

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Derecho

LA POBLACION Y EL DERECHO DE ABORTO
EN EL AMBITO INTERNACIONAL

T E S I S

que para obtener el Título de:

LICENCIADO EN DERECHO

P R E S E N T A

RAUL EDUARDO AVENDAÑO LOPEZ .

México, D. F.

1983.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

LA POBLACION Y EL DERECHO DE ABORTO
EN EL AMBITO INTERNACIONAL

I N D I C E

CAPITULO I

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- CONCEPCION CIENTIFICA DEL ABORTO
 - 2.1 EFECTOS DEL ABORTO EN LA SALUD FISICA DE LA MUJER.
 - 2.2 INVESTIGACION SOBRE ASPECTOS BIOMEDICOS ANTICONCEPTIVOS.

CAPITULO II

- 1.- LA POBLACION MUNDIAL, EL ABORTO Y LAS NACIONES UNIDAS.
 - 3.1 ANALISIS DE LOS ESTUDIOS:
 - a) Informe del Consejo Económico y Social sobre la Situación de la Población Mundial.
 - b) La Población y los Alimentos.
 - c) Panorámica sobre los Efectos de la Sobre-Población en la Economía.
 - 3.2 ANALISIS DEL DERECHO A ELEGIR EL NUMERO Y ESPACIAMIENTO DE LOS NACIMIENTOS.
 - 3.3 CONFERENCIAS MUNDIALES DE POBLACION, SU RELACION CON EL ABORTO.
 - 3.3.1. Roma, Italia 1954.
 - 3.3.2 Belgrado, Yugoslavia 1965.
 - 3.3.3 Bucarest, Rumanía 1974, y Plan de Acción Mundial de Población.
 - 3.4 CONFERENCIAS REGIONALES DE POBLACION, SU RELACION CON EL ABORTO.
 - 3.4.1 Conferencia Asiática de Población, Nueva Delhi, India, 1963.
 - 3.4.2 Conferencia Regional Latinoamericana de Población México, D.F., 1970.
 - 3.4.3 Conferencia Africana de Población Acerca Ghana 1971.

CAPITULO III

- 4.- CONFERENCIAS CON SENTIDO LIMITADO, RELACIONADAS CON EL ABORTO.
 - 4.1 Conferencia Internacional sobre Planificación Familiar en los 80's, Jakarta, Indonesia, 1981.
 - 4.2 Conferencia Internacional sobre el Aborto, Hot Springs Virginia, U.S.A. 1968.

CAPITULO IV

- 5.- EL DESARROLLO DEL DERECHO DEL ABORTO EN EL MUNDO.
 - 5.1 Europa Oriental.
 - 5.2 Europa Occidental.
 - 5.3 América.
 - 5.4 Medio Oriente.
 - 5.5 Asia y Oceanía.
 - 5.6 Africa.
 - 5.7 Lista de países del Mundo sobre la Legislación Estadísticas sobre la Incidencia del Aborto.

CAPITULO V

- 6.- CONCLUSIONES.

CAPITULO PRIMERO

INTRODUCCION

En un mundo donde el derecho entre las Naciones, es llevado mediante la coordinación de éstas y la fuerza económica y militar de unos cuantos, sobre de muchos otros; se ha venido desencadenando un desequilibrio en todos los sentidos, que están conduciendo a la humanidad, a la corrupción, el hambre y en sentido amplio; al exterminio del hombre por el hombre mismo (dado que estamos amenazados con la III Guerra Mundial a nivel atómico). Es ahora cuando se debe de emplear todos los medios de coordinación para resolver problemas como el de la población, el abastecimiento de alimentos y energéticos, el desarme general y completo, comercio y desarrollo entre otros.

En este trabajo nos limitaremos a observar el problema de explosión demográfica (que lógicamente está íntimamente intercomunicado con todos los demás) proponiendo como medida temporal para llevar a cabo el control de la natalidad, al aborto, hasta cuando se logre un equilibrio demográfico y nutricional, así como también en la oferta y demanda del trabajo y con ésto muchas otras cosas más, dado que si existieran fuentes suficientes de trabajo actualmente en el mundo, no seríamos tan explotados ni se nos tomaría como instrumentos o medios de producción, para incrementar la fortuna económica de una elite realmente reducida y limitada.

