

BIBLIOGRAPHIC DATA SHEET1. CONTROL NUMBER
PN-AAH-2752. SUBJECT CLASSIFICATION (695)
PA00-0000-0000

3. TITLE AND SUBTITLE (240)

La ley and y la planificacion familiar

4. PERSONAL AUTHORS (100)

Lee, L. T.

5. CORPORATE AUTHORS (101)

Tufts Univ. Fletcher School of Law and Diplomacy

6. DOCUMENT DATE (110)

1971

7. NUMBER OF PAGES (120)

22p.

8. ARC NUMBER (170)

9. REFERENCE ORGANIZATION (180)

Tufts

10. SUPPLEMENTARY NOTES (500)

(In Serie de Monografias Sobre Derecho y Poblacion no. 1)

(In Spanish and English. English, 2Op.: PN-AAH-274)

(Reprinted from Estudios de Planificacion Familiar, v. 6, no. 4, p.157-189)

11. ABSTRACT (950)

12. DESCRIPTORS (920)

Birth control
Family planning

Human rights

Law
Public welfare
Population policy
Socioeconomic status

13. PROJECT NUMBER (150)

14. CONTRACT NO.(140)

AID/csd-2810

15. CONTRACT
TYPE (140)

GTS

16. TYPE OF DOCUMENT (160)

PN-AAH-275



Serie de Monografías Sobre Derecho y Población
Numero 1

La Ley y la Planificación Familiar

por Luke T. Lee



Programa de Derecho y Población
THE FLETCHER SCHOOL OF LAW AND DIPLOMACY
Administered with the Cooperation of Harvard University
Tufts University
Medford, Massachusetts

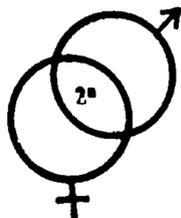
Law and Population Book Series

- 1/ *Population and Law*, Luke T. Lee and Arthur Larson (eds.) (Leyden: A. W. Sijthoff; Durham, North Carolina: Rule of Law Press, 1971).
- 2/ *International Migration Law*, Richard O. Plender (Leyden: A. W. Sijthoff, 1972).
- 3/ *Population in the United Nations System: Developing the Legal Capacity and Programs of UN Agencies*, Daniel G. Partan (Leyden: A. W. Sijthoff; Durham, North Carolina: Rule of Law Press, 1973).
- 4/ *World Population Crisis: The United States Response*, Phyllis T. Piotrow (New York: Praeger, 1973).
- 5/ *Human Rights and Population: From the Perspectives of Law, Policy and Organization* (Medford, Massachusetts: Law and Population Programme, 1973).
- 6/ *The Abortion Experience*, Howard J. Osofsky and Joy D. Osofsky (eds.) (New York: Harper & Row, 1973).
- 7/ *The United Nations and Population: Major Resolutions and Instruments* (New York: United Nations Fund for Population Activities, 1973).

Law and Population Monograph Series

- 1/ *Law and Family Planning*, by Luke T. Lee (1971).
- 2/ *Brief Survey of U.S. Population Law*, by Harriet F. Pilpel (1971).
- 3/ *Law and Population Growth in Eastern Europe*, by Peter B. Maggs (1972).
- 4/ *Legal Aspects of Family Planning in Indonesia*, by the Committee on Legal Aspects of the Indonesia Planned Parenthood Association (1972).
- 5/ *Law and Population Classification Plan*, by Morris L. Cohen (1972).
- 6/ *Law, Human Rights and Population: A Strategy for Action*, by Luke T. Lee (1972).
- 7/ *Population in the UN System: Developing the Legal Capacity and Programs of UN Agencies*, by Daniel G. Partan (a summary of a book, see item 3 above.) (1972).
- 8/ *The World's Laws on Voluntary Sterilization For Family Planning Purposes*, by Jan Stepan and Edmund H. Kellogg (1973).
- 9/ *Law and Population Growth in Singapore*, by Peter Hall (1973).
- 10/ *Law and Population Growth in Jamaica*, by Robert C. Rosen (1973).
- 11/ *Law and Population Growth in the United Kingdom*, by Diana M. Kloss and Bertram L. Raisbeck (1973).
- 12/ *Law and Population Growth in France*, by Jacques Doublet and Hubert de Villedary (1973).
- 13/ *Medical Considerations for Legalizing Voluntary Sterilization*, by F. I. D. Konotey-Ahulu, M.D. (1973).
- 14/ *Brief Survey of Abortion Laws of Five Largest Countries*, by Luke T. Lee (1973).
- 15/ *Anti-Contraception Laws in Sub-Saharan Francophone Africa: Sources and Ramifications*, by Bernard Wolf (1973).
- 16/ *International Status of Abortion Legalization*, by Luke T. Lee (1973).
- 17/ *The World's Laws on Contraceptives*, by Jan Stepan and Edmund H. Kellogg (1974).
- 18/ *Population and the Role of Law in the Americas*, Proceedings of a Seminar of the Human Rights Committee at the 18th Conference of the Inter-American Bar Association (1974).
- 19/ *Legal Aspects of Menstrual Regulation*, by Luke T. Lee and John M. Paxman (1974).

This monograph is one in a continuing series published under the auspices of the Law and Population Programme, the Fletcher School of Law and Diplomacy. The Law and Population Programme and its field work are supported in part by the International Planned Parenthood Federation, the United Nations Fund for Population Activities, and the U. S. Agency for International Development, among others. The Programme is under the general direction of an International Advisory Committee on Population and Law, whose members are listed at the end of this monograph. The conclusions and opinions of this monograph are the sole responsibility of the author, and do not necessarily reflect those of the Law and Population Programme, the Fletcher School, or any of the supporting agencies. Printed in the U.S.A.



Estudios de Planificación Familiar *

Volumen 6, número 4

Abril de 1971

LA LEY Y LA PLANIFICACION FAMILIAR

Este número del Boletín está consagrado al trabajo del Dr. Luke T. Lee, J. D., Ph. D., Director del Programa de Ley y Población de la Escuela Fletcher de Leyes y Diplomacia de la Universidad Tufts (administrada en cooperación con la Universidad de Harvard). Este documento se preparó originalmente para la reunión del Comité de Expertos en Planificación Familiar de los Servicios de Salud de la Organización Mundial de la Salud, la que tuvo lugar los días 24 a 30 de noviembre de 1970. Richard K. Gardiner, Vice-Director del Programa de Ley y Población, colaboró en la preparación del trabajo.

INTRODUCCION

Las actitudes del Estado siempre influyen sobre el desarrollo de la población del país, cualquiera que sea el fin

que persigue la ley e inclusive en los casos en que supuestamente ésta no se incline ni en un sentido ni en otro. Por su estructura misma la población a su vez influye sobre toda clase de le-

TABLA DE MATERIAS

La ley y la planificación familiar

Luke T. Lee

Introducción	157	Situación de la mujer	174
		Edad del matrimonio	175
Control de la natalidad	160	Divorcio y nuevo matrimonio	176
		Poligamia	177
Anticoncepción	160	Programas de seguro social	178
Aborto	163	Otros factores sociales y de bienestar	178
Esterilización	168		
Impacto sobre la fecundidad	169	Administración	179
Factores sociales y económicos	170	China	179
		Japón	181
Subsidios familiares	170	Pakistán	183
Subsidio de maternidad	172	República Arabe Unida	184
Impuestos sobre el ingreso	173	Estados Unidos	186
El trabajo de menores y la educación	174	Conclusiones	188

yes ya sean constitucionales, orgánicas o estatutarias¹. Esta realidad es esencialmente el fundamento del enfoque legal hacia la población y la planificación familiar; el mensaje, tan sucintamente presentado hace 21 años por el Sr. Jacques Doublet, miembro del Consejo de Estado de Francia, ha pasado totalmente desapercibido en un campo que hasta ahora ha considerado que los abogados nada tienen que ver en el asunto. Estos tampoco están libres de toda culpa en lo que se refiere a esta actitud, ya que han dirigido su capacitación y su práctica hacia los aspectos más técnicos de la ley y en general han evadido persistentemente el reto representado por un problema de graves proporciones. En 1965, por ejemplo, entre los mil participantes y observadores de la Conferencia Mundial sobre Población de las Naciones Unidas que se celebró en Belgrado, había solamente un abogado y ninguno de los cientos de trabajos presentados allí se refirió a los aspectos legales del problema demográfico y de la planificación familiar.

A partir de ese año dos acontecimientos de primera importancia han puesto claramente de relieve la necesidad del enfoque legal: (1) La Declaración sobre Población suscrita por 12 Jefes de Estado en 1966 (que ya en 1967 eran 30) en el sentido de que la planificación familiar es un derecho humano básico, y (2) la adopción unánime de la Proclamación de Teherán en 1968, cuando la Conferencia de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos, en la que se reconocía igualmente la planificación familiar como un derecho humano básico, así como la aprobación

de una resolución en la que se afirmaba el derecho de las parejas de recibir suficiente instrucción e información sobre planificación familiar². En vista de que los "derechos humanos" imponen una responsabilidad no sólo moral sino también *legal* a los estados, todos los gobiernos tienen el deber legal de ver que las leyes y políticas que se oponen a la puesta en práctica de estos derechos sean enmendadas o abolidas y que se adopten unas nuevas, acordes con dichos derechos. Por añadidura, "Los derechos humanos, *ex hypothesi*, son derechos de todos los seres humanos, cualquiera que sea su nacionalidad"³.

A pesar de esto, el reconocimiento de la planificación familiar como un derecho humano básico rara vez se ha traducido a nivel nacional en las reformas legales sistemáticas tendientes a la concordancia de las disposiciones existentes con dicho reconocimiento, de modo que todavía subsisten restricciones para la importación, fabricación, publicidad y transporte de los anticonceptivos; la edad mínima para el matrimonio es aún muy baja, las leyes educativas siguen prohibiendo la enseñanza de la planificación familiar y de la educación sexual en las escuelas, los servicios de salud pública permanecen sordos a la necesidad de instrucción y consejo en planificación familiar, así como a las clínicas de servicios; el sistema de bienestar social y el impositivo en ocasiones favorecen las familias numerosas y los códigos sobre aborto contribuyen a que éste se haga ilegalmente, con el elevado riesgo y alto costo que implica. Inclusive en los casos en los que se han hecho reformas legales subsisten grandes vacíos debidos a falta de coordinación; la baja prioridad asignada a la codificación legal en muchos países recién independizados sig-

1. Jacques Doublet, "Des Lois dans leurs Rapports avec la Population", *Population*, 4 (1) 39-56 (1949).

2. Conferencia de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos, Teherán, 1968. Doc. N. U. A/CONF. 32/41, Resolución XVII sobre Aspectos de los Derechos Humanos de la Planificación Familiar, que se encuentra reproducida junto con el texto de Proclamación de Teherán en el *American Journal of International Law*, 63: 678-79, 674-77, 1969.

3. Sir Humphrey Waldock, "Human Rights in Contemporary International Law and the Significance of the European Convention", en *The European Convention on Human Rights, International and Comparative Law Quarterly*, Sup., Publicación N° 11, pág. 3, 1965.

nifica el mantenimiento de leyes arcaicas, heredadas en bloque de las antiguas potencias coloniales, lo que muchas veces lleva al fracaso de la política oficial a favor de la planificación familiar.

A nivel internacional es alentador que las Naciones Unidas y sus agencias especializadas estén desarrollando actividades cada vez mayores en el campo de la población y la planificación familiar después de un largo período de inactividad, aunque el carácter autónomo de las agencias, así como la novedad de sus programas de población, han impedido hasta ahora utilizar al máximo la capacidad del sistema. De todos modos y a pesar de que en las agencias especializadas no solamente hay vacíos y traslape de funciones y que tampoco está asegurada la unidad de fines ni la división del trabajo, en ningún caso se puede subestimar el potencial que representan. Un solo ejemplo sirve para demostrarlo: existe poco material adecuado para la enseñanza de la planificación familiar y para la educación sexual en las escuelas, lo que significa que muchos estados se ven privados de uno de los medios más efectivos de convertir realmente la planificación familiar en un derecho humano básico; ¿no podría acaso la UNESCO, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, auspiciar la preparación de los necesarios libros de texto, a semejanza de lo que ha hecho en referencia a raza, y recordando que el Artículo 11 de su Constitución dice que su fin es "propiciar el respeto universal por... los derechos humanos"?

Este estudio de la legislación nacional bajo el punto de vista de los efectos promotores o restrictivos de la planificación familiar debe necesariamente ser de naturaleza selectiva y tentativa. En primer lugar, ningún país ha compilado sistemáticamente las leyes que tienen que ver con esta cuestión; los estatutos y decretos se encuentran diseminados dentro del cuerpo de la ley y las decisiones administrativas y judi-

ciales, así como sus interpretaciones, están generalmente enterradas y en muchos casos no son del conocimiento general⁴. Además, las respuestas a muchos interrogantes en materia de jurisprudencia esperan una investigación a fondo. Basta mencionar algunas de las necesidades existentes:

(1) Aunque la ley tiene ciertas repercusiones sobre el comportamiento de la gente, su amplitud varía no solamente entre un país y otro sino también de acuerdo con la materia de que se trata; por ejemplo, con frecuencia los que violan la ley contra el aborto quedan sin castigo mientras que la prohibición de hacer propaganda de los anticonceptivos se hace cumplir más estrictamente. Las diferencias entre la ley y su práctica generalmente favorecen más un determinado segmento de la sociedad que otros, así que el problema del que nos ocupamos debiera ser fuente de preocupación para los legisladores y los encargados de hacerla cumplir.

(2) A pesar de que con frecuencia las leyes reflejan las normas y costumbres sociales, sus posibilidades como catalizadoras del cambio no debieran dejarse de lado. Cabe preguntarse, por ejemplo, si la liberización de la ley japonesa sobre el aborto no hizo más que seguir un cambio ya ocurrido en el clima social y cultural a favor de aquél, o bien sirvió para desencadenarlo o por lo menos para ayudar a conseguir su aceptación y utilización.

(3) ¿Cuáles son los efectos de una ley que va exactamente en contra de los propósitos de otra o bien que no puede ponerse en vigor debido a que emana de decretos administrativos inadecuados o inconsistentes? Los efectos de la legalización en Francia de la

4. Es de desear que el Programa de Leyes y Población recopile y publique lo más pronto posible una serie legislativa amplia, que la revise periódicamente y que de preferencia esta tarea la lleve a cabo junto con otra organización internacional.

venta y distribución de anticonceptivos, por ejemplo, deben considerarse en relación por una parte a los incrementos anuales de los subsidios a la familia y por la otra en referencia a la no promulgación de los decretos administrativos para la puesta por obra de la ley de 1967; hasta el momento en que se redactó este trabajo muchos ginecólogos franceses se negaban a dar consejo sobre anticonceptivos o a prescribirlos a sus pacientes, precisamente por no haberse promulgado los decretos pertinentes. A pesar de la reciente liberalización de la ley sobre aborto en el Estado de Nueva York, la confusión reina en la ciudad de Nueva York debido a que los reglamentos locales de salud restringen la práctica del aborto a la consulta externa de los hospitales⁵.

