la migración, o conflictos en las relaciones de pareja, mientras los hombres no se responsabilizaban por la reproducción (García, 1992; López, 2008; Lugo-Ortiz, 2011, pp. 257-258).

Contrario a lo considerado más exitoso, no prevalecían servicios integrados de salud que incorporaran el control de la natalidad (Schoen, 2005, p. 53). La escasez de otros métodos a través de la salud pública, así como las fallas y los efectos de los que se encontraban accesibles podía propiciar el recurrir a la esterilización para reducir su fecundidad (Rodríguez Trías, 1977; Vázquez Calzada y Morales del Valle, 1981; Ramírez de Arellano y Seipp, 1983, p. 138; López, 2008, p. 19; Lugo-Ortiz, 2011, pp. 257-258). Esta falta de servicios gubernamentales adecuados de salud reproductiva recurría con la reorganización del Departamento de Salud en 1977, tras el breve periodo de ampliación de programas estatales a principios de la década.

4. Periodos más recientes. Crisis económica, privatización, recorte de servicios de control de natalidad y la continuada falta de una política integral de salud reproductiva

El modelo desarrollista comenzó a flaquear desde los 1960s y 1970s. Puerto Rico sufría la fuga de la manufactura de mano de obra intensiva y se impulsaba el movimiento a otras de mayor uso de tecnología y capital –como la farmacéutica– además de a servicios profesionales y financieros, que generaban menos empleo. Desde los 1990s, sin embargo, también estas han reducido operaciones debido a la gradual eliminación de incentivos contributivos que ofrecía el Código de Rentas Internas de Estados Unidos. Esta reducción manufacturera desde los 1990s impulsó recortes en el empleo en todos los renglones económicos, incluyendo en el sector estatal, además de políticas de desreglamentación del mercado laboral, privatización y austeridad. Como consecuencia, la desigualdad y la pobreza se han acentuado ante la resultante recesión desde 2006, la eventual crisis fiscal y quiebra del gobierno desde 2016

y la imposición de una Junta de Control Fiscal por parte del Congreso estadounidense, todo seguido por desastres naturales y la pandemia del Covid 19 (Colón Warren, 2013, p. 170; CPD y ACRE, 2021).

Con fluctuaciones, la actividad laboral ha descendido a menos de la mitad de los hombres en edad de trabajar y se ha estancado alrededor de una tercera parte entre las mujeres. Las empleadas son mayormente aquellas con niveles educativos superiores, aunque en desigualdad salarial comparado con los hombres. Las pérdidas de empleo han incluido puestos con ingresos seguros y más elevados, mientras aquellos disponibles en los sectores comerciales y de servicios, además de una economía informal no contabilizada, ofrecen trabajos más precarios. Los recortes en servicios estatales, por su parte, acentúan la pobreza de sectores de menos recursos. Las desigualdades de género, junto a las presiones sociales y económicas han incrementado la dificultad en la crianza, la jefatura de familia femenina y la feminización de la pobreza (Colón Warren, 2013, pp. 176, 179, 181-183, 193-194; Negociado del Censo, 2020, Tablas S1101, S1702, 1712; CPD y ACRE, 2021).

Junto a la mortalidad de una población ya envejeciente, una nueva oleada de emigración masiva y la continuada reducción de nacimientos, han resultado al presente en un descenso en población, más notable –de 3.7 a 3.2 millones– entre los censos de 2010 a 2020 (U.S. Census Bureau, 2022). Irónicamente, en el periodo más reciente, es la reducción poblacional y la fecundidad bajo reemplazo lo que se presenta en análisis económicos, demográficos y sociales, como freno al bienestar y desarrollo, e incluso como argumento en los discursos antiaborto (Parés Arroyo, 2022; Bosque Pérez, 2022).

Elo ocurría mientras se revertía el acceso gubernamental al control de la natalidad, a partir del cambio de administración en 1976 en Puerto Rico, y tras el acceso al poder de los regímenes Republicanos en Estados Unidos desde los 1980s, con sus tendencias a reducir el Estado benefactor, los servicios sociales y de salud. Bajo presión de los Congresos Republicanos se desarticulaban particularmente los servicios contraceptivos al vinculárseles con el aborto, objeto de la fuerte oposición de la derecha norteamericana. Estos recortes de fondos por parte del gobierno federal afectaron la oferta de servicios de control de natalidad y de esterilización por parte de las agencias estatales e instituciones privadas en Puerto Rico, además de imponerles restricciones al acceso al aborto (Colón, Dávila, Fernós y Vicente, 1999, pp. 62-65; Otón Olivieri, 2010).