Según estudios realizados por la Comisión de Población del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, y publicados el 5 de abril de 1981, en el año 2000 (y ya sólo fatan 19 años) la población mundial aproximada será de 6 mil 100 millones de habitantes, siendo que la población

en 1980 llegaba a los 4 mil 437 millones de habitantes, cifra de habitantes que, de los cuales, el 35% aproximadamente no se nutre bien, alrededor del 10% pasa hambre y está propensa a morir de inanición, cuya mayor concentración está en el Africa con 150 millones de personas que pasan hambre. ^{1/} Por otra parte, cerca del 50% de la población total de los países subdesarrollados - 2 mil millones de personas - es analfabeta y, aunado a éste hecho 1300 millones no cubren sus necesidades nutricionales y 300 millones no tienen ocupación alguna, este es pues un panorama crítico del tercer mundo. ^{2/} Para lo cual América Latina de los 340 millones de personas que la formamos, deberemos de estar preparados para soportar en el año 2000 la cantidad de 500 millones de habitantes, aunque esto no debería representar ningún problema, debido a los 476 millones de hectáreas de tierra cultivables que se encuentran en la zona, si solo los Gobiernos corruptos de la misma, tomaran algo de conciencia al respecto y dejaran sus ambiciones de poder y lujuria.

Por otra parte a finales del año de 1981, las reservas de básicos llegaron a escasear a 30 mil millones de toneladas, de los 213 millones que en abril de éste mismo año las conformaban, según el Director de la Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación Doctor Eduard Saouma ^{3/}, y es calificada por dicha organización como "alarmante" y continúa diciendo "no deben medirse en términos de las perspectivas de las cosechas, de una campaña o del nivel de reservas alimentarias, sino tenemos que estar preparados para lo peor, no solo este año sino también en los venideros.

^{1/} Dato publicado en el Excélsior, México D.F., del 8 de abril de 1981.

^{2/} Dato publicado en el Uno más Uno México, D.F. del 29 de abril de 1981.

^{3/} El Sol de México, México, D.F. del 30 de abril de 1981.

Y en la otra carta de la moneda, se observa que entre Estados Unidos, Unión Soviética, República Federal de Alemania, Japón, Francia e Inglaterra, solo para investigación y desarrollo militar gastaron en total 500 mil millones de dólares en 1980, que presentan el 6% del producto mundial bruto, dichos gastos son 15 veces mayores a la ayuda financiera que se brinda a los países en desarrollo, -según datos del Seminario Regional de la ONU para organismos no gubernamentales sobre el desarme, abril de 1981- y continua diciendo que: existen 25 millones de hombres en las fuerzas armadas, cifra que continuamente se ha venido elevando, el cual el 40% de esta cifra la disponen entre la OTAN y el Pacto de la Varsovia, el 17% China y el resto Africa, Asia y América Latina, y para estos 3 últimos países, esta carga económica que representa sostener un ejército, es inadmisibile dada su pobreza y su retraso social.

Ahora bien, los bienes militares no son productivos económicamente hablando; no constituyen a mejorar el nivel de vida, ni pueden ser usados por producir ninguna otra cosa fuera del uso militar o político que se les quiera dar, no sirven para mejorar el consumo ni son útiles para producir otros bienes, y en este estado de cosas, todavía los gobiernos subdesarrollados, para sostenerse en el poder y controlar a las masas, compran enormes cantidades de armas, sin el consentimiento de los pueblos.

Por otra parte en los primeros años de la década de los sesenta, aparece el libro "Geopolítica del Hambre" que estremeció al mundo y despertó una inquietud que ha provocado diversas reacciones políticas; su autor el brasileño Jossue de Castro, demostró con cifras y gráficas que; en las regiones en donde hay más hambre crónica la población crece más rápidamente. Esta ley se impone ha toda la

naturaleza, y siendo el hombre parte de ella también la experimenta y el resultado es una paradoja social; el hambre generalmente no provoca despoblamiento sino mayor fecundidad. Por consiguiente, los pueblos hambrientos están condenados a tener más hambre en el futuro, por el rápido crecimiento del número de bocas que alimentar y toda esta masa de gente se irá sumando; de los jóvenes en edad de trabajar, a las antiguas personas sin empleo, para dar un resultado de una masa mayor de desempleados en el mundo.