(4) ¿Cuáles son las relaciones entre la ley municipal y la internacional en lo que concierne a los derechos humanos, entre los que está el derecho a la planificación familiar? ¿Existen acaso a este respecto conflictos inherentes entre los derechos humanos "individuales" y los "colectivos"? ¿Cuáles son las bases legales y los límites de la cooperación y coordinación entre organizaciones (las agencias de las Naciones Unidas, las organizaciones regionales, las organizaciones internacionales privadas, etc.)? Es evidente que en relación a esto, tanto las leyes constitucionales como las de política exterior de cada país son válidas.

(5) Por último, se ignora la forma en la que estas leyes afectan la fecundidad, así como las relativas a la poligamia, el divorcio, la migración, la homosexualidad, la herencia y la tenencia de tierras⁶; además pueden existir otros campos legales que también influyan sobre aquella y que aún no han sido identificados porque solamente ahora se comienza a estudiar seriamente

5. *New York Times*, octubre 20 de 1970.

6. Véase la segunda parte de este trabajo: "Factores sociales y de bienestar".

te el enfoque jurídico de la planificación familiar, así que todos estos elementos deberán ser investigados sistemáticamente.

Sujeto a las advertencias ya mencionadas, a continuación se procura analizar y valorar los efectos de la legislación nacional sobre la planificación familiar, sobre todo en relación a las actividades, normas de práctica, canales administrativos y factores sociales y de bienestar.

CONTROL DE LA NATALIDAD

Aquí se utiliza la expresión "leyes de control de la natalidad" en referencia a las leyes sobre anticoncepción, aborto y esterilización que se estudiarán separadamente y al final de cada sección se discutirán sus interrelaciones así como su posible impacto sobre la fecundidad.

Anticoncepción

La legislación tiene que ver con la anticoncepción de diversas maneras, por ejemplo, prohibiendo la importación, fabricación, distribución, venta o publicidad de anticonceptivos y la difusión de la información sobre control de la natalidad. Este tipo de prohibiciones todavía subsisten en algunos países⁷ pero el cumplimiento de la ley ya es otra cosa; de todos modos quedan pocos en los que exista una interdicción absoluta y la tendencia actual es hacia una mayor liberalización.

Los comentarios que siguen se refieren a distintos aspectos de la anticoncepción.

7. En Connecticut, por ejemplo, hasta 1965 estaba prohibido terminantemente usar cualquier droga, artículo o instrumento con fines anticonceptivos; en ese año la Corte Suprema del país declaró la ley anticonstitucional por violar el derecho de "privacidad matrimonial" entre otras cosas.

DISTRIBUCIÓN Y VENTA

En Irlanda y España está prohibida la venta de anticonceptivos⁸ y lo mismo sucedía en Francia (con excepción del condón)⁹ con anterioridad a la ley de 1967¹⁰; por otra parte, en Suecia las farmacias deben tenerlos siempre a la venta¹¹.

En la República Popular China también se exige que las farmacias "mantengan existencias razonables" de anticonceptivos¹² y todas las tiendas, farmacias y cooperativas, inclusive las secciones rurales, deben participar en su venta; por otra parte, siempre que sea posible, las ventas a los clientes hombres deben ser hechas por un vendedor y a las mujeres por una vendedora; ambos reciben un adiestramiento corto sobre teorías y métodos anticonceptivos, almacenamiento y saneamiento. Es necesario hacer notar que todas estas dis-

posiciones se refieren solamente a la gente Han; en todos los territorios donde hay minorías étnicas (no Han), éstas no tienen acceso a los anticonceptivos¹³.

La regla general parece ser que las drogas solamente pueden venderse en las farmacias y en cambio no existe esta restricción para otros tipos de anticonceptivos, aunque la distribución con máquinas automáticas se presta a un control más estricto, como sucede en Suecia y en Gran Bretaña; en este último país las leyes locales prohíben este tipo de venta en los sitios públicos, bien sea como expresión de una decisión regional o bien porque su promulgación es resultado de leyes "modelos" que han sido sugeridas a nivel central.

India es un buen ejemplo del sistema prevalente en muchos países: los dispositivos que requieren administración clínica deben obtenerse en las clínicas oficiales; los anticonceptivos convencionales, inclusive los productos químicos, se consiguen en las farmacias y los condones se venden casi en todas partes, inclusive en las tiendas de abarrotes¹⁴. En el Japón se ha modificado la restricción anterior que no autorizaba las ventas más que en las farmacias y actualmente las pueden hacer los trabajadores autorizados de planificación familiar; este caso es un ejemplo de una ley que se ha adoptado para que responda a las necesidades específicas, en lugar de incluir ciegame-nte los anticonceptivos dentro de la categoría de drogas.

Hasta julio de 1970 las leyes de Massachusetts prohibían la venta de "cualquier droga, remedio, instrumento o artículo destinado a la anticoncepción"¹⁵, con excepción de las personas

8. U. N. ECOSOC, *Measures, Policies and Programmes Affecting Fertility*, with Particular Reference to National Family Planning Programmes: Provisional Report of the Secretary General (U. N. Doc. E/CN. 9/232, septiembre 17 de 1969 (abreviado de ahora en adelante en U. N. Measures), pp. 70-71. En él se encuentra mucha información referente a las cuestiones tratadas en este trabajo y además representa una fuente valiosa de referencia de material básico.
9. Elisabeth Draper, *Birth Control in the Modern World* (Londres 1965), pág. 181.
10. Ley N° 67-1176 del 28 de diciembre de 1967 sobre control de la natalidad, derogando los artículos L. 648 y L. 649 del Código de Salud Pública (*Journal Officiel de la République Française*, diciembre 29 de 1967, N° 302, págs. 12361-62); *International Digest of Health Legislation*, 19: 620, 1968.
11. Asociación. Sueca para la Educación Sexual, "Sweden" en *Population and Law*, Lee y Arthur Larson, eds., que aparecerá en el curso de 1971 (que de ahora en adelante se indicará simplemente como *Population and Law*).
12. *C-hung-hua Jen-min Kung-ho-kuo Kuowuyuan Kung Pao* People's Republic of China, *State Council Bulletin*, 1957, N° 14, págs. 259-262.

13. Véase Huang Yu-chian, *Chung-kung Chih-yu Yung-tung* (*Birth Control in Communist China*) (Hong Kong, 1967) págs. 80-81.

14. Saran Gurdev Sing, "India", en *Population and Law*, *op. cit.*

15. Massachusetts Annual Laws (Suplemento de 1966), Sección 21.

casadas a quienes los médicos inscritos podían formularlos y suministrarlos los farmacéutas registrados¹⁶; el 6 de julio de 1970¹⁷ esta disposición fue derogada por la Corte de Apelaciones del Primer Circuito por inconstitucional.

PUBLICIDAD

Las restricciones legales relativas a la publicidad y propaganda de los anticonceptivos son frecuentes; en los casos en que su venta está prohibida por la ley también está prohibido hacer cualquier publicidad sobre ellos, como sucedía en Massachusetts hasta que se derogó la ley¹⁸. Pero inclusive cuando las ventas de anticonceptivos están autorizadas está prohibido, sin embargo, hacer publicidad, como es el caso de Bélgica, Francia, la República Federal Alemana y Suecia. Las leyes que restringen la difusión de información falsa o engañosa con respecto a las drogas abarcan igualmente todos los anticonceptivos considerados como tales.

EDUCACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

Además de las leyes que limitan la publicidad de los anticonceptivos que se venden para hacer dinero, es necesario considerar también las que rigen la propagación de la información anticonceptiva, ya sea a través del sistema educativo o de un servicio especial. En muchos países, tales como Irlanda, España e Italia, todavía existen leyes que coartan la distribución de la información o la instrucción sobre esta materia, aunque su aplicación no es demasiado estricta. Pocos países han hecho verdaderos progresos por medio del sis-

tema educativo general, con excepción de Suecia que por el momento es el único en el que la educación sexual es obligatoria en las escuelas; lo estipulado en el Código Penal, que prohíbe cualquier material que pueda "representar un riesgo grave para la educación moral de la juventud", no ha representado un obstáculo para la educación sexual.

En algunos países se ha remediado parcialmente la falta de difusión del conocimiento de la anticoncepción a través del sistema educativo, al asumir esta función algunas organizaciones oficiales y privadas, como las Oficinas de Consulta sobre Protección Eugénica en el Japón y las de consulta familiar en Alemania Occidental; inclusive en Bélgica, donde el clima legal puede describirse como opuesto a la anticoncepción, existen centros donde se suministra información¹⁹.

Una tasa elevada de aborto, junto con una igualmente alta de natalidad, puede llevar a una legislación que fomente la anticoncepción y la difusión de la información anticonceptiva, como sucedió en el Japón; en ocasiones la ley puede aprovechar situaciones especiales en las que la idea de la anticoncepción será bien recibida, como es el caso en Polonia, donde la ley exige que se enseñe la anticoncepción a la mujer que va a ser sometida a un aborto y en Dinamarca, donde la instrucción en planificación familiar es obligatoria después del parto o del aborto.

La existencia de leyes restrictivas de la publicidad y la información, muchas veces de dudosa interpretación y aplicación impredecible, pueden ejercer una influencia inhibitoria sobre quienes, en caso de no existir éstas, se ocuparían activamente de promover la anticoncepción; una vez que las restric-

16. Sección 21A.

17. Véase *William R. Baird, Petitioner, Appellant, v. Thomas S. Eisenstadt, Sheriff of Suffolk County, Massachusetts, Respondent, Appellee*, 429 F. 2d 1398.

18. Véase la nota 15.

19. J. de Deken-Geirain y Marthe Zengelborghs-Bertels, "Belgium", *Population and Law* Estos centros obvian la dificultad representada por la legislación represiva contra la anticoncepción al prestar gratuitamente los servicios.

ciones son menores es posible emprender una campaña valiosa por la prensa y dar lugar a un debate público, así como extender la práctica anticonceptiva, como sucedió en Pakistán.

LA RECETA Y QUIENES LA DAN

Las limitaciones referentes a las personas autorizadas a prescribir drogas y suministrar servicios técnicos tales como la aplicación del DAIU se pueden clasificar como de carácter médico, por lo que en algunos países pueden existir algunas inherentes a ciertos métodos porque las leyes establecen que los anticonceptivos o unos cuantos de ellos no pueden ser recetados sino por los médicos; estas limitaciones son aún mayores cuando la ley fija además las condiciones en los que éstos las podrán prescribir. Por ejemplo, en la India solamente los médicos pueden aplicar el DAIU; tanto en la República Democrática Alemana²⁰ como en la Federal²¹ las disposiciones sobre drogas exigen receta médica para cualquier anticonceptivo químico; la ley francesa de 1967 autoriza al Ministro de Asuntos Sociales a elaborar una lista especial de anticonceptivos que podrán ser obtenidos únicamente mediante receta médica y por añadidura los dispositivos intrauterinos solamente podrán aplicarse en los hospitales o en otros centros autorizados.

FABRICACIÓN E IMPORTACIÓN

En las antiguas colonias británicas de Africa y en muchos países asiáticos en los que la planificación familiar constituye una política nacional está permitida la fabricación y la importación de anticonceptivos, pero en cambio en los países africanos francófonos y en ciertos países latinoamericanos están prohibidas. En ocasiones la prohibición de

importarlos es consecuencia de las limitaciones generales en materia de control de cambios, resultantes de una balanza desfavorable de pagos y no de una política de población.

Al no existir una producción nacional es necesario depender de los anticonceptivos importados, los que pueden ser difíciles de obtener debido a los controles de importación, e incluso que se suministren como parte de la ayuda extranjera; cuando el gobierno decide producirlos él mismo, existe el riesgo de que la centralización de los medios de producción dé como resultado una limitación en la selección, lo que podría afectar a ciertas parejas que necesitarían un método anticonceptivo diferente.

CONTROL DE CALIDAD

La meta del gobierno al asumir el control de calidad de los anticonceptivos puede ser proteger a los usuarios contra un posible peligro para su salud o bien asegurar la eficacia anticonceptiva. En la República Federal Alemana la fabricación de anticonceptivos químicos requiere la obtención de una licencia que garantiza las normas de competencia técnica; esto indica que la preocupación no es por la eficacia de la anticoncepción, ya que en este caso también se exigiría la licencia para los métodos mecánicos, sino por proteger contra el daño que podría resultar de la producción sin control de sustancias potencialmente nocivas. En Suecia el control se ejerce a través de la Junta de Salud y Bienestar, que lleva a cabo pruebas de calidad de los productos tanto importados como fabricados en el país por medio de muestras al azar, lo que da una mayor garantía de su confiabilidad.

Aborto

INTRODUCCIÓN

El examen de las leyes sobre aborto revela en muchos casos una gran dis-

20. Gunther G. Schulz, "German Democratic Republic", *Population and Law*, op. cit.

21. Schulz, "Federal Republic of Germany" *Population and Law*, op. cit.

paridad entre la ley misma y su práctica, la que se hace evidente en la cantidad de abortos ilegales y que en parte es debida a la falta de claridad y uniformidad en su interpretación y aplicación. Esto se ve sobre todo en los casos en que la tendencia a suavizar su rigidez toma la forma de excepciones a la prohibición, en lugar de modificar la ley para hacerla comprensiva. Inclusive en el Japón, donde la posibilidad de recurrir al aborto legal no está sujeta a las considerables restricciones prevalentes en la mayoría de los países, el código criminal²² contiene una prohibición bien clara del aborto mientras que la ley que lo autoriza es parte de la ley de Protección Eugenésica; posiblemente esta es la razón por la cual, cuando la cantidad de abortos llegó a un tope, se calculó que había casi tantos ilegales como legales.

Las zonas más importantes para un estudio comparativo de las disposiciones legales son: las causas por las que se autoriza el aborto; los procedimientos requeridos para la demostración de dichas causas y la naturaleza y extensión de los controles oficiales, puntos que se tratarán por separado.

CAUSAS PARA AUTORIZAR EL ABORTO

En muy pocos países la ley autoriza el aborto simplemente porque la persona interesada lo solicita, pues en aquellos en los que aparentemente basta con pedirlo lo que sucede realmente es que hay una ampliación *de facto* de una ley liberal. En aquellos en los que el derecho al aborto depende de que se establezcan las causas que lo justifican, dichas causas generalmente caen dentro de 4 categorías principales, que no son mutuamente exclusivas; un buen ejemplo es el de Bulgaria, donde la ley autoriza el aborto en el caso de mujeres de 45 o más años. Este factor de edad es pertinente no solamente bajo el punto de vista médico sino también socio-económico y posiblemente eugenésico.

22. Arts. 212-214; Lee, "Japan", *Population and Law*, *ibid.*

Médicas

Las causas médicas son las más ampliamente aceptadas; el examen de la legislación referente a las indicaciones médicas se centra en dos campos principales: primero, la lista de las condiciones que hacen posible el aborto legal y la formulación de las pruebas requeridas y segundo, la persona que debe tomar la decisión de autorizarlo. La ordenanza checa sobre la materia, por ejemplo, contiene una lista bastante extensa de los estados patológicos que representan un peligro para la salud de la mujer embarazada y determina que se requiere la autorización de una junta especial de aborto para que éste pueda efectuarse²³.