A partir de 1993, por su parte, una Reforma de Salud privatizaba los servicios y desmantelaba lo que había sido un sistema de salud pública para toda la población en Puerto Rico. Los servicios de salud a la población médico-indigente se ofrecen desde entonces a través de un seguro de salud privado con el modelo de cuidado coordinado, aunque costado por el gobierno (Organización Panamericana de la Salud, 2007). Este sólo ofrecía la esterilización como medio de regular la fecundidad, mientras los métodos anticonceptivos se encontraban excluidos, excepto por razones médicas no relacionadas al control de natalidad.

Los contraceptivos se encontraban accesibles a través de programas que operaban con fondos federales para la planificación familiar en diversos centros de salud, farmacias u oficinas privadas, aunque restringidos a no ofrecer servicios de aborto (Otón Olivieri, 2010). Fue con la implantación del Patient Protection and Affordable Care Act de 2010 (Obamacare) que se exigió proveerlos a las aseguradoras que ofrecían el Plan de Salud del Gobierno, pero en clínicas contratadas para ese propósito (ELA, ASES, 2015, 2019, 2020; ELA Departamento de Salud, 2016).

La Reforma se ha criticado por sus problemas de acceso, ineficiencia e inequidad; la fragmentación y la posibilidad de racionamiento de servicios ante los límites de pago que imponen las aseguradoras; y la calidad dudosa del tratamiento a las personas médico-indigentes, entre otras situaciones (Organización Panamericana de la Salud, 2007). Esta no ofrece aún todos los métodos anticonceptivos; el costo de dispositivos intrauterinos y la inserción de implantes hormonales no están totalmente cubiertos; existe falta de entrenamiento para los proveedores en la inserción de contraceptivos de larga duración; y los métodos no se encuentran disponibles en oficinas de médicos, farmacias u hospitales. El acceso a la contracepción para las mujeres de menos recursos ha sido problemático también debido a barreras logísticas, como el requerimiento de preaprobación y referido, prerequisites de pruebas diagnósticas y tener que buscar métodos en locales diferentes, todo lo cual las obliga a múltiples citas y viajes (Romero *et al*, 2022).

Por otro lado, aunque es legal aún en Puerto Rico, el aborto permanece estigmatizado, como servicio privado, y bajo ataque por parte de los sectores conservadores y moralistas, incluidas varias propuestas de legislación recientes derrotadas en la Isla y la derogación de *Roe v Wade* en Estados Unidos en junio de 2022 (Colón, Dávila, Fernós y Vicente, 1999, p.67; Otón Olivieri, 2010; Vicente, 2022; Díaz Tirado, 2022; Rivera Clemente, 2022). Permanece, pues, como "agenda inconclusa" una carencia de política pública de salud reproductiva consistente, abarcadora e integral que facilite a las mujeres la educación y el uso de una variedad más amplia de métodos anticonceptivos eficaces y seguros y el acceso al aborto (Otón Olivieri, 2010, pp. 851, 875-876).

A pesar de estas limitaciones, el uso de contracepción y de la esterilización femenina se ha mantenido en aumento y la fecundidad ha continuado a la baja hasta el presente. La proporción de uso de anticonceptivos entre las puertorriqueñas se mantiene en 80% desde 1976 y la esterilización ya alcanzaba sobre 45% de las mujeres casadas o unidas en encuestas desde los años noventa. La tasa general de fecundidad disminuía de 97.4 para 1980 a 80 en 1990, 60 en el 2000, y 36 en el 2016. Mientras, el promedio de nacimientos por mujer se reducía a menos de 3 en los 1980s, 2.2 en 1990 y ya era inferior al reemplazo de la población a través de las pasadas dos décadas (1.3 en 2016) (Vázquez Calzada, 1988, pp. 122, 124, 157; ELA de PR, Departamento de Salud, 1992, p. 61; Dávila et al, 1998, Tablas 44, 46; ELA de PR, Departamento de Salud, 2019, pp. 13, 14).