Del resultado de esta investigación -de Jossue de Castro- se emitió el siguiente axioma: "Es mejor invertir ahora un dólar en programas de control de la natalidad que 10 dólares luego en ayuda económica". En otro sentido el Fondo de las Naciones para Actividades de Población (FNUAP) ha declarado "Si el hambre es generalizada y acelera el crecimiento de la población, hay que reducir el hambre atacando los factores que lo producen, es decir impulsando el desarrollo.^{4/}

Mientras tanto las mujeres del mundo esperan los resultados de estos pensamientos y planes, siguen con una vida sexual más intensa cada vez, debido a la gran difusión del sexo a través de revistas, películas en cine y televisión así como también en el teatro, todo esto despierta el apetito sexual tanto en el hombre como en la mujer y sin medir consecuencias cualquier momento es bueno para hacer el coito, y si no es precavido utilizando anticonceptivos, lo más factible es que ella resulte embarazada, embarazo que es ella quien en muchos casos, le hace frente por sí sola, ya sea trayendo al mundo a un ser que tal vez ni siquiera quiso que viniera, cambiando la vida de esta mujer complicándola cada vez más, teniendo que vender su fuerza de trabajo al mejor postor o explotador, para subsistir en este injusto y corrupto planeta,

^{4/} Excélsior, México, D.F., del 30 de abril de 1981.

dando a luz a un individuo, que nace en circunstancias desfavorables para él, y que posiblemente tenga problemas para educarse y lograr una mejor posición, sino es que tenga tantos hermanos sin padre, que prefiera dedicarse a seguir fomentando la corrupción. Y la otra salida sería interrumpir el embarazo por medio del aborto, salida que 300 000 mujeres españolas toman el año 5/ , 800 000 mujeres francesas lo hacen también y en Chile una de cada cuatro mujeres prefieren esta vía.6/ En México según datos de la Psicóloga Ananeli Monroy de Velazco, asesora del Primer Encuentro Internacional de la Familia realizado en noviembre de 1976, dice que el 40% de las madres mexicanas son solteras, 35 000 son madres entre los 12 y 14 años de edad, 1/4 de millón da a luz entre los 14 y 18 años de edad anualmente hay más de un millón de abortos ilegales. Por otra parte y según datos del Dr. Juan Cedillo Yudico, Presidente de la Asociación Mexicana de Técnicos en Planeación Familiar7/ abortan en el país dos millones de mujeres y que de las 78 000 madres solteras que existen en el Valle de México el 50% lo practica o tiene tendencia a hacerlo. También según datos del Instituto Mexicano del Seguro Social8/ se dice que 25 de cada 100 mujeres mexicanas prefieren abortar. En 1979 según datos publicados en la ciudad de México por el Excélsior de 15 de noviembre de 1979 son 108 000 mujeres muertas por el aborto provocado por pastillas, agujas de tener y yerbas, y en estudios realizados por el Instituto Politécnico Nacional revelaron que aproximadamente 80 000 mujeres mueren al año por abortos mal efectuados 9/ . Lo que revela la necesidad de proporcionar al pueblo, medios higiénicos suficientes para practicar el aborto.

5/ Don Herrero Tejedor, Memoria del Fiscal del Tribunal Supremo, España. 1974.

6/ "El Aborto, solución o problema", varios autores, Ediciones Evangélicas Europeas, 1975.

7/ Universal, México, D.F., del 7 de mayo de 1979.

8/ Universal, México, D.F., del 4 de noviembre de 1979.

9/ Universal, México, D.F., del 21 de julio de 1980.

La situación puesta en el plano mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1965, dice que en el mundo se producen alrededor de 30 millones de abortos anuales. Y agrega que: Bolivia, Ecuador, Bangladesh, Pakistán y la mayoría del Africa al sur de Sahara informaron de un declive en el coeficiente de natalidad muy escaso o nulo. Todos los países Latinoamericanos, con excepción de Argentina, Bolivia, Guyana, Surinam y Uruguay ofrecen programas de planificación familiar entre sus servicios gubernamentales de Sanidad del Gobierno. Colombia, República Dominicana, El Salvador, México, Barbados, Jamaica y Trinidad Tobago figuran entre aquellos que se han fijado metas para reducir la tasa de nacimientos a fin de contribuir al desarrollo.