La disposición más frecuente es un permiso por el cual se hace una excepción a la ley penal; las más estrictas son las que solamente autorizan el aborto en caso de estar en peligro la *vida* de la mujer o mejor dicho, permiten que se aduzca esta causa como defensa. Esto es característico de algunas de las legislaciones de los Estados Unidos, de un cierto número de los países latinoamericanos y de la ley francesa. En cambio, en otros casos se permite el aborto para proteger la *salud* de la mujer; por ejemplo, en el Perú:

el aborto efectuado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada no es punible cuando no existe otro medio de salvar la vida de la madre o de evitar un perjuicio grave y permanente para su salud²⁴.

La interpretación de la ley puede depender en gran medida de la manera como ésta ha sido formulada; se podría comparar la redacción de la disposición peruana, en la que se especifica "perjuicio grave y permanente para la salud de la mujer" con la equivalente en la ley Thai, que permite el aborto lle-

23. Anexo a las instrucciones al Ministerio de Salud, N° 72/1962 Sb. NV: Kazimierz Grzybowski, "Czechoslovakia", Anexo I, *Population and Law*, *ibid.*

24. Decreto del 24 de mayo de 1946.

vado a cabo por un médico "en caso de ser necesario para salvaguardar la salud de la mujer"²⁵. Aunque teóricamente no hay gran diferencia entre las dos, en la práctica la última da mucha más latitud al médico para aplicar su opinión personal.

Las disposiciones pueden ampliarse a base de proveer criterios para su interpretación, como sucede con la ley danesa de 1956, que autoriza el aborto cuando es necesario suspender el embarazo para prevenir un grave peligro a la salud o a la vida de la mujer:

... Al evaluar este peligro es necesario tomar en consideración todas las circunstancias pertinentes, inclusive las condiciones en las que la mujer deberá vivir, y no solamente en relación a su salud física o psíquica sino también respecto a cualquier estado de debilidad física o psíquica actual o que amenaza presentarse²⁶.

En el Reino Unido la ley sobre aborto de 1967 deja la decisión sobre la interrupción del embarazo en manos de dos médicos registrados:

... en caso de que la continuación del embarazo implique un riesgo para la vida de la mujer o bien un daño a su salud física o mental o a la de sus hijos, que sea mayor que el de la terminación del embarazo; ...

Además de que la prueba que se aplica, el hecho de que la continuación del embarazo suponga un riesgo mayor que su terminación, permite la interrupción del embarazo con el fin de obtener una mejoría relativamente pequeña del estado médico de la mujer, la ley también permite tener en cuenta "el medio ambiente actual o razonablemente previsible" en que vive; aunque esto no establece una causa "social" puesto que supone consideraciones actuales o previsibles de salud, de todos modos permite tomar en consideración factores de naturaleza social o económica, inclusive la situación marital de la mujer y el tamaño de su familia.

25. Código Penal de Tailandia, BE 2499 (1956), Capítulo 3, Sección 305.

26. Ley N° 177 del 23 de junio de 1956, Sección 1, Sub-sección 1, párrafo 1.

Es significativo que aún en los países de Europa Oriental en los que las indicaciones del aborto abarcan una vasta gama de razones médicas, eugenésicas, sociales y económicas, los controles legales prohíben el aborto en un cierto número de casos, por ejemplo, cuando existen contraindicaciones médicas específicas, cuando el embarazo ha durado más de 3 meses o cuando la mujer ha tenido un aborto inducido en los 6 meses anteriores²⁷.

Socioeconómicas

Un ejemplo de aborto legal basado en causas socioeconómicas es el representado por la enmienda de 1961 a la ley checa de 1957, donde se establece como causa "la existencia de 3 hijos por lo menos" y también "el riesgo de la disminución del nivel de vida en los casos en que la responsabilidad económica de criar y educar a los hijos recae principalmente sobre la mujer"²⁸. Las leyes de Bulgaria autorizan igualmente a la mujer a recurrir al aborto cuando tiene 3 o más hijos. La ley 24 del 1º de julio de 1965 de Túnez, enmendando el artículo 214 del Código Penal y el Decreto de febrero 25 de 1949, autoriza el aborto en los casos de mujeres que han tenido "por lo menos 5 hijos vivos"²⁹.

En esta categoría también se incluyen las causas combinadas de salud y económicas en las que estas últimas predominan. El Japón es un ejemplo de esto; el Artículo 14 (1) de la Ley de Protección Eugenésica de 1948, tal como ha sido enmendado, autoriza un médico asignado para el caso a efectuar

27. *Report of the Committee to Study the Question of Legalization of Abortion*, Ministerio de Salud y Planificación Familiar, India, 1966. pág. 42.

28. Ruth Roemer, "Abortion Law: The Approaches of Different Nations", *American Journal of Public Health*, 57 (11): 1906, 1911, noviembre de 1967.

29. Lee, "Tunisia", en *Population and Law*, *op. cit.*

un aborto "a discreción suya" cuando "la salud de la madre puede verse seriamente afectada por la continuación del embarazo o por el parto, bajo el punto de vista físico y económico". Aunque de acuerdo con la letra de la ley, las razones "económicas" no constituyen por sí solas una causa suficiente para el aborto, la dificultad o imposibilidad de demostrar en forma concluyente su grave efecto adverso sobre la salud ha dado como resultado una interpretación tan liberal de la ley que en la práctica hasta las mujeres sanas y ricas pueden conseguirlo³⁰, y la mayoría de los abortos se han hecho en base a estas causas³¹.

Humanitarias

Algunas leyes autorizan el aborto por causas humanitarias: interrumpir los embarazos resultantes de actos criminales tales como violación, incesto, relación sexual con una mujer mentalmente deficiente o una niña menor de edad. Bajo el punto de vista de la limitación de la población las causas humanitarias son de poca importancia, pero de todos modos en muchos países no está permitido el aborto ni siquiera en estos casos, en que el niño nacerá en condiciones en extremo desfavorables, lo que es sintomático de la posición tan rígida adoptada por muchos estados.

Eugenésicas

En principio estas causas están estrechamente vinculadas con las médicas y se basan en la discapacidad de mantener a la población en buena salud médica, aunque el fundamento de las leyes que autorizan el aborto por causas eugenésicas tiene que ver tanto con la conveniencia del estado y de la familia como con la del feto.

PROCEDIMIENTOS

Muchos de los países escandinavos, así como los de Europa Oriental, exigen la autorización de una junta o comité antes de que se pueda efectuar el aborto. La manera como están constituidos varía; así, las juntas escandinavas están generalmente formadas por médicos (aunque en Dinamarca incluyen un trabajador social) mientras que en Europa Oriental se seleccionan sobre una base más amplia e incluyen igualmente personal no médico. En Checoslovaquia, por ejemplo, se requiere que formen parte del comité un diputado de distrito y una mujer que sea miembro del consejo distrital del pueblo. En la República Democrática Alemana se incluye un trabajador social y una representante de la organización femenina local; en Hungría el presidente de la junta es alguien nombrado por el funcionario médico más importante del distrito o de la región y entre sus miembros debe haber dos nombrados por el comité ejecutivo del consejo del pueblo y figurar el director del consejo de asuntos sociales, el jefe de la sección de asuntos sociales y una mujer elegida por los sindicatos.

En Escandinavia es necesario contar con el consentimiento de 2 o más médicos; la ley danesa establece una distinción entre la amenaza a la vida o a la salud de la mujer y los peligros de naturaleza médico-social; en el primer caso la decisión la toma el personal médico mientras que en el segundo la cuestión debe referirse al comité del "centro de ayuda a la madre", que da la autorización después de consultar con el médico particular de la mujer y con un especialista. En Finlandia existe la posibilidad de acudir a la junta médica en caso de no haberse podido obtener la autorización de 2 médicos, uno de los cuales lo nombra la junta; una vez que la junta concede la autorización tomará igualmente las disposiciones necesarias para que se haga al mismo tiempo la esterilización, a menos

30. Lee, "Japan", en *Population and Law*, *ibid*, en base a la entrevista del autor con el Sr. Hisao Aoki, del Ministerio de Salud y Bienestar de Tokio, el 15 de marzo de 1967.

31. Minoru Muramatsu, *Some Facts about Family Planning in Japan* (1955), pág. 9.

que existan razones valederas para no efectuarla.

El papel de algunas de las juntas de los países de Europa Oriental no se reduce solamente a conceder o negar el permiso para el aborto; en Bulgaria y Hungría, por ejemplo, se les exige que traten de disuadir a la mujer de hacerse el aborto aunque si ella insiste se le dará la autorización y en el primero de estos países las mujeres de 45 años o más o las que ya tienen 3 o más hijos pueden conseguir el aborto solicitándolo simplemente y sin necesidad de pasar por la aprobación del comité.

En algunos países, de los cuales el ejemplo más avanzado es la República Democrática Alemana, existen sistemas de apelación que permiten llegar hasta el comité regional e inclusive hasta el Ministerio de Salud.

En contraste con estas leyes que instituyen juntas de aborto, hay ejemplos de leyes liberalizadas que dejan la cuestión totalmente en manos del médico. En el Japón, la Ley de Protección Eugénica estableció Comités de Protección Eugénica encargados de autorizar los abortos cuando las causas no eran estrictamente médicas. La enmienda de abril de 1962 eliminó la necesidad de que el médico designado solicitara la autorización de un Comité para efectuar el aborto. Como ya lo indicamos, la legislación del Reino Unido deja al arbitrio de 2 médicos registrados la decisión, los que conjuntamente y de buena fé deben decidir si existen las causas que lo justifiquen o no.

Al comparar los dos sistemas es fácil ver las fallas inherentes a un procedimiento que supone contar con una junta o un comité, problema que ha sido ya reconocido en Suecia. Aunque el procedimiento checo involucra una junta distrital y la posibilidad de apelar a una regional en un término de 3 meses, en muchos casos las juntas no examinan concienzudamente las circunstancias de la solicitante. Por otra parte cabe también preguntarse si la

opinión de un médico, por más que sea un procedimiento más rápido que la decisión de una junta, es realmente el sistema más apropiado de tener en cuenta el ambiente actual o previsible de la mujer embarazada que solicita el aborto; el dejar la decisión totalmente en sus manos puede reflejar el punto de vista del estado en el sentido de que sean las consideraciones médicas las que revistan la importancia mayor, inclusive cuando son médico-sociales. Sería de esperar que estas últimas no dependieran exclusivamente de la determinación de los médicos desde el momento en que se las ha tomado en consideración.

Polonia ha procurado hacer una síntesis de los dos sistemas; partiendo de la base de que la institución del comité, con los retardos que supone, fomenta el aborto criminal, ha permitido por medio de la ley que un solo médico expida el certificado autorizando el aborto (aunque él no sea quien lo efectúa); en caso de que el médico se niegue, la mujer puede apelar ante una junta médica.

También es necesario hacer notar que la mayoría de las leyes estipulan un límite de tiempo para efectuar los abortos que no se deben a causas estrictamente médicas, el que casi siempre es de 3 meses; en la mayoría de los casos este límite se puede ampliar cuando existe una seria amenaza para la vida de la madre.

INSTALACIONES Y MÉDICOS

Cuando la ley autoriza el aborto éste está sometido a distintas medidas de seguridad; Hungría, el Reino Unido, Túnez y Singapur son ejemplos de los muchos países en los que se exige que la operación se practique en un hospital aprobado o designado para tal efecto y dentro de ciertas condiciones. Poco después de entrar en vigor la nueva ley sobre aborto en el Estado de Nueva York, los abortos se hacían en los consultorios de los médicos o en clínicas

muy pequeñas pero los nuevos reglamentos, que comenzaron a regir en octubre de 1970, han impedido la continuación de esta práctica al exigir que se disponga de un equipo que rara vez se encuentra fuera de las grandes clínicas o los hospitales ³².

Al exigirse que la operación la haga un médico en un hospital debidamente equipado en el que se hospitaliza a la mujer, como sucede en Europa Oriental, se ha eliminado en gran parte el riesgo del aborto legal; sin embargo muchas mujeres todavía recurren al ilegal debido a su renuencia a presentarse a una junta o comité, a que en ocasiones anteriores se les negó la autorización o bien porque su embarazo es de más de 3 meses.

Esterilización

INTRODUCCIÓN

La esterilización es parte del programa de control de la natalidad en unos cuantos países; por el momento es inaceptable en los islámicos pero en cambio ha tenido éxito entre las comunidades asiáticas no musulmanas. Los problemas legales al respecto se relacionan con la falta de seguridad en cuanto a las causas por las que se hace la esterilización.

CAUSAS

Veintiocho estados de los Estados Unidos tienen leyes sobre la esterilización y de estos, 26 autorizan la esterilización obligatoria de enfermos mentales recluidos en instituciones estatales mientras que solamente 5 la autorizan voluntariamente por causas terapéuticas o socioeconómicas. Los países escandinavos tienen leyes que permiten la esterilización voluntaria; en Suecia, por ejemplo, la Junta Nacional de Salud y Bienestar puede consentirla por causas médicas, augenésicas o sociales. Cabe mencionar que es posible autorizar la esterilización de la mujer por debilidad

física; en cambio si el marido la solicita aduciendo esta misma debilidad de su mujer no se le otorga el permiso.

En general, en los países de Europa Oriental no existen leyes en referencia a la esterilización; la excepción es Checoslovaquia, donde está permitida por motivos médicos o eugenésicos pero siempre que el interesado esté de acuerdo. En la India la posición legal es incierta a pesar de las muchas esterilizaciones hechas con el consentimiento de los pacientes. En el Japón las causas para autorizar la esterilización voluntaria previo consentimiento del cónyuge (entendiendo por tal la persona con la que el solicitante vive en situación marital, así no sea legal) incluyen las psicopatías hereditarias; la enfermedad o la deformidad física; la enfermedad mental ya sea del interesado, su cónyuge o un pariente consanguíneo de cualquiera de los dos; la lepra, si hay probabilidades de que sea contagiosa; la posibilidad de que ponga en peligro la vida de la madre con la concepción o el parto; la poca salud de la madre que ya tiene varios hijos y cuyo estado general parece afectarse seriamente con cada nuevo embarazo.

PROCEDIMIENTO

En pocos países se ha establecido un procedimiento especial relativo a la esterilización; sin embargo, en el Japón la Ley de Protección Eugénica instituye la posibilidad de la esterilización obligatoria cuando la operación es de interés público, aunque sujeta a una encuesta efectuada por un comité de protección eugenésica. Existen ciertas salvaguardias en el sentido de que si hay objeciones por parte del interesado, su cónyuge, el padre o la madre o quienes tienen poderes de tales o el tutor, éstos tienen 2 semanas para apelar ante el Comité Central de Protección Eugénica para la revisión del caso. Al no haber objeción o bien cuando el fallo de la corte ya es definitivo, se nombra un médico que lleva a cabo la intervención.

32. Véase la nota 5.

En Checoslovaquia la persona interesada (o el médico con el consentimiento de ésta) debe hacer por escrito la solicitud para la esterilización y enviarla al presidente de la junta especial nombrada por el director del Instituto Distrital de Salud Pública; la junta está constituida, entre otras personas, por el director del hospital o de la policlínica, por el jefe del departamento de ginecología o urología y por un médico especialista en la rama de la medicina que tiene que ver con la causa aducida para la esterilización. Una vez sometida la solicitud, la persona debe pasar un examen médico y cuando se trata de razones genéticas, el caso debe ser revisado por un comité consultativo de genética; si la solicitud es rechazada se puede apelar al nivel superior de autoridades médicas.