5. Opciones condicionadas

Continúan, sin embargo, restricciones en lo que son nuestras decisiones, que ofrecen menos espacios, sobre todo a las mujeres de menos recursos a través de instancias que integran a lo personal, lo cultural, lo social y lo histórico (López, 2008, pp. 142-148). Como parte de estas situaciones prevalece la pauta cultural –acentuada por las políticas neoliberales– que atribuye a la familia la responsabilidad del bienestar de manera privada, mientras se mantiene la definición hegemónica de las mujeres como madres, principales responsables de la crianza (Colón Warren, 2013, pp. 172, 174, 188, 189). Les corresponde también la responsabilidad de la reproducción, mientras sólo una minoría de los métodos anticonceptivos se dirigen a los hombres (Otón Olivieri, 2010).

La identidad maternal continúa mediando las decisiones reproductivas de las mujeres, tanto como razón fundamental para continuar un embarazo como en la decisión de no tener hijos e hijas (Colón, Dávila, Fernós y Vicente, 1999, pp. 168-171; Colón, 2015). Razones económicas, la preocupación por las condiciones de seguridad de los y las menores, la necesidad de apoyo para la crianza, la violencia en las relaciones de pareja y el asumir solas la maternidad son algunos de los conflictos que presionan a reducir la fecundidad, aún si se desean más hijos e hijas (López, 2008, pp. 142-148).

En la más reciente Encuesta de Salud Reproductiva de 1995-96, de hecho, las mujeres de todos los niveles de escolaridad indicaron un número ideal de prole superior al que en efecto tuvieron (Dávila *et al*, 1998, Tablas 85, 88). La limitación de la fecundidad, pues, no necesariamente conlleva una redefinición más profunda del rol de la maternidad, aún cuando las mujeres puedan haber cuestionado otras dimensiones de las relaciones de género.

Las restricciones y problemas, sin embargo, no presionan de la misma forma a las mujeres de diferentes estratos socioeconómicos. Las mujeres de más recursos tienen más acceso a proyectos de vida propia y oportunidades sociales y económicas que desplazan el peso de la maternidad como definición primordial; proyectos y oportunidades que estas negocian en la decisión de tener o no tener hijos o hijas, y el momento de hacerlo. En indagaciones sobre las razones para abortar, por ejemplo, encontramos entre mujeres de más escolaridad expresiones que denotaban estos proyectos personales y su sentido de decisión propia: "Comienzo escuela graduada y en realidad no puedo continuar con este embarazo"; "Entiendo que en este momento no es conveniente"; "Sí, a lo mejor en un futuro tener un hijo; pero otras cosas que uno quiere..." (Colón, Dávila, Fernós y Vicente, 1999, p. 172; Colón, 2015).

Son definiciones de la maternidad que propenden a la planificación y al espaciamiento de nacimientos, así como a tasas de fecundidad inferiores, aún con la posibilidad de mayores apoyos y menos presiones que las mujeres pobres. Aun así, cabe investigar más a fondo la

creciente prevalencia de cesáreas observada entre mujeres de más escolaridad y recursos, el vínculo con sus niveles crecientes de esterilización, y cómo ello ha condicionado su libertad reproductiva⁴.

Para las mujeres más pobres, son mayores las presiones a reducir la fecundidad frente a la escasez de recursos, apoyos más limitados para la crianza, y la inseguridad y violencia familiar, social y comunitaria (López, 2008, pp. 142-148). Aún así, parece continuar entre estas una valoración de la maternidad más marcada, que permanece como indicador de adultez, autonomía y reconocimiento; como escape de restricciones en el hogar de origen, o la continuidad del apoyo a la crianza de otros menores (Colón, Dávila, Fernós y Vicente, 1999, pp. 172-173).

Las mujeres casadas o unidas de menos escolaridad en la encuesta de 1995-96 indicaron así un número ideal de prole superior a las de escolaridad más elevada (3,16 v 2.82). Además, en un patrón observado desde el pasado siglo y hasta datos del 2020, en esa encuesta mostraron un número mayor de nacimientos a las de más educación (2.64 y 1.87) (Vázquez Calzada, 1988, p. 142; Dávila *et al*, 1998, Tablas 36, 88; Negociado del Censo de Estados Unidos, 2020, Tablas S1301, B17023).

La práctica contraceptiva ha incidido en estas diferencias en fecundidad. Como en estudios previos a través del siglo veinte, la Encuesta de 1995-96 indicaba que las mujeres de menos escolaridad conocían y utilizaban una menor diversidad de métodos anticonceptivos y eran las más propensas a recurrir a la esterilización (sobre 50% entre las mujeres de 12 años de escolaridad o menos vs. 37% entre las de más escolaridad) (Dávila, *et al*, 1998, Tablas 41, 44, 46)⁵. En eco de una historia de fallo e insatisfacción con los anticonceptivos utilizados, se observó que las mujeres esterilizadas que habían usado otros métodos mostraban una fecundidad más alta que las que no los habían utilizado, lo que sugiere que gran número de las primeras recurrieron a la esterilización cuando no tuvieron éxito (Tietze, 1947; Stycos, 1954; Vázquez Calzada, 1973; Vázquez Calzada y Morales del Valle, 1981).

En la Encuesta de 1995-96 se encontró también que fueron las mujeres de menos escolaridad quienes más adujeron efectos de salud (22% vs. 8.9 %) o incluso no sentirse a gusto en utilizar métodos (5% vs. 2%) como razones para abandonar la contracepción (Dávila, *et al*, 1998, Tabla 71). Es bueno recordar, además, las restricciones en el acceso al aborto, sobre todo para las mujeres de menos recursos.

Los estudios sugieren, por su parte, uniones, nacimientos y esterilizaciones más tempranas, y un menor espaciamento de los nacimientos entre las mujeres de menos escolaridad, además de que, en general, a edades más jóvenes, las mujeres esterilizadas han mostrado un número mayor de nacimientos vivos que las no esterilizadas (Stycos, 1954; Vázquez Calzada, 1973; Vázquez Calzada y Morales del Valle, 1981; Vázquez Calzada, 1988, pp. 136-138; ELA, Departamento de Salud, 2019, Tabla 4.11). En la Encuesta de 1995-96 se confirma que las mujeres esterilizadas utilizaron una menor diversidad de métodos que las no esterilizadas, que se sometieron a la esterilización jóvenes (alrededor de 30 años) y cuando tenían ya un promedio de tres hijos/as (Dávila, *et al*, 1998, Tablas 56, 57, 65).

Son tendencias que refieren a un patrón de tener su prole jóvenes y sin interrupciones cuando se tiene la energía y la capacidad (López, 2008, pp. 46-47), o para seguir "...por ahí pa' bajo, estudiando y trabajando...Ya no me tengo que preocupar" (Colón, Dávila, Fernós y Vicente, 1999, p. 195)- tras lo cual se culmina su vida reproductiva con la esterilización. Se trata de una práctica que denota el sentimiento de que deben ser madres, pero junto al reconocimiento de los límites que la crianza les impone a su capacidad y desarrollo.

En el contexto de estas definiciones y condiciones, no hay duda que la familiaridad con la esterilización a partir de la historia del movimiento de control de natalidad en el país contribuye a continuar la práctica de la esterilización entre las mujeres de menos recursos. Pero en ello influye también la relativa dificultad en cuanto a la información y el acceso a otros métodos eficaces y seguros, ante la ambivalencia e inconsistencia del gobierno para implantar una política integral y extendida de salud reproductiva y de educación sexual, que todavía dificulta la redefinición de la maternidad y la información y el acceso a otros métodos (Rodríguez Trías, 1977; López, 2008, p. 19).

⁴El que también entre estas sea la esterilización el método más utilizado puede, al menos en parte, vincularse a la elevada proporción (sobre 45%) de partos por cesárea en Puerto Rico, más frecuentes entre mujeres de escolaridad superior, y que ya tras el tercer caso se considera como condición para la esterilización (Vázquez Calzada, 1988, p. 169; Organización Panamericana de la Salud, 2007; Dávila *et al*, 1998, Tablas 77, 79).