Impacto sobre la fecundidad

Una cuestión clave al examinar las leyes referentes al control de la natalidad es la posible demostración de una relación de causa y efecto entre estas leyes y la fecundidad; este interrogante es parte de un campo más amplio, el examen de las políticas subyacentes que llevaron a la introducción o modificación de dichas leyes por razones eugenésicas, de salud y religiosas y también para afectar las tendencias demográficas. La experiencia japonesa y de Europa Oriental sugiere que es deseable acompañar la liberación de las leyes sobre aborto de una legislación que fomente la anticoncepción y reservar el aborto para causas de salud, eugenésicas y humanitarias o para los casos en los que aquélla fracasó.

En cuanto a las leyes que restringen la disponibilidad de los anticonceptivos, es necesario poner de presente que su uso, y no su disponibilidad, es el factor que afecta directamente la fecundidad; la motivación para limitar el número de nacimientos es un elemento más importante que la facilidad de conseguir los anticonceptivos, como lo indica el hecho de que el descenso en las tasas de

natalidad fue en varios casos anterior a la liberalización de las leyes sobre su distribución y venta, aunque habitualmente posterior a la liberalización de las referentes al aborto. Un motivo de peso para liberalizar las leyes a fin de que correspondan a la práctica es la conveniencia de eliminar la discriminación entre ricos y pobres, a la que esta divergencia puede dar lugar; los que cuentan con medios económicos suficientes generalmente pueden adquirir los anticonceptivos en forma privada, inclusive cuando teóricamente están en vigor las leyes anticonceptivas y en cambio el gobierno no puede contradecirse a sí mismo suministrando anticonceptivos a los que no tienen dinero para comprarlos, como tampoco poner por obra programas a gran escala para fomentar el control de la natalidad mientras las leyes sigan figurando en los códigos.

Al tratar de evaluar la relación entre la ley sobre abortos y la tasa de natalidad, la experiencia de los países de Europa Oriental y del Japón representa un elemento valioso de estudio; en primer lugar, las modificaciones en la ley siempre han redundado en una disminución de la tasa de natalidad a pesar de que el aborto ilegal no se ha eliminado totalmente, pero tampoco se pueden pasar por alto otros factores como son la motivación económica así como el aumento del conocimiento anticonceptivo y su accesibilidad, que también pueden haber contribuido. Son particularmente significativos los casos en los que después de la liberalización de las leyes se "echó para atrás"; por ejemplo, cuando en 1936 en la Unión Soviética se declaró ilegal el aborto, la tasa de natalidad se elevó bastante por encima del nivel de 1935 y así continuó hasta el comienzo de la Segunda Guerra Mundial. La ley actual, que legaliza el aborto, se adoptó en 1955 al reconocerse la gran cantidad de abortos ilegales y el hecho de que las mujeres tenían derecho a regular el tamaño de su familia y a recurrir al aborto cuando fallaban los otros métodos. En los

años 50 se promulgaron leyes similares en casi todos los países de Europa Oriental con excepción de Albania y la República Democrática Alemana, en los que el aborto solamente se autoriza por razones médicas. A comienzos de los años 60 la tasa de natalidad había disminuído notoriamente en todos estos países menos en los dos mencionados como excepciones, en los que el descenso fue mucho menos marcado.

La prueba más reciente de la relación causa-efecto entre la ley sobre el aborto y la tasa de natalidad es la derogación de la ley que lo autorizaba, hecho que tuvo lugar en Rumania en 1966; inmediatamente se presentó una elevación de la tasa de natalidad.

La esterilización no tiene repercusiones significativas sobre la fecundidad cuando la ley limita su uso a las causas puramente eugenésicas o bien donde existe un fuerte tabú religioso-cultural en su contra. Esto también se aplica al aborto, aunque en general se recurre mucho más a éste que a la primera porque, aún cuando prevenir es mejor que curar, se acude a él cuando el embarazo ya es una realidad y la única manera de impedir que nazca el hijo no deseado es abortando; en cambio, en el caso de la esterilización, la perspectiva es a mucho más largo plazo puesto que se trata de evitar posibles embarazos.

Después de la aprobación en 1948 de la Ley de Protección Eugenésica, en la que se ampliaban considerablemente las causas para la esterilización, hubo en el Japón una rápida elevación de la cantidad de solicitudes. En algunos países asiáticos la esterilización es parte de los programas nacionales de planificación familiar y en ciertos casos se han ofrecido incentivos económicos y materiales para estimular su uso, pero por el momento es difícil evaluar el efecto de dichos programas sobre los patrones demográficos.

FACTORES SOCIALES Y ECONOMICOS

Subsidios familiares

Después de la depresión de los años 30 muchos gobiernos asumieron mayores responsabilidades en cuanto al bienestar económico y social de sus pueblos y en el período de la post-guerra se generalizaron los programas de subsidios familiares; en la actualidad los Estados Unidos y el Japón son los dos únicos países que no cuentan con programas de este tipo.

En la mayoría de los casos el otorgamiento de los subsidios se basa en la edad y en el número de hijos; por ejemplo, algunos países no conceden subsidios sino a partir del segundo o tercer hijo y en unos pocos se ha puesto un límite que al sobrepasarse implica la pérdida del subsidio. En otros varía la cantidad asignada por hijo de acuerdo con la edad de éstos, disminuyendo a medida que crecen o bien concediéndose un subsidio adicional mientras están en edad escolar. Hay casos en los que el subsidio está relacionado con el empleo por medio de un impuesto sobre la nómina, lo que puede reducir los salarios o bien tener un efecto inflacionario sobre los precios. Si homologamos los subsidios por matrimonio a los subsidios familiares podemos mencionar entonces los otorgados en Portugal en el momento del matrimonio o el caso de España, en que se conceden a la pareja préstamos sin interés que se aumentan cuando la mujer deja de trabajar o bien se van cancelando a medida que nacen los hijos. Bajo el punto de vista estadístico, la gran variedad de sistemas existentes hace difícil las confrontaciones entre los subsidios pagados y su repercusión sobre el tamaño de la familia.

Un estudio comparativo entre las tasas de natalidad de Suecia y de Noruega, hecho después de la última guerra, indicó que en referencia al primero de estos países no se podía "excluir la posibilidad de que los subsidios familiares hubieran tenido algún efecto (po-

sitivo) sobre la fecundidad de las parejas jóvenes". Estos efectos no se encontraron en Noruega, donde solamente se otorgaban después del segundo hijo y no eran parte de un programa global de la familia, como sucedía en Suecia³³.

De todos modos se puede asegurar con una cierta confianza que el impacto de los subsidios familiares sobre la fecundidad depende mucho de la cantidad pagada por cada hijo; cuando ésta se aproxima al costo real de criarlo y educarlo, o inclusive lo sobrepasa, puede obrar como estimulante de la fecundidad, sobre todo en el sentido de aumentar la paridad dos y tres, como se cree sucedió en Francia después de la guerra. En cambio, cuando el pago es solamente nominal, la relación causal entre subsidio familiar y fecundidad es tenue en el mejor de los casos, como parece suceder en la mayoría de los países en vía de desarrollo.

Teniendo en cuenta que en Bélgica se asignó el 3,01% del ingreso nacional a los subsidios familiares, el porcentaje más elevado después del de Francia y que representa 16.607 millones de francos belgas, vale tal vez la pena considerar en detalle su sistema de subsidio familiar³⁴. Los motivos invocados son la justicia social y la expansión de la población; bajo el punto de vista social se trata de suministrar a cada familia recursos proporcionales a sus responsabilidades reales. El sistema está organizado de la manera siguiente: cualquiera que emplea una o más personas debe estar afiliado a un fondo de compensación, libre o especial o a la Oficina Nacional de Primas Familiares para los trabajadores (ONAFTS), así que todo empleador paga una cuota en cualquiera de estas organizaciones, la que es la misma para

todos los empleados independientemente de su situación marital o del número de hijos que tenga. Las organizaciones redistribuyen las sumas percibidas a las personas elegibles; la beneficiaria (la madre o la persona que cría el niño) recibe mensualmente:

	<i>Francos</i>
(1) Por el primer hijo	594
(2) Por el segundo hijo	957
(3) Por el tercer hijo y por cada uno de los adicionales	1.375

Estas cantidades aumentan en la siguiente forma de acuerdo con la edad del hijo:

	<i>Francos</i>
(1) Por el hijo de 6 a 10 años	130
(2) Por el de 10 a 14 años	228,75
(3) Por el de más de 14	340,50

Para recibir el subsidio del hijo mayor de 14 años hay necesidad de demostrar que es estudiante, aprendiz o si se trata de una chica, que no puede trabajar o que se ocupa de las tareas domésticas en remplazo de la madre incapacitada. Se tiene derecho a recibir el subsidio hasta que el hijo llegue a los 25, 21 y 21 años respectivamente y en el caso de la chica que no puede trabajar, indefinidamente.

También existe un sistema de subsidio familiar para los trabajadores independientes; estos pagan una cuota anual al Fondo Mutuo de Subsidio Familiar o a la Oficina Nacional de Subsidio Familiar para Trabajadores Independientes (ONOFII), que a su vez dan los subsidios a estos trabajadores y a sus familias que mensualmente reciben:

	<i>Francos</i>
(1) Por el primer hijo	202
(2) Por el segundo hijo	273
(3) Por el tercer hijo y por cada uno de los adicionales	1.375

33. H. Gille, "Scandinavian Family Allowances: Demographic Aspects," *Eugenics Quarterly*, 1 (3): 188-189, 1954, U. N. Measures, pág. 36.

34. Véase la nota 19.

Los funcionarios oficiales reciben los mismos subsidios familiares de los demás trabajadores y además los siguientes suplementos:

	<i>Francos</i>
(1) Primer hijo	144
(2) Segundo hijo	144
(3) Tercer hijo	149
(4) Cuarto hijo	179
(5) Quinto hijo y cada uno de los adicionales	190

Checoslovaquia es otro ejemplo del funcionamiento de los subsidios familiares; en 1963 representaban el 2,57% del ingreso nacional de 172.900 millones de coronas, o sea 4.443 millones. Se distribuyen en forma de suplemento estándar del ingreso o la pensión del jefe de familia por hijos en edad escolar o estudiantes universitarios hasta que tengan 26 años, a condición de estar matriculados en la Universidad y no tener un ingreso propio que sobrepase las 500 coronas mensuales. Los subsidios se calculan progresivamente hasta el nacimiento del cuarto hijo: 90 coronas mensuales por 1 hijo, 330 por dos, 680 por 3 y 1.030 por 4; a partir de esta cantidad se conceden 240 coronas mensuales por cada hijo adicional.

Otra forma de subsidio familiar es el pago de un alquiler menor en las viviendas que le pertenecen al gobierno: 5% de reducción por 1 hijo, 15% por 2, 30% por 3 y un máximo de 50% por 4 o más. Otras formas indirectas de subsidio familiar consisten en subsidios oficiales a las fábricas de ropa para niños, la que se vende por debajo del precio de costo, textos escolares gratuitos así como las comidas servidas en las escuelas. Aunque las becas tienen por fin primordial capacitar cuadros, especialistas y mano de obra, en el momento en que la situación material y social del solicitante representó una consideración esencial para otorgar o no

la beca, ésta se convirtió en una medida de población³⁵.

Subsidio de maternidad

Dejando de lado el caso de algunos países en los que se dan premios a las madres prolíficas, hay bastantes que conceden subsidios prenatales o de maternidad como parte de sus programas de subsidios familiares y muchos tienen también programas de seguro de maternidad, en ocasiones ligados al empleo; inclusive hay casos en los que las leyes laborales exigen estos programas para las mujeres que trabajan.

Estas disposiciones actúan como elemento mitigador de la bien conocida relación negativa entre el empleo femenino y la fecundidad. A veces los beneficios de maternidad, tales como la licencia pagada por maternidad, hacen fracasar un programa de planificación familiar, como sucedió en la región de Kerala en la India; posteriormente dos gobiernos estatales de ese país, los de Mysore y Uttar Pradesh, limitaron la licencia por maternidad concedida en las plantaciones de té al nacimiento de los 3 primeros hijos solamente.

Ya que los subsidios de maternidad pueden considerarse parte de los subsidios familiares vale la pena continuar con los ejemplos de Bélgica y Checoslovaquia; la legislación del primero de estos países prevé subsidios de maternidad bastante importantes, que en el caso de muchos trabajadores representa el salario de un mes. Los subsidios los paga el Fondo de Compensación o el gobierno y los trabajadores independientes los reciben de la organización a la que cotizan.

Las tasas de los subsidios son regresivas; la madre (o la persona que cria el niño) recibe:

	<i>Francos</i>
(1) Por el primer hijo	8.841
(2) Por el segundo	6.097
(3) Por el tercero y cada uno de los siguientes	3.281

35. Grzyb ski, *op. cit.*, nota 23.

Estos subsidios se otorgan "al nacimiento de cualquier hijo" que tenga derecho al subsidio familiar y puede solicitarse al 6º mes de embarazo, sin que importe para nada el número de hijos ya habidos.

En el caso de Checoslovaquia el tiempo de licencia pagada de maternidad de las trabajadoras depende de su situación marital, de la cantidad de hijos y del tiempo que han estado en el empleo y se les paga un porcentaje decreciente de su sueldo. La comparación entre la Ley 88 del 27 de junio de 1968 y la del 2 de marzo de 1964 sirve para mostrar los cambios en la política de población de este país; la del 64 establecía una licencia de maternidad de 22 semanas para las empleadas del gobierno; las mujeres solas, ya fueran solteras, divorciadas, viudas o abandonadas, tenían derecho a 26 semanas y las madres de 2 o más niños a 35 semanas. El pago durante las primeras 18 semanas correspondía al 75% de los ingresos mensuales promedio de la mujer si había estado empleada menos de 2 años y 80% si lo había estado por más tiempo; después de la 18ava semana este porcentaje se reducía al 40%, pero si la mujer ya tenía un hijo recibía 50% en vez de 40 y si tenía 2, 60%. Las solteras tenían derecho al 75% durante todo el tiempo de la licencia por maternidad. La ley de 1968 amplió la licencia de 24 a 26 semanas con subsidios adicionales; estableció el derecho de las trabajadoras a un subsidio equivalente a la diferencia en caso de que se las trasladara de un puesto mejor remunerado a otro menos bueno por el hecho de estar embarazadas, el que además continúan recibiendo si al terminarse su licencia de maternidad no pueden reincorporarse a su antiguo trabajo, mejor pagado. El mismo subsidio se otorga a la mujer embarazada o a la que acaba de tener el hijo si estaba acostumbrada a trabajar horas extras y ya no lo puede hacer. Los pagos por licencia de maternidad se aumentaron; ahora el porcentaje está fijado en 90% del ingreso promedio, que no puede so-

brepasar 600 coronas semanales durante un período de 26 semanas. La licencia remunerada se puede extender hasta 35 semanas en los casos de mujeres con 2 hijos más a su cuidado o de solteras; por añadidura se da una bonificación de 1.000 coronas cuando nace el hijo.

Otra indicación de la política pronatalista es la reducción de la edad de la jubilación para las mujeres que trabajan; las que no tienen hijos se jubilan a los 57 años mientras que las madres lo pueden hacer antes, inclusive a los 53, dependiendo del número de hijos que tienen.