⁵Desde los estudios a finales de los 1930s, 1948, 1953-54, 1968, 1976 y 1982 hasta los más recientes, se revelaba que el uso de anticonceptivos era superior entre las mujeres de más instrucción y en áreas urbanas que las de menos educación y áreas rurales. La esterilización, que había sido más común entre mujeres de más recursos en los estudios de finales de 1940s, se convirtió en el método predominante entre aquellas con menos escolaridad en los estudios posteriores (50% entre aquellas con 0-6 años de escolaridad vs. 22 entre aquellas con más de 16 años de educación en 1982) (Tietze, 1947; Stycos, 1954; Vázquez Calzada, 1973; Vázquez Calzada y Morales del Valle, 1981; Vázquez Calzada, 1988, pp. 154-156, 160, 168).

6. Conclusiones

Indudablemente, se evidenciaron abusos en la práctica de la esterilización y en las pruebas de anticonceptivos en Puerto Rico que deben denunciarse. Esta experiencia de abusos, sin embargo, no es la totalidad de la historia ni explica de manera más profunda la confluencia de factores y sectores que han incidido en la trayectoria de control de natalidad entre las mujeres puertorriqueñas.

Nuestra condición colonial ha resultado en la desigualdad y pobreza que la eugenesia y el neomaltusianismo atribuyeron a la fecundidad excesiva y la sobrepoblación. Facilitó también la familiaridad con la situación de Puerto Rico a las entidades norteamericanas que promovieron el control poblacional, y ha propiciado la dependencia del gobierno puertorriqueño de fondos federales y las políticas estadounidenses para ofrecer acceso al control de natalidad.

En cuanto a la influencia del gobierno norteamericano, debemos recordar que las políticas con relación al control de natalidad en ese país, como en Puerto Rico, han sido fluctuantes y con intereses diversos, además de enfrentar la oposición por parte de opositores al control de natalidad. En ese sentido, se precisa continuar la investigación de los hilos específicos y las instancias gubernamentales estadounidenses particulares que pudieron influir en las prácticas y políticas en torno al control de natalidad en los diferentes momentos de esta trayectoria en la Isla.

Tampoco debemos suponer que el movimiento de control de natalidad en Puerto Rico fue un mero instrumento pasivo de los intereses de corporaciones, fundaciones, e investigadores norteamericanos interesados en el control poblacional en la Isla. Aunque pudieran entremezclarse con intereses y argumentos eugenésicos y neomaltusianos, en el movimiento en Puerto Rico se luchó también desde definiciones reformistas, por la implantación de programas y legislación que liberalizaba el acceso al control de natalidad. Cabe investigar el poder y la capacidad de negociación de estos sectores reformadores frente a los intereses de las fundaciones y compañías con visiones neomaltusianas más agresivas (Schoen, 2005, pp. 207-212).

De igual forma, no debemos trasladar en nuestros análisis las intenciones y definiciones de los propulsores de prácticas reproductivas –antinatalistas o pronatalistas– directamente a las decisiones y prácticas de las mujeres. El Estado u otras instituciones pueden, en efecto, forzar las decisiones reproductivas de las mujeres, bien prohibiendo o imponiendo la regulación de la fecundidad.

Más, en su agencia por mayor bienestar ante condiciones sociales y familiares opresivas, las decisiones de las mujeres pueden también confluir con las políticas y prácticas promovidas por políticas y programas dirigidos por otros intereses. En su estudio sobre Carolina del Norte, Schoen analiza cómo hubo las que presionaron para que las Juntas Eugenesias del estado autorizaran el procedimiento y lograr poner fin a su vida reproductiva. La autora nos alerta así que la línea entre coerción y opción es fluida y que esta debe referirse a la decisión de cada mujer en específico (Schoen, 2005, pp. 73, 74, 80, 112-124, 117, 217, 233-235).

En el caso de Puerto Rico, la inmensa mayoría de las esterilizaciones se realizaron bajo la ley que las hacía voluntarias y gran parte de las mujeres adujeron sentirse satisfechas con la decisión. Para estas, y en particular para las mujeres pobres, las pruebas de anticonceptivos y el acceso a la esterilización se vivieron desde otro espacio, otro significado: la necesidad de reducir su fecundidad. Como sugiere Vicente (2022), imponerles una subjetividad de víctimas nos lleva a ignorar sus luchas y aperturas a través de sus acciones cotidianas. Elementos de agencia, resistencia, necesidad, resignación, todas pueden estar presentes en las decisiones que como entes morales activos toman las mujeres.