Impuestos sobre el ingreso

Casi todos los países tienen sistemas de reducción de impuestos a las personas con responsabilidades de familia como medio de aliviar la carga económica representada por los gastos que exigen los hijos o las personas dependientes; el fin de estas reducciones es similar al de los subsidios familiares. En algunos países, como en la Unión Soviética y en Rumania, las personas solteras y las parejas sin hijos deben pagar un impuesto adicional; en la India se abolió esta disposición en 1965 por medio de la Ley Financiera³⁶ aunque todavía existe una exención de impuestos para las parejas con dos o más hijos dependientes y un ingreso inferior a un cierto monto.

Al valorar los efectos del sistema impositivo que autoriza deducciones a las familias con hijos no se debe cometer el error de creer que éstos son iguales a los resultantes de los subsidios familiares, ya que se trata de algo que contribuye en forma mucho menos evidente al ingreso familiar; además, en el caso de la mayoría de los países en vía de desarrollo, el ingreso mínimo susceptible de pagar impuesto está muy por encima del ingreso promedio per

36. Véase B. L. Raina, "Possible Effects of Public Policy Measures on Fertility in India", en N. U. *World Population Conference*, 1965, Vol. II, pág. 102.

capita, lo que significa que solamente una porción muy reducida de la sociedad se beneficia de estas exenciones. Por añadidura se supone *a priori* que existe un sistema eficiente de recaudación de impuestos, lo que no siempre es cierto. Como a pesar de todo existe ciertas analogías entre las exenciones tributarias y los subsidios familiares, vale la pena compararlos en más detalle. Las leyes sobre exenciones tributarias de Bélgica son las siguientes:

El artículo 77 establece que el contribuyente cuyo ingreso gravable no exceda los 160.000 francos debe pagar, de acuerdo con una escala establecida por el Rey, una suma que varía entre 300 y 28.300 francos, sobre la que se hace un descuento por concepto de dependientes que es por lo menos igual al fijado en el artículo 81, párrafo 1.

El artículo 79 establece que no hay gravamen mientras el ingreso gravable no llegue a 26.000 francos en el caso del contribuyente que no tiene dependientes, 31.000 para el que tiene un dependiente, 36.000 para el que tiene 2, 41.000 para el que tiene 3, 61.000 para el que tiene 4 y 30.000 adicionales por cada dependiente adicional.

El artículo 81, párrafo 1, establece que sobre el impuesto calculado de acuerdo con el artículo 78 se hará un descuento del 5% para todo contribuyente con 1 dependiente, 10% para el que tiene 2, 20% para el que tiene 3, 30% para el que tiene 4, 50% para el que tiene 5, 70% para el que tiene 6, 90% para el que tiene 7 y 100% para el que tiene 8 o más. El párrafo 2 establece que no se darán descuentos sobre la parte del ingreso que sobrepasa los 25.000 francos, más 25.000 por cada dependiente adicional por encima de 4. El impuesto está calculado a la tasa especificada por los incrementos de ingreso gravable superiores a esa cantidad.

El trabajo de menores y la educación

Entre todas las medidas de reforma social que afectan la familia, las leyes

referentes a la obligatoriedad de la educación y al trabajo de menores son las más importantes; entre las dos hay una estrecha relación, ya que donde no existe la educación obligatoria es más difícil justificar y hacer cumplir las disposiciones sobre una edad mínima para trabajar; por otro lado, si la ley no fija una edad mínima de trabajo, los padres tendrán más tendencia a impedir que sus hijos sigan educándose para así lograr un ingreso adicional representado por el trabajo de éstos.

En la gran mayoría de los países existen actualmente leyes sobre la educación obligatoria aunque esto no significa que todos los niños estarán efectivamente matriculados en las escuelas; las estadísticas compiladas por la UNESCO muestran una gran falta de correlación entre las leyes y la realidad.

A pesar de que muchos países no han ratificado las convenciones de la Organización Internacional del Trabajo referentes a edad mínima para trabajar, el principio de prohibir el trabajo de menores es algo aceptado universalmente pero los problemas relacionados con su aplicación y la facilidad con que se infringe llevan a su incumplimiento a gran escala. Esto hace difícil cualquier intento de medir el efecto de la ley sobre la fecundidad. Suponiendo que la edad mínima de los menores para trabajar corresponda a la edad máxima de la educación obligatoria, la efectiva aplicación de la ley tendría seguramente un efecto negativo sobre la fecundidad, pues la asistencia a la escuela no solamente privaría a los padres de un posible ingreso sino además los obligaría a correr con gastos tales como la compra de material de estudio y de los uniformes y a pagar el transporte.

Situación de la mujer

La situación de las mujeres se modifica rápidamente en un sentido que previsiblemente tendrá efectos considerables sobre los niveles de fecundidad. En la Carta de las Naciones Unidas se

reconoce la igualdad de derechos de hombres y mujeres; los gobiernos no tienen poder para modificar en forma directa la situación de la mujer pero al reconocer su igualdad ante la ley y al aumentar sus oportunidades en cuanto a educación y empleo pueden a la larga mejorar su situación. De todas formas, las garantías del estilo de las que figuran en la Declaración de 1967 de Naciones Unidas respecto a la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres y las inscritas en las constituciones de los países no tienen demasiadas repercusiones, a menos que vayan acompañadas de medidas prácticas y de facilidades reales. La Unión Soviética y los países de Europa Oriental son los mejores ejemplos de progreso en ese sentido. Muchos países menos desarrollados han reconocido el principio pero tienen dificultades para ponerlo en práctica; así, en la mayoría de los países árabes existen leyes y decretos que estipulan iguales oportunidades de educación para niños y niñas pero solamente hasta hace muy poco se contó con las facilidades necesarias para proporcionarla a estas últimas.

El lazo que existe entre estas leyes y la fecundidad de las poblaciones reside en el mayor papel desempeñado por la mujer fuera de su hogar; además, las mejores posibilidades de instruirse retarda la edad del matrimonio y las oportunidades de trabajo femenino parecen llevar a una reducción del número de hijos deseados por la familia. La importancia de las leyes relativas a esta cuestión está muy bien resumida en el segundo Plan Quinquenal de Pakistán:

Las mujeres instruidas comprenden más fácilmente las posibilidades de la planificación familiar; las que tienen un trabajo remunerador tienden a posponer su matrimonio y a tener menos hijos... La motivación para tener menos hijos y una vida más plena es más importante que la simple difusión del conocimiento de los medios anticonceptivos³⁷.

37. Gobierno de Pakistán, Segundo Plan Quinquenal (1960-65) (Karachi 1960), págs. 334-

Edad del matrimonio

No cabe duda que el número de hijos de una pareja está relacionado con la edad del matrimonio; un estudio efectuado a comienzos de los años 50 en la India mostró que las mujeres que se casaban entre los 14 y los 17 años daban a luz 5,9 hijos, mientras que las que lo hacían entre los 18 y los 21 solamente tenían 4,7³⁸. En otro estudio diferente se llegó a unos resultados ligeramente distintos pero esencialmente similares³⁹.

Aunque en general en los países más avanzados la edad legal del matrimonio es superior a la fijada en los menos desarrollados, existen algunas excepciones interesantes; por ejemplo, en Irlanda la edad mínima es 12 para las chicas y 14 para los chicos mientras que en Etiopía y Perú es 18 y 21 respectivamente. En los últimos años varios países han elevado la edad para contraer matrimonio y en varios otros se están estudiando proyectos de ley en el mismo sentido, aunque la elevación legal de la edad para el matrimonio no produce ningún resultado mientras la ley no se aplique realmente, que es precisamente lo que sucede en la India, ni tampoco se logra mucho en aquellos casos en los que una proporción considerable de la población se casa más tarde de la edad mínima requerida por la ley.

Tal vez la República Popular de China sea el mejor ejemplo de cómo puede un país ejercer una tremenda presión sobre su gente para posponer el ma-

38. *The Mysore Population Study*, un proyecto cooperativo de N. U. y el gobierno de la India (publicación de N. U., Sales N° 61 XII. 3) pág. 19, citada en N. U. *Measures*, *ibid*, pág. 80.

39. S. N. Agarwala, "Effect of a Rise in Female Marriage Age on Birth Rate in India", trabajo resumido en U. N. *World Population Conference, 1965*, Vol. II, pág. 172.

335, como se cita en U. N. *Measures*, *op. cit.*, pág. 62.

trimonio; la tradición china favorece el matrimonio precoz y la institución de la niña-esposa data de muchos siglos. Como la práctica de la anticoncepción no está dentro de la tradición del país, el gobierno ha dependido mucho del matrimonio tardío como instrumento de control de la natalidad; en 1950, inmediatamente después de asumir el poder, elevó las edades mínimas de 18 a 20 para los hombres y de 16 a 18 para las mujeres. En 1956 se hicieron propuestas en el sentido de fijarlas en 23 para los hombres y 20 para las mujeres pero estas propuestas no fueron adoptadas; en cambio se dirigió la atención pública hacia los efectos económicos, físicos y educativos nocivos del matrimonio precoz. A partir de 1962 se intensificó la campaña a favor del matrimonio tardío y se urgió a los hombres y mujeres a que no se casaran antes de los 28 y 25 años respectivamente; se echó mano de diferentes tipos de presiones, por ejemplo, a los estudiantes se les expulsaba si se casaban antes de graduarse. A los cuadros oficiales se les exige especialmente que cumplan con los requisitos sobre la edad; en las comunas, a los hombres que no han llegado a los 30 años y a las mujeres de menos de 25 frecuentemente se les niega el permiso para casarse, no por razones legales sino más bien por medio de demoras oficiales tales como someter a los interesados a sesiones repetidas de discusión en las que se trata de disuadirlos y si este sistema falla, insistiendo que la solicitud debe referirse a las autoridades superiores para que ellas decidan. La negativa de la licencia significa que la pareja que la solicitó y los hijos que pudieran tener no reciben las raciones a las que tienen derecho todos los que están legalmente casados. En ocasiones se le hace mucha propaganda a la gente que demora su matrimonio atendiendo al llamado del gobierno, como fue el caso de una trabajadora de una brigada de producción de la Provincia de Hunan, que pospuso su matrimonio 6 veces entre 1956 y

1966 y una obrera textil que se negó a casarse hasta no llegar a los 33 años.

En general, la campaña a favor del matrimonio tardío ha tenido mayores repercusiones entre los obreros que entre los campesinos, que siguen muy apegados a sus tradiciones y menos sensibles a las exhortaciones oficiales; de acuerdo con un cálculo hecho en 1965, la cantidad total de mujeres que había respondido al pedido de posponer su matrimonio entre 1 y 7 años había sido de 2.400.000⁴⁰.

Divorcio y nuevo matrimonio

No existe un derecho universal de divorcio; en muchos países predominantemente católicos el divorcio está estrictamente prohibido y en aquellos en que existe, con frecuencia se requiere una decisión judicial basada en causas como el adulterio, el abandono, la prisión de uno de los cónyuges o la crueldad. La ley soviética de divorcio, que anteriormente lo permitía por mutuo consentimiento o por simple deseo de uno de los cónyuges, fue enmendada en 1944 para no otorgarlo más que por medio de una decisión judicial; el efecto global fue hacer más estrictas las obligaciones económicas de los esposos y de los padres en las relaciones familiares, pero solamente en el caso de los matrimonios registrados⁴¹.

Las leyes de los países islámicos son muy diferentes, pues en ellos tradicionalmente el marido puede divorciarse de su esposa sin intervención del juez y sin que exista causa alguna; en cambio a la mujer sólo se le otorga por medio de una decisión judicial o de una disposición especial en el contrato de matrimonio. Túnez se colocó a la cabeza del mundo musulmán al poner al hombre y a la mujer en pie de igualdad con su reforma a la ley de divor-

40. Huang, *op. cit.* pág. 130.

41. Grzybowski, "Soviet Union", en *Population and Law, op. cit.*

cio de 1956⁴², en la que se abolió el derecho unilateral del marido de terminar el matrimonio, derecho sancionado por la tradición musulmana. Ahora el divorcio solamente se puede obtener por decisión de un juez y con consentimiento mutuo o en el caso de que uno de los cónyuges lo solicite, éste deberá pagar daños y perjuicios a la contraparte; por añadidura el fallo de divorcio no se dicta sino después de haberse intentado la reconciliación y de haber transcurrido un tiempo específico sin que ésta haya tenido lugar. Además, en la reforma se estatuyeron las condiciones del pago de alimentos y de curaduría de los hijos⁴³.

El efecto de las leyes de divorcio sobre la fecundidad podrá depender de la severidad con que se apliquen así como de las costumbres prevalentes y de las condiciones económicas y sociales. Casi todas las leyes actuales permiten el nuevo matrimonio en caso de muerte del cónyuge o cuando se ha concedido el divorcio (aunque en la India, un siglo después de su legalización, el nuevo matrimonio de las viudas sigue siendo poco frecuente porque las actitudes tradicionales son aún muy fuertes); en consecuencia el divorcio puede ser un factor de aumento de las posibilidades de procreación, al permitir que se termine un matrimonio estéril pero por otra parte la legalización del divorcio puede reducir las perspectivas de estabilidad del matrimonio y por lo tanto desalentarla.

Poligamia

Aunque la poligamia está permitida virtualmente en todo el gran sector de la población mundial constituido por los pueblos de la fe mahometana, no es

la costumbre misma sino la tradicional creencia islámica de que el celibato es un estado anormal del hombre e inaudito en la mujer lo que fomenta la fecundidad de estos pueblos. En varios estudios comparativos sobre la fecundidad de los matrimonios monógamos y polígamos se llegó a la conclusión que estos últimos eran menos fecundos, aunque la fecundidad general de una sociedad polígama puede ser superior debido al mayor número de mujeres casadas en un momento determinado⁴⁴.

En la ley islámica la poligamia tiene sus limitaciones puesto que los hombres que contraen matrimonios múltiples deben tratar a todas sus mujeres de la misma manera o bien renunciar a su privilegio; basándose en la imposibilidad de dar un tratamiento igual a todas las mujeres el Gobierno de Túnez abolió la poligamia en 1956. Inclusive en donde todavía está legalmente permitida, la tendencia es hacia la restricción de su práctica; la Sección 6 de la Ordenanza de 1961 de la Ley de la Familia Musulmana establece que:

(1) Mientras subsista el matrimonio existente ningún hombre podrá contraer sin contar con autorización escrita del Consejo de Arbitraje (que está compuesto por un representante nombrado por la mujer, uno designado por el marido y el presidente del Consejo de la Unión, quien actuará como presidente), ni ningún matrimonio contraído sin esta autorización será registrado⁴⁵.

En la República Árabe Unida la práctica de la poligamia está limitada a ciertas circunstancias especiales, por ejemplo, cuando la primera mujer padece de una enfermedad crónica o incurable; en este caso el marido debe demostrarlo ante un juez. Otra medida oficial consiste en la introducción de tarjetas de identidad familiar en las que se indica la situación marital del

42. Code du Statut Personnel, Décret du 13 août 1956 (6 Moharrem 1376) (J. O. T. du 28 décembre 1956, p. 1742); République Tunisienne, Secrétariat d'Etat à la Justice, *Etat et Capacité des Personnes* (1955).