Posiblemente será difícil en este sentido conocer la magnitud y naturaleza de los casos de coerción o presión en la experimentación de métodos y las esterilizaciones en Puerto Rico. Cabe incluso investigar los casos de esterilizaciones impuestas por el Estado durante la vigencia de la ley que lo permitía. Pero si bien es preciso reconocer las perspectivas y significados de las mujeres y su agencia en las decisiones, para dirigirnos a la libertad y justicia reproductiva corresponde atender sobre todo las condiciones que las limitan en sus decisiones.

En los términos más amplios, lograr la libertad reproductiva requiere estructuras de justicia de género, social, cultural y económica que ofrezcan los mayores espacios para la decisión de si tener o no tener prole, con quién y cuándo. En lo que toca a lo discutido en este escrito, si las mujeres de menos recursos reducen la fecundidad bajo mayor presión de las desigualdades sociales, económicas y de género, se precisa establecer la seguridad y el bienestar familiar, los apoyos a la crianza y las relaciones de pareja adecuadas para viabilizar la decisión de aquellas que desean más hijos o hijas.

Por otro lado, si la falta de información, acceso, o los problemas con otros métodos promueven aún la esterilización entre mujeres de menos recursos que desean regular su fecundidad, cabe demandar que el Estado trascienda su ambivalencia en cuanto al control de natalidad y que priorice en establecer programas más extensos y comprehensivos de salud sexual y salud reproductiva. Se precisa integrar los servicios de salud primaria, salud sexual y la salud reproductiva, y facilitar el conocimiento y el acceso a toda la diversidad de contraceptivos no sólo eficaces, sino seguros para la salud, incluyendo los métodos dirigidos a los hombres.

Así también, se requiere una educación sexual que permita a las y los jóvenes conocer las opciones para espaciar nacimientos y posponer la decisión de esterilizaciones tempranas, que pueden ser más propensas a un posterior arrepentimiento. Por otro lado, si bien es preciso tener las condiciones para mantener y criar los hijos e hijas deseadas, resulta importante ofrecer a las mujeres una educación con perspectiva de género y oportunidades de desarrollo más allá de la maternidad, que puedan sopesar en sus opciones reproductivas.

Finalmente, en un giro irónico, debemos enfrentarnos también hoy al recrudescimiento de la ofensiva de sectores conservadores y religiosos fundamentalistas, opuestos particularmente al aborto en su defensa de las definiciones de género tradicionales. De nuevo, un intento de maternidad forzada que restringe mayormente los derechos reproductivos de las mujeres de menos recursos, quienes se verán aún más limitadas en su acceso a abortos seguros. Permanece la lucha por mantener la legalidad y seguridad en los servicios de terminación de embarazos, además de exigir que se reconozca como un servicio de salud pública que lo haga accesible a todas las mujeres.

Las acciones e inacciones estatales son parte del contexto de nuestras opciones. Según reitera Otón Olivieri (2010, pp. 275-276), reclamamos las transformaciones necesarias para trascender una visión del derecho limitado a asegurar la protección frente a la intervención del Estado, y establecer un derecho afirmativo, en el cual el Estado venga obligado a viabilizar los medios para ejercer los derechos sexuales y los derechos reproductivos, de manera que se faciliten la autodeterminación de las mujeres y todas las personas.