43. Lee, "Tunisia", en *Population and Law*, *op. cit.*

44. Véase U. N. *Measures*, *op. cit.*, pág. 82.

45. Fazlur Rahman y Lee, "Pakistan" en *Population and Law*, *op. cit.*

portador. Como las tarjetas deben presentarse para obtener el permiso para casarse es posible evitar los matrimonios múltiples basados en el engaño ⁴⁶. De todas formas los matrimonios polígamos en la República Árabe Unida no representan más de 3% del total ⁴⁷.

Programas de seguro social

Los programas de seguro social son un medio de proteger contra la falta de ingresos por causa de vejez, jubilación, desempleo, o enfermedad; como antiguamente la familia era la encargada de proteger al individuo contra estas contingencias, las medidas estatales en este sentido pueden estar directamente correlacionadas con el tamaño de la familia.

Casi todos los países tienen disposiciones de ayuda a los viejos, aunque en algunos solamente tienen derecho a ella los que trabajaron para el gobierno. Las cantidades que se les pagan varían enormemente; en algunos casos se trata de una suma fija mientras que en otros depende del sueldo percibido anteriormente. Pocos países cuentan con seguros oficiales de salud y desempleo.

Sería de esperar que el pago de pensiones o de otro sistema de ayuda tuviera un efecto negativo sobre el tamaño de la familia puesto que la necesidad de tener muchos hijos como fuente posible de apoyo en la vejez se reduciría. Por otra parte, cuando los programas de seguros sociales le permiten a la mujer quedarse en casa o hacen menos interesante la posibilidad de tener un trabajo remunerado porque se ve obligada a cotizar al seguro social y por lo

tanto su ingreso es menor, o bien a pagar impuestos altos porque sus ganancias se liquidan conjuntamente con las de su marido, su efecto es fomentar la fecundidad, a pesar de que sigue válido el principio de que las mujeres que trabajan tienden a desear menos hijos.

Otros factores sociales y de bienestar

Existen otros campos legales que directa o indirectamente pueden tener que ver con la fecundidad pero que hasta ahora no se han prestado a un examen sistemático. Identificaremos solamente 6 de ellos.

MIGRACIÓN

Aunque la emigración y la inmigración no se asocian en general con la fecundidad, no por eso se pueden ignorar sus repercusiones sobre ésta. ¿Existe, por ejemplo, una diferencia entre la tasa de fecundidad de la gente que emigra a otro país al compararla con la de los que no emigran o solamente son migrantes internos? ¿Cuáles son las tasas comparativas de fecundidad de los emigrantes permanentes y de los estacionales? De los que emigran con sus mujeres y los que lo hacen solos? ¿Existen acaso factores psico-culturales o socio-económicos que influyen sobre la fecundidad de los que siempre "están en movimiento"? En resumen, ¿en qué forma afectan las disposiciones oficiales sobre migración la fecundidad de los naturales del país y la de los extranjeros?

ENFERMEDADES VENÉREAS

Es sabido que las enfermedades venéreas afectan la fecundidad y en algunos países el número de quienes las padecen es muy elevado; es probable que las disposiciones de salud pública referentes a la obligación de informar inmediatamente los casos conocidos, el depistaje de los portadores y el tratamiento obligatorio de la enfermedad tenga un efecto positivo sobre la fecundidad

46. Aziza Hussein, "The Status of Women in Family Law in the United Arab Republic", trabajo presentado en el Seminario sobre Situación de la Mujer en la Ley de la Familia, celebrado en Lome, Togo, en 1964. (Mimeógrafo, agosto 18 - septiembre 2, 1964), pág. 7.

47. Magdi M. El-Kammash y Gloria F. El-Kammash, "The United Arab Republic", en *Population and Law*, op. cit.

y por otra parte también sobre la reducción de los nacimientos de niños con trastornos congénitos. En cambio el efecto sobre la fecundidad de las leyes que exigen una prueba de Wassermann para autorizar el matrimonio es bastante problemático.

PROSTITUCIÓN

Es verdad que la prostitución se considera más que todo como un problema moral o de salud pero de todas formas es necesario considerar su relación con la fecundidad y ver si su efecto es positivo o negativo y si es igual en una sociedad con una proporción más o menos equilibrada de hombres y mujeres o bien en una en la que hay muchos más hombres que mujeres. También es necesario establecer lo que sucede cuando la legalización de la prostitución se acompaña con un rígido control médico y sanitario.

HOMOSEXUALIDAD

En los países en los que la homosexualidad es ilegal aún entre adultos y con consentimiento mutuo, los que tienen tendencias homosexuales pueden verse presionados al matrimonio heterosexual y a tener hijos. La abolición de las leyes antihomosexuales seguramente afectarían las actitudes sociales hacia la homosexualidad y en consecuencia reducirían la incidencia del tipo de matrimonios que acabamos de mencionar.

ADOPCIÓN

La institución de la adopción, estrechamente relacionada con las instituciones del matrimonio, la propiedad y la sucesión, ha existido desde tiempos inmemoriales. Además de responder a la necesidad de la persona que adopta y del adoptado, cumple una útil función social puesto que hasta cierto punto nivela el tamaño de las familias. Está por ver si la liberalización o bien la restricción de las leyes sobre adopción afectarán las tasas de fecundidad.

HERENCIA Y TENENCIA DE TIERRA

Por último, pero no menos importante, ¿cuál es la repercusión sobre la fecundidad de las leyes de herencia basadas en el derecho de progenitura o bien aquellas en las que las mujeres no pueden heredar? ¿Favorece la fecundidad la fragmentación de la tierra, o bien le sirve de freno? ¿Cuál es el impacto de la colectivización de la tierra, las comunas agrícolas o el kibbutzismo sobre la fecundidad?

ADMINISTRACION

El éxito o fracaso de un programa de planificación familiar depende mucho del marco legal de su estructura organizativa; las controversias y rivalidades entre los ministerios o dentro de cualquiera de ellos pueden llevar al fracaso de un programa por otra parte bien concebido. Hubo un caso en el cual el programa nacional de planificación familiar se paralizó virtualmente porque tanto el Ministerio de Salud como el de Asuntos Sociales querían tener el control absoluto de sus actividades mientras que otro, el de Educación, había adoptado una actitud totalmente pasiva. Por otra parte es posible citar ejemplos de éxito logrado gracias a una administración bien coordinada. En este trabajo explicaremos en algún detalle la maquinaria administrativa existente en 5 países, la República Popular China, Japón, Pakistán, la República Árabe Unida y los Estados Unidos.

China

Se eligió la República Popular China porque es el país con mayor población del planeta, 800 millones de habitantes, que representan entre 1/3 y 1/4 de todos los que hay en el mundo. A pesar de su posición oficialmente antimalthusiana, el Estado ha hecho grandes esfuerzos para movilizar y coordinar los recursos y las maquinarias oficiales para combatir el rápido crecimiento demográfico.

En un discurso supuestamente pronunciado durante la Conferencia Suprema del Estado el 27 de febrero de 1957, el Presidente Mao atribuyó los 30 millones de nacimientos anuales en China al progreso de los servicios médicos y a la elevación general del nivel de vida, especialmente en el campo. Apparentemente sus palabras fueron:

Pero esta cifra debe preocuparnos a todos. En los 2 últimos años el aumento en la cosecha de cereales representó 10 millones de toneladas anuales, apenas suficientes para cubrir las necesidades de nuestra creciente población; por otra parte, se calcula que en la actualidad 40% de nuestra juventud no puede asistir a la escuela primaria. Es necesario por lo tanto tomar las medidas que permitan mantener durante mucho tiempo nuestra población en un nivel estable, digamos 600 millones y para lograr este fin se precisa llevar a cabo una amplia campaña de instrucción y de ayuda ⁴⁸.

Poco después del discurso de Mao el Consejo de Estado dictó 3 decretos en el término de 2 semanas: (a) Guías para aumentar el suministro de los anticonceptivos y reducir su precio, adoptado por el Ministerio de Comercio, el de Salud y la Asociación Nacional China de Cooperativas de Mercadeo el 23 de marzo de 1957 ⁴⁹; (b) Una notificación del 2 de abril ⁵⁰ del Ministerio de Finanzas concediendo una exención de impuestos a la fabricación e importación de dispositivos y drogas anticonceptivas; (c) Una notificación del Mi-

nisterio de Salud, del 2 de abril ⁵¹ recalcando la protección de las mujeres y de la juventud dedicadas a las tareas rurales, la intensificación de la campaña de higiene a favor de las mujeres y de los niños y la mejora del servicio de salud dentro del sistema de guarderías. Estos decretos tenían por fin aumentar la disponibilidad de los anticonceptivos y rebajar su precio lo más posible y además promover campañas de control de la natalidad a través de la protección materno-infantil.

La meta propuesta por Mao, estabilizar la población del país en 600 millones, lo que suponía una política de crecimiento cero, ha fracasado por distintas razones, así que actualmente se cree que el país ya ha sobrepasado la marca de los 800 millones. De todas formas se estableció igualmente un objetivo menos ambicioso, reducir la tasa de crecimiento actual de 2% a 1% en 1978 ⁵².

Dentro del marco de este trabajo tiene especial importancia la maquinaria administrativa ideada para promover el control de la natalidad en un país no solamente inmenso y con una gran población sino también con muchos problemas en materia de comunicaciones, transportes, desarrollo económico, niveles de instrucción y además con una tradición de confucionismo que favorece la fecundidad. El gobierno estableció una Oficina de Control de la Natalidad que depende directamente del Consejo de Estado y es el organismo que fija las políticas; en él están representados los Ministerios de Salud, Información, Cultura y Comercio así como la Federación de Mujeres Chinas, la Liga Comunista de la Juventud, la Sociedad de la Cruz Roja China y la Asociación Médica China ⁵³.

48. *New York Times*, junio 13 de 1967, Pág. 8. El texto dado posteriormente a la publicación por la Agencia de Noticias Hsin-hua simplemente mencionaba las "dificultades" que suponía una población tan numerosa, aunque esto era considerado tanto un hecho establecido como un activo. Véase la declaración de Lee en "Population Controls in China", en *Economic and Social Problems of the Far East*, (Hong Kong University Press, 1962).

49. Chung-hua Jen-min Kung-ho-kuo Kuo-wu-yuan Kung Pao (People's Republic of China, State Council *Bulletin*) *op. cit.*, pág. 259-262.

50. *Ibid*, pág. 308.

51. *Ibid*, N° 17, págs. 313-315.

52. Huang, *op. cit.* pág. 131.

53. *Ibid*, pág. 77. Para la versión resumida en inglés véase Pi-chao Chen, "China's Birth Control Action Programme, 1956-1964", *Population Studies*, 24 (2): 142-144, julio de 1970.

El Ministerio de Salud tiene un papel preponderante y sus funciones incluyen: (a) formular y promulgar las disposiciones y medidas sobre control de la natalidad; (b) supervisar las unidades subordinadas; (c) auspiciar la investigación sobre los distintos métodos anticonceptivos por parte de la Asociación Médica; (d) adiestrar el personal de alto nivel; (e) recopilar y distribuir la literatura y el material del control de la natalidad; (f) movilizar los ministerios pertinentes y coordinar su acción, así como organizar campañas masivas de control de la natalidad. A cada uno de los niveles inferiores de las provincias y de los condados (o municipios) (*hsien*) se reprodujeron la estructura organizativa básica y las funciones de la Oficina de Control de la Natalidad; a nivel de las aldeas los contactos con la gente se hicieron en los puestos de salud, en las clínicas de las comunas y en los equipos o brigadas de producción (a través de trabajadoras de salud materno-infantil, comadronas, enfermeras y trabajadores de salud de medio tiempo). La magnitud y penetración de esos contactos se revela en el hecho de que en 1957 en la provincia de Hopéi nada más se establecieron 9.334 clínicas de control de la natalidad o sea unas 770 por condado; teniendo en cuenta que el promedio de habitantes por condado es de 300.000, esto significa que había una clínica para 400 personas⁵⁴. Los canales utilizados para difundir la información han sido los siguientes:

(1) Publicaciones. Periódicos (inclusive las columnas editoriales y las de preguntas y respuestas), revistas, manuales, afiches y almanaques; según una información obtenida en 1966, en un almanaque se dedicaban 3 días de cada mes al tema del control de la natalidad; en el 8avo día del mes se decía que la familia numerosa afectaba adversamente la calidad del trabajo, la producción, el estudio y también la salud de los padres y de los hijos, de modo

que la gente debía practicar el control de la natalidad; en el 12avo se recordaba al lector que las personas que precisaban un aborto podían acudir a cualquier hospital donde se le practicaría gratuitamente la operación y por último en el 18avo se recalca la importancia de retardar el matrimonio, las mujeres hasta los 24 años por lo menos y los hombres hasta los 28, en el interés de la educación, de mejorar la capacitación política, cultural y profesional y para servir la causa del socialismo.

(2) Reuniones. Charlas, discusiones de grupo y visitas domiciliarias del personal de salud, de los funcionarios sindicales y del partido, de representantes de los comités de los vecindarios, las organizaciones femeninas y los miembros de las cooperativas.

(3) Películas y televisión.

(4) Exposiciones.

Aunque las campañas de control de la natalidad han tenido sus retrocesos accidentales, especialmente durante los grandes movimientos de masas tales como las campañas antiderechistas que siguieron al Gran Salto Adelante, la maquinaria oficial, el enfoque y la filosofía de la planificación familiar han sobrevivido sin cambios importantes e incluso se han fortificado gracias a la experiencia acumulada.

Japón⁵⁵

El Japón también constituye un excelente ejemplo de la forma en que una administración oficial bien coordinada puede llevar a cabo con éxito un programa de población. En vista del agudo problema demográfico después de la Segunda Guerra Mundial, el Gobierno nombró un Comité de Planificación de Población, el que propuso la revisión

55. La información referente al Japón se obtuvo principalmente de Muramatsu, ed. *Japan's Experience in Family Planning: Past and Present* (Tokio, 1967) y de Lee, "Japan", en *Population and Law*, op. cit.

54. Huang, op. cit., pág. 97.

global de la Ley Eugénica Nacional de 1940; esto dio como resultado la adopción de la Ley de Protección Eugénica de 1948, que permitía el aborto realizado por médicos designados para este fin y autorizaba la creación de Comités de Protección Eugénica para estudiar la validez de las causas aducidas al solicitar el aborto. Los miembros de dichos Comités se escogieron "entre los médicos, los funcionarios de bienestar, los jueces, los fiscales, los funcionarios oficiales de las oficinas municipales, las personas con conocimientos y experiencia". Las enmiendas posteriores de la ley han hecho innecesario que el médico designado tenga que solicitar la aprobación del Comité en el caso de que la mujer o su cónyuge hayan dado el consentimiento.

En 1949 se estableció el Consejo de Problemas de Población con el fin de examinar las medidas económicas requeridas para mantener a la población japonesa y estudiar los métodos de reducir la tasa de natalidad. El Consejo recomendó que en vista de la creciente dificultad para sustentarla por medio de la agricultura, se pusiera más énfasis en la industria pesada que en la ligera, se mejorara y ampliara el trabajo de los centros de salud y de las Oficinas de Consulta de Protección Eugénica con el fin de promover la planificación familiar, se concediera ayuda económica para permitir la disponibilidad de los medios anticonceptivos y se le diera más importancia al Instituto de Problemas de Población (dedicado a los aspectos socioeconómicos de los problemas de población) y al de Salud Pública (dedicado a los programas demográficos y de capacitación).

En 1951 el Gabinete decidió promover a gran escala el uso de los anticonceptivos pues para entonces ya se habían visto los efectos indescabables del aborto sobre la salud de las madres; esta decisión fue puesta por obra por el Ministerio de Salud y Bienestar por medio de un plan enviado a todas las prefecturas en el que se asignaban dis-

tintas responsabilidades a los gobiernos municipales y a las Oficinas municipales de Consulta de Protección Eugénica y se estimulaba a las organizaciones particulares a prestar su contribución.

A nivel regional la actividad depende de los gobiernos municipales, de las oficinas ya indicadas y de los trabajadores de campo; además la Federación Japonesa de Planificación Familiar también desempeña un papel importante, así como las numerosas compañías y fábricas que incluyen la planificación familiar entre los servicios de salud y bienestar que proporcionan a sus empleados y trabajadoras.

En una fase posterior (1955) el Gobierno reconoció la necesidad de ampliar la planificación familiar y en especial de hacerla accesible a las personas indigentes; aunque el programa destinado a cubrirlas fue financiado con fondos oficiales, éste no ha sido fácil de administrar por el problema que implica definir y localizar a esta clase de personas y porque además la remuneración pagada a los instructores demostró ser insuficiente para motivarlos a dar un servicio apropiado.

La actividad del programa japonés de población podría resumirse de la manera siguiente: la acción oficial de planificación familiar se lleva a cabo a través del Ministerio de Salud y Bienestar, el Instituto de Problemas de Población y el de Salud Pública, así como a través del Ministerio de Relaciones Exteriores, que se ocupa de la asistencia en planificación familiar a otros países y la Agencia Exterior de Cooperación Técnica, que suministra ayuda técnica, inclusive médica, a países en vía de desarrollo. Al evaluar la estructura organizativa de la planificación familiar en el Japón se puede decir que aunque la situación crítica existente después de la Segunda Guerra Mundial pudo haber influido favorablemente sobre la aceptación, el programa también salió adelante gracias a la determinación a nivel central de llevarlo a toda la gente del

país, pues cada vez que la información y los materiales han llegado a los niveles locales en forma comprensible y abordable el plan ha sido un éxito.

Pakistán⁵⁶

En el Tercer Plan Quinquenal (1965-70) se pretendía reducir la fecundidad de 50 a 40 por 1.000 en 1970, un descenso de 20%. Teniendo presente esta ambiciosa meta, el ex-Presidente Ayub Khan incorporó la planificación familiar a su plataforma política y al ser elegido estableció una División de Planificación Familiar dentro del Ministerio de Salud e hizo votar un presupuesto de 284 millones de rupias para el programa del Tercer Plan. Para poner de relieve la importancia de la planificación familiar, en mayo de 1968 el Gobierno dio a la División categoría de Ministerio, de modo que el de Salud se convirtió en Ministerio de Salud y de Planificación Familiar.

A nivel central, el Consejo Pakistano de Planificación Familiar es un organismo autónomo presidido por el Ministro de Salud y P. F. y con dos vice-presidentes que son 2 Ministros provinciales; el Consejo tiene una serie de secretarías centrales algunos de cuyos miembros no son funcionarios oficiales. Sus principales funciones son: (1) el establecimiento de políticas, la planificación y la puesta en marcha global de programa; (2) la investigación, evaluación y capacitación; (3) la coordinación de las actividades interdisciplinarias, interservicios e interprovinciales; (4) la obtención y administración de las divisas requeridas para la importación de anticonceptivos, los servicios de asesoría de exportación, etc. (5) la asesoría al gobierno central en materia de planificación familiar. El Consejo cuenta con 3 importantes unidades: el Instituto Nacional de Investigación en Planificación Familiar y las Unidades Cen-

trales de Evaluación de la Planificación Familiar de Pakistán Oriental y de Pakistán Occidental, localizadas respectivamente en Karachi, Dacca y Lahore.

Además de estas unidades, en Lahore existe el Centro de Investigación y Evaluación de Pakistán Occidental, bajo el Proyecto de Investigación Médico-social de la Universidad de Johns Hopkins y un centro similar en Dacca, bajo el Proyecto de Educación en Salud de la Universidad de California. Ambos operan bajo el control directo de las Secretarías Centrales.

En cada una de las dos provincias hay una junta provincial de planificación familiar presidida por el Ministro provincial de Salud y cuyo vice-presidente es el Secretario del Departamento de Salud; los otros miembros de la junta incluyen los secretarios de los demás departamentos que tienen que ver con la planificación familiar y algunas personas que no son funcionarios oficiales. Un funcionario de alto nivel del servicio civil es el secretario y también el administrador provincial del programa; su asistente es un médico. Las juntas provinciales son las responsables de la ejecución del programa en su provincia respectiva. Dependientes de las juntas existen institutos de capacitación e investigación (3 en cada provincia) para el adiestramiento antes y durante el trabajo del personal contratado por el programa.

Cada distrito administrativo cuenta con su propia junta de planificación familiar, con autoridad completa para actuar de acuerdo con las condiciones y necesidades locales; está presidida por un funcionario del servicio civil y sus miembros provienen del nivel distrital de los departamentos que tienen que ver con la planificación familiar y personas destacadas de la comunidad. Un funcionario ejecutivo y de publicidad es el secretario de la junta y el encargado del programa en el distrito y tiene como colaboradores un asistente (un médico), funcionarios de planificación

56. La información sobre Pakistán se sacó de Rahman y Lee, "Pakistan", *Population and Law*, *ibid.*

familiar, médicos de tiempo completo y de medio tiempo, consejeros de planificación familiar, visitadoras y promotoras de salud y agentes de distribución de anticonceptivos. La unidad básica para la ejecución de campo es la organización distrital de planificación familiar cuyas 3 principales funciones son: (1) publicidad y educación; (2) distribución y venta de anticonceptivos; (3) suministro de servicios clínicos.

Recientemente se redujo el número de *dais* o comadronas en el programa, que son las trabajadoras de campo más efectivas, junto con las visitadoras de salud y planificación familiar. El personal técnico se capacita en los dos centros provinciales y en las 3 unidades de capacitación e investigación de cada provincia. El centro a nivel central y los provinciales llevan a cabo distintos proyectos de investigación, así como estudios sobre métodos de motivación, anticonceptivos, su disponibilidad, aceptabilidad y eficiencia. Aunque se trata de un programa masivo y relativamente nuevo y por lo tanto no se dispone aún de datos exactos y completos, se puede aceptar que en los primeros 34 meses de operación, es decir, hasta junio de 1968, el programa había alcanzado 54% de la meta fijada para 1965-70; se han cubierto unos 3 millones de los 5 millones de parejas previstos en el Tercer Plan y, cosa más importante, la tasa de *aceleración* del número de usuarios de los distintos tipos de anticonceptivos en los 3 últimos años ha sido superior a 500%.

República Árabe Unida

En 1953 se reconoció por primera vez la necesidad del examen institucional del posible problema demográfico y en ese momento el Consejo Permanente de Servicios Públicos formó el Comité Nacional de Problemas de Población, constituido por los ministros de los departamentos que tenían que ver con las cuestiones demográficas así como por expertos en ginecología, economía, demografía y sociología; esta composición

se mantuvo al transformarse el Comité en Asociación Egipcia de Estudios de Población, una organización privada que recibió un subsidio anual del gobierno. Sus actividades comprendieron el establecimiento de programas de investigación y la asesoría en la formulación de las políticas relativas a las actividades prácticas, así como la creación de una serie de centros de planificación familiar conjuntamente con distintas organizaciones de servicio público tales como la Asociación de la Media Luna Roja y la Asociación Femenina para mejorar la Salud ⁵⁷.

El Decreto Presidencial de 1965, por medio del cual se establecía el Consejo Supremo de Planificación Familiar ⁵⁸, representó un nuevo paso adelante. El Decreto decía lo siguiente:

DECRETO NUMERO 4075-1965 del Presidente de la República Árabe Unida relativo a la creación del Consejo Supremo de Planificación Familiar, noviembre de 1965.

Punto Uno: En la ciudad del Cairo se establecerá un consejo conocido como "Consejo Supremo de Planificación Familiar" con personería jurídica.

Punto Dos: Serán responsabilidades del Consejo las siguientes: la planificación global de los programas de planificación familiar en la República; el plan de ejecución, supervisión, seguimiento y evaluación de los mismos; el estudio, promoción y coordinación de todos los asuntos referentes a población-médicos, estadísticos, sociales y económicos - así como la conducción de la investigación científica relacionada con la planificación familiar; la coordinación de todas las organizaciones que tomen parte en los programas.

Punto Tres: El Consejo estará constituido por los siguientes miembros: el Primer Ministro (quien lo presidirá), el Ministro de Salud Pública, el de Educación Superior, el de Orientación Nacional, el de Planeación, el de Estado para Asuntos del Primer Ministro, el de Estado para Administración Local, el Vice-Ministro de Asuntos Sociales y Organiza-

57. Véase Hasan M. Hussein, "Evaluation of Progress in Fertility Control in the U. A. R.", en U. N. *World Population Conference*, 1965, Vol. II, pág. 142.

58. Véase El-Kammash y El-Kammash, "United Arab Republic", en *Population and Law*, op. cit.

ciones de Bienestar y el Director de la Agencia Central de Movilización y Estadística. El Primer Ministro tiene autoridad para nombrar una o más personas interesadas en la planificación familiar. El Consejo puede constituir comités permanentes o *ad hoc*, formados por sus propios miembros o por otras personas para estudiar asuntos que le competen. En caso de ausencia del Primer Ministro y sus decisiones solamente tendrán el Consejo. Este se reunirá por lo menos dos veces al mes por convocación del Primer Ministro y sus decisiones solamente tendrán efecto una vez que hayan sido aprobadas por éste o por su representante.

Punto Cuatro: El Consejo establecerá una secretaría general formada por el Ministro de Salud Pública, el de Orientación Nacional y el Vice-ministro de Asuntos Sociales y Organizaciones de Bienestar, la que constituirá la maquinaria administrativa.

Punto Cinco: Las decisiones del Consejo serán definitivas y obligatorias para todos los ministerios, gobernaciones y organizaciones públicas y privadas que lleven a cabo actividades de planificación familiar.

Punto Seis: El Consejo contará con un presupuesto separado constituido por fondos del Estado o por donaciones aceptadas por el Consejo.

Punto Siete: El Consejo no estará sujeto a los reglamentos y disposiciones que gobiernan otros departamentos oficiales, especialmente en lo que se relaciona con personal, sueldos y horas extras.

Punto Ocho: El decreto será publicado en el Diario Oficial.

La Junta Ejecutiva presidida por el Primer Ministro depende del Consejo Supremo y cuenta con la asistencia de 3 departamentos: el de Asuntos Técnicos, el de Asuntos Financieros y Administrativo; y el de Oficinas Provinciales, del que dependen las 25 juntas de las gobernaciones. Además de la Junta Ejecutiva hay 3 comités asesores especializados respectivamente en métodos de planificación familiar, investigación demográfica e investigación estadística.

La estructura permite el establecimiento de políticas, la selección de metas, el examen de métodos y otras funciones de coordinación a nivel nacional. La capacitación de personal médico y la investigación en demografía, planificación familiar y fisiología de la reproducción también se dirigen a nivel na-

cional y los fondos para estas actividades, que se llevan a cabo en las facultades de medicina, provienen de un presupuesto de millón y medio de libras (US\$ 3.540.000) y de una donación de la Fundación Ford de US\$ 440.000.

La ejecución y supervisión diaria está en manos de cada gobernación a través de un comité de planificación familiar, establecido como consecuencia de un decreto del Primer Ministro emitido en 1966. Cada comité está compuesto por representantes de los distintos departamentos de las gobernaciones y del sector privado y está presidido por el gobernador; su tarea consiste en ejecutar las decisiones de la Junta Ejecutiva del Consejo Supremo, estudiar las propuestas hechas a nivel de gobernación y examinar y superar las dificultades a nivel local.

Cada gobernación cuenta con una oficina ejecutiva presidida por el director de salud y compuesta por representantes de los distintos departamentos y cuya responsabilidad es coordinar el trabajo de la Junta Ejecutiva con el de la Junta de Gobernación para Planificación Familiar, aplicar las decisiones de la primera y supervisar las unidades que proporcionan los servicios de planificación familiar.

El programa se amplió en 1966, cuando el Presidente puso en marcha una nueva campaña de promoción de la planificación familiar al establecer una red de unidades combinadas de servicios que abarcó todo el país; cada una de estas unidades comprende un centro social y una clínica que suministra los servicios de control de la natalidad.

En resumen, el gobierno de la República Árabe Unida ha invertido grandes sumas de dinero en la ampliación de los servicios de planificación familiar y creado una estructura global para la puesta en práctica de su política de población. Su programa bien podría servir de modelo a otros países musulmanes.

Estados Unidos

En los Estados Unidos la existencia y naturaleza de los programas de planificación familiar eran hasta hace muy poco cuestión local; a nivel federal la participación oficial en esta materia ha sido indirecta y generalmente ha consistido en fondos concedidos para la investigación sobre problemas demográficos y médicos, administrados por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar a través de los Institutos Nacionales de Salud y de Salud Infantil y Desarrollo Humano. A partir de 1967 el Congreso ha respaldado la planificación familiar dentro del programa de ayuda exterior de la Agencia para el Desarrollo Internacional y el programa contra la pobreza de la Oficina de Oportunidades Económicas; el 17 de marzo de 1970 el Congreso aprobó una ley por medio de la cual se establecía una Comisión sobre Crecimiento de Población y el Futuro de los Estados Unidos. Dicho comité está efectuando un estudio sobre los siguientes aspectos del incremento demográfico y sus consecuencias sociales previsibles:⁵⁹

- (1) El curso probable del aumento de población, la migración interna y los desarrollos demográficos afines desde ahora hasta el año 2000.
- (2) Los recursos procedentes del sector público de la economía que serán necesarios para responder al crecimiento poblacional previsto.
- (3) La forma en la que dicho crecimiento podrá afectar las actividades del gobierno a nivel federal, estatal y local.
- (4) El impacto del incremento demográfico sobre la contaminación ambiental y el empobrecimiento de los recursos naturales.
- (5) Los distintos medios acordes con los valores éticos y los principios de esta sociedad que permitirán lo-

59. Ley Pública 91-213, del 91avo Congreso, S. 2701, marzo 17 de 1970.

gar un nivel de población en concordancia con las necesidades ambientales y de otro tipo.

El 17 de marzo de 1970 se presentó al Congreso un informe interino en el que se ponía de relieve la posibilidad de que para el año 2071 la población de los Estados Unidos fuera de 340 millones de habitantes como cifra mínima y de 1.000 millones como cifra máxima, dependiendo de que el promedio de familias tuvieran 2 o 3 hijos. Subrayando el hecho de que estas pequeñas diferencias en el tamaño de la familia podían producir tremendas diferencias en el tamaño total de la población, la Comisión recalco la necesidad de un debate popular y racional de la política nacional pero se reservó sus recomendaciones hasta poder presentar el informe definitivo en marzo de 1962.