Referencias

Libros

- Briggs, Laura (2002) *Reproducing Empire: Race, Science, and U.S. Imperialism in Puerto Rico*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Colón, Alice, Ana Luisa Dávila, María Dolores Fernós y Esther Vicente (1999) *Políticas, visiones y voces en torno al aborto en Puerto Rico*, Río Piedras: Centro de Investigaciones Sociales, Universidad de Puerto Rico.
- Lopez, Iris (2008) *Matters of Choice. Puerto Rican Women's Struggle for Reproductive Freedom*. New Brunswick, N.J., and London: Rutgers University Press.
- Lugo-Ortiz, Lourdes (2011) *Tropiezos con la memoria. La esterilización femenina en la prensa puertorriqueña (1940-1977)*. San Juan, Puerto Rico: Editorial Plaza Mayor.
- Ordover, Nancy (2003) *American Eugenics. Race, Queer Anatomy, and the Science of Nationalism*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Ramirez de Arellano, Annette and Conrad Seipp (1983) *Colonialism, Catholicism, and Contraception. A History of Birth Control in Puerto Rico*. Chapel Hill and London: The University of North Carolina Press.
- Rivera Lassén, Ana Irma y Elizabeth Crespo Kebler (2001). *Documentos del Feminismo en Puerto Rico. Fascimiles de la historia*. San Juan: Editorial de la Universidad de Puerto Rico.
- Schoen, Johanna (2005) *Choice & Coercion. Birth Control, Sterilization, and Abortion in Public Health and Welfare*. Chapel Hill & London: The University of North Carolina Press.
- Stepan, Nancy Leys (1996) "The Hour of Eugenics": Race, Gender, and Nation in Latin America. Ithaca y Londres: Cornell University Press. Cornell Paperbacks. Primera publicación 1991.
- Vázquez Calzada, José L. (1988) *La población de Puerto Rico y su trayectoria histórica*. San Juan: Impreso en Taga Offset Printing Service.

Artículos

- Boring, Catherine Chase, Roger W. Rochet y José Becerra (1988) "Sterilization Regret among Puerto Rican Women". *Fertility and Sterility* 49 (6), pp. 973-981.
- Colón Warren, Alice (2002) "Asuntos de género en la discusión pública a través del siglo veinte en Puerto Rico". *Revista Jurídica, Universidad Interamericana de Puerto Rico XXXVI* (3), pp. 403-431.
- (2013) "Mujeres y estructuras de las crisis: Empleo, Estado, familias y división sexual del trabajo". En *El Gran Caribe en el Siglo XX. Crisis y respuestas*. Luis Suárez Salazar y Gloria Amézquita, Comps. Buenos Aires: CLACSO, pp. 167-206.
- Fraser, Nancy (1989) "Gender and the Politics of Need Interpretation". Parte 3 en *Unruly Practices: Power, Discourse and Gender in Contemporary Social Theory*. Minneapolis: University of Minnesota Press, pp. 113-190.
- Otón Olivieri, Patricia (2010) "Agenda inconclusa: Derechos sexuales y reproductivos desde la perspectiva de salud". *Revista Jurídica de la Universidad de Puerto Rico*. 79 (3), pp. 851-877.
- Paniagua, Manuel E, et al (1964) "Medical and psychological sequelae of surgical sterilization of women". *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 90 (4), pp.421-430.
- Rodríguez Trias, Helen (1977) "Sterilization Abuse". *Women and Health*. 3 (1), pp. 10-15.
- Romero Lisa et al. (2022) "Access to Contraceptive Services in Puerto Rico: An analysis of Policy and Practice Change Strategies", 2015-2018 *J Public Health Manag Pract* 28 (2) E506-E517 HHS Public Access nihms-1688891.pdf
- Stycos, J. Mayone (1954) "Female Sterilization in Puerto Rico". *Eugenics Quarterly* 1, pp.3-9
- Tietze, Christopher (1947) "Human Fertility in Puerto Rico". *American Journal of Sociology*. 53(1), pp. 34-40.

Torres–Degró (2010) "Discusión legislativa y gubernamental en Puerto Rico ante los asuntos de índole poblacionales; Estrategias e intrigas entre 1898–1937". *CIDE digital* 1(2), pp. 49–78.

Vázquez Calzada José L. (1973) "La esterilización femenina en Puerto Rico". *Revista de Ciencias Sociales* XVII (3), pp.281–308.

Warren, Charles et al (1988) "Tubal Sterilization: Questioning the Decision". *Population Studies*. 42 (3) pp.407–418.

Documentos

Center for Popular Democracy (CPD) y Center on Race and the Economy (ACRE) (2021) *Promesa fracasó: Cómo una Junta colonial enriquece a Wall Street y le hace daño a Puerto Rico*. Septiembre.

Colón, Alice (2015) Informe sometido a la Asociación Puertorriqueña Pro Bienestar de las Familias. Análisis cualitativo de la encuesta realizada a mujeres que se realizaron abortos en la Clínica Iella. En archivo de la autora

Dávila, Ana Luisa *et al.* (1998) Encuesta de Salud Reproductiva: Puerto Rico, 1995–96. Resumen de los hallazgos. Grant Number 95–BPRMCHS–04 Titulo V – MCHB. San Juan: Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. Mayo.