La aprobación de la Ley sobre Servicios de Planificación Familiar e Investigación Demográfica, que entró en vigor el 24 de diciembre de 1970, es una prueba de que el interés a nivel federal ha ido creciendo y será aún mayor. Esta ley representa realmente un hito ya que autoriza un total de US\$ 382 millones de fondos federales para los servicios de planificación familiar, la investigación demográfica, el adiestramiento de personal y las actividades educativas en los años fiscales 1971, 1972 y 1973. Sus principales objetivos son: (1) Hacer realmente accesible la planificación familiar a los 5 millones de mujeres que en la actualidad carecen de estos servicios. (2) Apoyar la investigación destinada a encontrar métodos nuevos y mejores de planificación familiar. (3) Crear una Oficina de Asuntos de Población en el Departamento de Salud, Educación y Bienestar con plena autoridad sobre los programas de planificación familiar del país. (4) Ayudar a la capacitación de personal y a la preparación de material de información. A nivel estatal la legislación sobre aborto en estados tales como Hawai y Nueva York repre-

senta un gran paso adelante en el movimiento de control de la natalidad; igualmente significativo, aunque menos dramático, es el constante aumento en la cantidad de estados que establecen programas de planificación familiar de un contenido cada vez más liberal. Así, aunque con anterioridad a 1965 solamente Alabama, Nueva York, Carolina del Norte, Carolina del Sur y Virginia habían incluido, por medio de estatutos o decretos especiales, el control de la natalidad dentro de los servicios de salud pública y bienestar, entre enero de aquel año y enero de 1968 se han añadido a esta lista los siguientes estados: Alaska, California, Colorado, Florida, Georgia, Illinois, Iowa, Kansas, Luisiana, Michigan, Nevada, Ohio, Oklahoma, Oregon y West Virginia⁶⁰.

Como ejemplo de administración estatal de los programas de planificación familiar podría citarse la Ley de Servicios de Planificación Familiar de Georgia, aprobada en 1966 y enmendada en 1968, que estipula lo siguiente⁶¹.

Sección 1. Esta Ley se conocerá y citará como "la Ley de Servicios de Planificación Familiar".

Sección 2. Definiciones.

(a) La palabra "agencias", tal como se utiliza en esta Ley, se refiere al Departamento Estatal de Salud, a las juntas de salud de los condados, a los distritos de salud, al Departamento Estatal de Servicios Infantiles y de la Familia, a los departamentos de servicios infantiles y de la familia de los condados y a los departamentos distritales de servicios infantiles y de la familia.

(b) "Servicios de planificación familiar" significa consejería y entrevistas con personal capacitado en materia de control de la

natalidad; métodos y procedimientos de esterilidad y de planificación familiar, distribución de literatura sobre control de la natalidad, esterilidad y planificación familiar; envío a los médicos con licencia para ejercer o a los departamentos locales de salud para consulta, examen, pruebas, tratamiento médico y receta de los casos de control de natalidad, esterilidad y planificación familiar; distribución de las gráficas de temperatura, drogas, preparados médicos, dispositivos anticonceptivos y productos similares usados para el control de la natalidad y la planificación familiar en la medida en que han sido prescritos.

Sección 3. (Modificada por la Ley 947, Georgia Laws 1968).

Dentro de las limitaciones impuestas por la disponibilidad de fondos, todas las agencias, como se definen en esta Ley, están autorizadas a ofrecer servicios de planificación familiar a las personas que estén incluidas en una o más de las definiciones siguientes: (1) casadas, (2) que tengan por lo menos 1 hijo, (3) embarazadas, (4) cualquiera que lo solicite.

Sección 4. Las agencias podrán dar gratuitamente los servicios de planificación familiar de acuerdo con las disposiciones y reglamentos de las mismas.

Sección 5. La negativa de una persona cualquiera a aceptar los servicios de planificación familiar no la privará en ningún momento de recibir asistencia pública o los servicios de salud o de recurrir a cualquier otro beneficio público. Los empleados de las agencias encargados de dar efecto a las disposiciones de esta Ley deberán reconocer que el derecho de decidir respecto a la planificación familiar y el control de la natalidad es un derecho fundamental del individuo y nada de lo contenido en esta Ley deroga en ningún momento este derecho, ni se le exigirá a nadie que explique las razones por las cuales se niega a recibir servicios de planificación familiar.

Sección 6. Cualquiera de los empleados de las agencias encargados de dar efecto a las disposiciones de esta Ley podrá negarse a suministrar servicios de planificación familiar en la medida en que dichos servicios vayan en contra de sus creencias religiosas y esta negativa no dará lugar a ninguna sanción disciplinaria ni a su despido, como tampoco a transferirlo a otro departamento o a discriminar en cualquier forma en su empleo ni a reducirle el sueldo ni a quitarle alguno de los beneficios a que tiene derecho. Sin embargo, los directores o supervisores de estas agencias estarán autorizados a reasignar las tareas de dicho empleado con el fin de permitir que se dé efecto a las disposiciones de la Ley.

60. Véase *Laws Relating to Birth Control and Family Planning in the United States* (hasta enero de 1968 inclusive), preparado por la Planned Parenthood Federation of America, Inc. por su consejo general, Greenbaum, Wolff y Ernst; la Sra. Harriet F. Pilpel y la Sra. Nancy F. Wechsler, pág. 5.

61. Georgia Code Annual 1959 (suplemento de 1967), Cap. 99-31, enmendada por la Ley 974, Georgia Laws 1968.

Sección 7. Se encomienda al Departamento Estatal de Salud y al de Servicios Infantiles y de la Familia desarrollar planes y programas para dar curso a las disposiciones; los representantes de los dos departamentos mencionados deberán cooperar en el desarrollo de dichos planes y programas que incluirán los puntos siguientes, pero sin limitarse exclusivamente a ellos:

(1) Un programa de capacitación llevado a cabo por el Departamento Estatal de Salud Pública para los empleados del Departamento Estatal de Servicios Infantiles y de la Familia que estarán en contacto con las personas que soliciten la planificación familiar y les ofrecerán los servicios de consejería. El programa de capacitación se diseñará en forma que suministre a dichos empleados información completa sobre planificación familiar, control de la natalidad y todas las cuestiones relativas a ambos.

(2) Un plan sistemático para coordinar las actividades de los dos Departamentos y de sus contrapartes a nivel de condado y de distrito en el campo de los servicios de planificación familiar.

Sección 8. Se encomienda al Departamento Estatal de Salud y al de Servicios Infantiles y de la Familia la adopción y promulgación, por medio de sus juntas respectivas, de reglamentos destinados a dar efecto a las disposiciones de esta Ley; dichos reglamentos representarán las pautas y requisitos para los departamentos de salud y de servicios infantiles y de la familia de los condados y distritos.

Sección 9. Esta Ley será interpretada liberalmente en forma que proteja los derechos de las personas de seguir sus creencias religiosas y los dictados de su conciencia, impida cualquier imposición de prácticas que ofendan la moral del individuo, respete el derecho de cada quien a la autodeterminación referente a la procreación y asegure completa libertad de selección de acuerdo con los derechos constitucionales.

Sección 10. Todas las leyes o partes de leyes que estén en conflicto con esta Ley quedan revocadas.

Vale la pena hacer notar que antes de la enmienda de 1968 los servicios de planificación familiar se restringían a las personas casadas, las mujeres embarazadas o las que tuvieran ya un hijo; la enmienda amplió la elegibilidad para incluir "cualquiera que solicite los servicios". Por añadidura, el Departamento Estatal de Servicios Infantiles y de la Familia interpreta

"cualquiera" como incluyendo a los "menores solteros"⁶².

CONCLUSIONES

Hasta ahora el estudio de las leyes referentes a población es un campo al que no se ha prestado mayor atención. Las que repercuten sobre el tamaño y crecimiento de la población se caracterizan por:

- su disparidad; muchas veces las leyes de un país se contradicen o se anulan mutuamente.
- su definición insuficiente; la forma en que están presentadas pueden dar lugar a limitaciones superiores a las que se pretendía establecer.
- la dificultad para ponerlas en vigor; muchas veces los países carecen de los instrumentos necesarios para ello.
- la incapacidad para valorar sus efectos; actualmente se dispone de poca información en cuanto a la medida en que pueden afectar el comportamiento.

Fuera de estos problemas inmediatos referentes a las leyes ya promulgadas o posibles, existen muchos otros interrogantes en relación al uso de la ley en materia de población; esto ha sido precisamente el tema de este trabajo, del cual haremos ahora un breve resumen.

El primer interrogante se refiere a la delimitación entre el campo de las leyes y el de la población; el examen retrospectivo de las que están vigentes sugiere que además de las directamente relacionadas con los nacimientos y la posibilidad de evitarlos o espaciarlos, hay muchas otras que también afectan el tamaño y crecimiento de la población. Por ejemplo, parece claro que el número de hijos de un matrimonio está in-

62. Ver Planned Parenthood-World Population, Order N° 873/269.

versamente relacionado con la edad a la que se casó la mujer, pero es muy difícil establecer el efecto de las leyes que fijan la edad mínima para el matrimonio. Los métodos utilizados para hacerlas cumplir revisten una importancia primordial, lo mismo que la valoración de las causas que llevan a la elevación real de la edad al casarse, por ejemplo, el papel de los factores de motivación del estilo de un mayor nivel de vida y de instrucción, la opinión o la presión públicas, variables todas con las que posiblemente están relacionadas tanto la adopción como la puesta en práctica de la legislación pertinente.

El segundo interrogante tiene que ver con la compatibilidad entre las medidas sociales y la política de población. La adopción de medidas tales como los subsidios familiares o de maternidad pueden tener un doble efecto; por una parte, responder a las necesidades de los niños y por otra fomentar los nacimientos como resultado de los beneficios obtenidos por este motivo. Unas leyes de este tipo no implican ningún problema en los países que tienen una política pro-natalista; en cambio, su formulación en aquellos cuya política es antinatalista representa una tremenda tarea porque deben llenar las necesidades de la familia sin por eso representar una bonificación a la familia numerosa.

El tercero se refiere a la motivación en relación a la disponibilidad de anticonceptivos. La experiencia de distintos países claramente muestra que la mayor disponibilidad de éstos, así como de la información, no es suficiente y que es necesario darle mucho más énfasis a la motivación; de todas formas, las fórmulas de motivación varían de acuerdo con las condiciones religiosas, culturales, sociales, económicas, políticas y legales de las sociedades. La relación entre las leyes y la motivación es una relación compleja y no se sabe a ciencia cierta hasta qué punto éstas

pueden constituir un factor que la favorezca y en qué medida su promulgación depende de la motivación existente. (La Ley de Protección Eugenésica del Japón es un ejemplo de estas dos relaciones).

El cuarto es la cuestión de los derechos humanos; uno de los problemas futuros más difíciles será estatuir una relación apropiada entre el derecho humano "individual" respecto a la planificación familiar y el "colectivo" o, en otras palabras, entre "derecho" y "deber". ¿En qué momento el derecho de una persona a tener tantos hijos como quiere queda subordinado al interés de la comunidad, que exige una limitación del crecimiento de la población en vista de los limitados recursos y oportunidades? Este interrogante jurídico-filosófico seguramente perdurará por mucho tiempo, aunque la imposibilidad de trazar una línea exacta de separación entre los dos en este momento no invalida el enfoque de la planificación familiar como un derecho humano, lo mismo que el fracaso de siglos en el sentido de definir con precisión la libertad de expresión no ha significado la negación de este otro derecho humano básico.

Estos interrogantes seguramente serán objeto de creciente atención y es de esperar que en el futuro se llegue a un cierto grado de coherencia, pues cada vez se reconoce más lo que potencialmente representa la ley en referencia a la población. La acción más importante hasta la fecha ha sido la adopción de la Proclamación de Teherán por parte de la Conferencia de Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos, celebrada en 1968. En dicha Proclamación se manifiesta, como ya lo dijimos, que la planificación familiar es un derecho humano básico y en una de sus resoluciones se establece que las parejas tienen igualmente derecho a recibir la información e instrucción pertinentes.

**TRADUCCION DEL BOLETIN "STUDIES" IN FAMILY
PLANNING" DEL CONSEJO DE POBLACION.**

**REALIZADA Y DISTRIBUIDA POR LA ASOCIACION
COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA,
DIVISION DE ESTUDIOS DE POBLACION.**

AUSPICIADA POR EL CONSEJO DE POBLACION.

**ASCOFAME, División de Estudios de
Población Calle 45A N° 9-77 Piso 7 Apdo.
Aéreo N° 53751. Bogotá, Colombia.
Consejo de Población 245 Park Avenue
New York, N. Y. 10017.**

International Advisory Committee on Population and Law

The Programme is under the general supervision of an International Advisory Committee on Population and Law, which is on the roster of non-governmental organizations accredited to the U.N. Economic and Social Council. The Committee meets annually in different regions of the world. Its members are:

Professor Georges Abi-Saab [*Institute of International Studies, Geneva*]

Professor Richard Baxter [*Harvard University*]

Professor K. Bentsi-Enchill [*University of Ghana*]

Mr. Robert Black [*Organization for Economic Cooperation and Development*]

Dr. Jean Bourgeois-Pichat [*Comité International de Coordination des Recherches Nationales en Démographie*]

Mr. Philander Claxton, Jr. [*U.S. Department of State*]

Lic. Gerardo Cornejo M. [*Fundación para Estudios de la Población, A.C., Mexico*]

Dean Irene Cortes [*University of the Philippines*]

Dr. Jean de Moerloose [*World Health Organization*]

Mr. Kailas Doctor [*International Labour Organisation*]

Mr. Carl M. Friséñ [*U.N. Economic Commission for Asia and the Far East*]

Mr. Robert K. A. Gardiner [*U.N. Economic Commission for Africa*]

Professor Richard Gardner [*Columbia University*]

Mr. Halvor Gille [*U.N. Fund for Population Activities*]

Professor Leo Gross [*Fletcher School of Law and Diplomacy*]

Dean Edmund A. Gullion [*Fletcher School of Law and Diplomacy*]

Miss Julia Henderson [*International Planned Parenthood Federation*]

Mr. Edmund H. Kellogg [*Fletcher School of Law and Diplomacy*]

Professor Dudley Kirk [*Stanford University*]

Dean Peter F. Krogh [*Georgetown University*]

Dr. Arthur Larson [*Duke University*]

Dr. Luke T. Lee [*Fletcher School of Law and Diplomacy*]

Mr. Thomas C. Lyons, Jr. [*U.S. Agency for International Development*]

Vice-Chancellor O. Roy Marshall [*University of the West Indies*]

Mr. Bertil Mathsson [*U.N.E.S.C.O.*]

The Reverend Arthur McCormack [*Vatican*]

Mr. Robert Meserve [*American Bar Association*]

Dr. Minoru Muramatsu [*Institute of Public Health, Japan*]

Mrs. Harriet F. Pilpel [*U.S. Planned Parenthood-World Population*]

Dr. Rafael M. Salas [*U.N. Fund for Population Activities*]

Mr. Marc Schreiber [*U.N. Human Rights Division*]

Mrs. Helvi Sipilä [*Assistant Secretary-General for Social and Humanitarian Affairs, U.N.*]

Mr. Leon Tabah [*U.N. Population Division*]