García, Ana María, Directora (1992) *La Operación*. Documental. Nueva York: Latin American Film Project/ Cinema Guild.

Estado Libre Asociado de Puerto Rico (ELA), Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) (2015) Carta Normativa 15–03–25–A (Enmendada), 19 de mayo.
 (2019) Carta Normativa 15–1002–C, 26 de marzo.
 (2020) Manual del Beneficiario 30 de septiembre.

Estado Libre Asociado de Puerto Rico (ELA), Departamento de Salud (1992) Informe Anual de Estadísticas Vitales 1990, abril.
 (2016) Orden Administrativa Num. 350 . Para ordenar a los Planes Médicos y/o Seguros de Salud a ampliar el acceso a métodos contraceptivos eficaces, entre otras actividades como resultado del virus Zika en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico de conformidad con las leyes vigentes y en virtud de la autoridad que le confiere la Ley Número 81 del 14 de marzo de 1912, según enmendada y cónsono con Orden Administrativa Núm. 345 del 2 de febrero de 2016. 7 de abril.
 (2019) Informe Anual de Estadísticas Vitales, 2015 y 2016, mayo.

Negociado del Censo de Estados Unidos (2020) Encuesta de la Comunidad de Puerto Rico, 2020 (en www.factfinder.census.gov).

Organización Panamericana de la Salud (2007) Perfil de sistemas de salud de Puerto Rico. Washington DC, mayo.

U. S. Census Bureau (2022) Quick Facts. www.census.gov/quickfacts/fact/table/PR/PST045222.

Vázquez Calzada, José y Zoraida Morales del Valle (1981) La esterilización femenina y su efectividad demográfica: El caso de Puerto Rico. Mimeo, octubre

Vicente, Esther (2022) "De Conejillos de Indias a activistas por la justicia reproductiva." Ponencia presentada en el panel: Puerto Rico, el Gran México y la justicia reproductiva Latinx en los Estados Unidos, en la Conferencia: Legados de la eugenesia en América Latina. Organizada por UC Santa Barbara, 12 y 13 de octubre. Inédita.

Jurisprudencia y legislación

Roe v Wade, 410 U.S 113 (1973)

Pueblo v Duarte, 109 DPR 596 (1980)

Ley No. 33 de 1937. Para castigar la provocación del aborto y enmendar el artículo 268 del Código Penal y otros fines. (Puerto Rico)

Ley 116 Ley para la esterilización en Puerto Rico. Derogada por la Ley 69 de 1960. (Puerto Rico)

Ley No. 136 de 1937 Para prohibir la inducción, enseñanza y práctica del aborto; fomentar la enseñanza y divulgación de los principios eugenésicos con vista a la obtención de una prole sana y vigorosa y bajar el alto coeficiente de mortalidad infantil. Derogada por la Ley num 125 de 2011. (Puerto Rico)

Patient Protection and Affordable Care Act de 2010. (Estados Unidos)

Artículos Periodísticos

Bosque Pérez, Pedro, "Estado debe obligar a parir ante baja natalidad. Apoya portavoz Coalición Provida y Familia." EsNoticiaPR, Blog, 6 de octubre 2022 ([esnoticiapr.com/ estado- debe-obligar- a- parir- ante- baja- natalidad -apoya- portavoz-coalición-provida- y- familia](https://esnoticiapr.com/estado-debe-obligar-a-parir-ante-baja-natalidad-apoya-portavoz-coalición-provida-y-familia))

Díaz Tirado, Adriana, "En Puerto Rico. Intacto el derecho al aborto". El Nuevo Día, 25 de junio, 2022.

Parés Arroyo, Marga. "Reto demográfico. Marcada reducción poblacional. El Nuevo Día, 11 de septiembre, 2022.

Rivera Clemente, Yaritza, "Derrotan medidas que intervienen con el derecho al aborto". El Vocero, 15 de noviembre, 2022.

Villarosa, Linda. "The Long Shadow of Eugenics in America". The New York Times Magazine, 8 de junio, 2022.