Por otra parte, se dijo en la Conferencia Internacional de Planificación Familiar celebrada en Yakarta el 29 de abril de 1981 que: uno de los métodos más usados para el control natal es la esterilización y que aproximadamente abortan al año de 30 a 35 millones de mujeres, lo que da un coeficiente de aborto de 40 a 70 por cada mil mujeres y a coeficientes de aborto de 260 a 450 por cada mil nacimientos. Y que Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, China, Egipto, India, Indonesia, Malasia, Filipinas, Corea del Sur, Singapur, Sri Lanka, Tailandia y Turquía figuran entre los países que registran una declinación de 10 a 35 por ciento en su tasa de nacimientos desde mediados de la década de los 60's.

En vista de lo expuesto; es necesario que se vea al aborto como una medida temporal para equilibrar la explosión demográfica; con el fin de lograr el desarrollo de las masas, creando conciencia de ser mediante una buena educación sexual a nivel de enseñanza secundaria, para formar personas preparadas para subsistir en este controvertido

planeta. Dado que se debe fomentar la integridad de la familia, como la célula más pequeña de la sociedad, y un hijo no querido puede unir o desunir a ésta.

2.- Concepción Científica del Aborto.

Para empezar este trabajo es preciso entender lo que el Aborto es, por lo que se hace necesario que analicemos algunas definiciones de carácter médico científico, que nos indicará en sí, que se debe de entender por aborto, y estar en aptitud de estudiarlo y poder hablar de él continuamente en este estudio.

Y para entrar de lleno al tema vamos a analizar la primer definición que dice; "Desde el punto de vista obstétrico, el Aborto se define como la interrupción del embarazo antes de la viabilidad del Feto". ^{10/} Por otra parte vamos a enunciar la definición legal que dice que "Se considera que el Aborto es la interrupción del embarazo en cualquier época de la preñez o antes de su término". ^{11/} Por lo que se refiere a la primera definición de carácter médico científico, (que en mi consideración es más importante el punto de vista científico que el legal, debido a que éste último, solo corresponde a una costumbre que se hace norma, la cual puede cambiar, mientras que el otro es un estudio clínico experimental de la vida en sí, demostrable en cualquier época). Se puede decir que, la viabilidad del feto constituye el límite superior del Aborto y se refiere a un embarazo de 22 semanas, con un producto que más o menos pesa 500 gramos (Ver fotografías en pag.). El límite inferior es más difícil de fijar, ya que la clínica y los datos de laboratorio solo permiten saber que hay embarazo después de la implantación del huevo en la pared de la matriz, por lo que se puede decir que hay un período dentro de este proceso en el cual no se puede hablar de una forma de vida real capaz de vida independiente, sino de un producto o embrión.

^{10/} Sesión de Mesa Redonda. Revista de la Facultad de Medicina, UNAM Vol. 17 No. 3, 1974

^{11/} Ibidem. p.p.5

El Aborto según lo define F. Fuchs y G. Stake mann^{12/} El Aborto en general se entiende como la finalización del embarazo antes de haber transcurrido 28 semanas, es decir antes de que existe un feto viable." Por lo que tenemos que una edad fetal de 28 semanas, contando a partir del primer día de la última menstruación, corresponde aproximadamente a un peso fetal de 500 a 1000 gramos, por ello algunas definiciones se refieren a este peso como límite superior en el período en el que ya se puede hablar de un feto viable. Pero como en algunos casos en que el embarazo finaliza con anterioridad a la semana 28 de gestación puede llegar al mundo un ser capaz de vida, algunos autores han propuesto un límite inferior en lo que se refiere al peso, por ejemplo Javert propone un límite de peso de 500 gramos, lo cual correspondería más o menos a una edad de embarazo de 22 semanas.

Por otra parte tenemos otra definición que dice "El Aborto es la pérdida del producto de la concepción antes de que éste sea viable".^{13/} Es preciso determinar hasta que edad el producto es viable o sea que éste sea capaz de tener vida independiente, y como se ha dicho, es hasta la semana 28 de embarazo con un peso se deberá oscilar entre los 500 a 1000 gramos (Ver fotografías en pag.) por lo que al hablar de viabilidad de vida se deberá entender conforme al criterio antes expresado.

Otra definición que analizaremos es la siguiente "El Aborto es la interrupción espontánea o provocada de la gravidez o Gestación antes de que el nuevo ser haya adquirido en el útero materno la viabilidad o sea la capacidad de vida por sí mismo fuera del seno materno".^{14/}

^{12/} O. Kaser, "Fundamento de Ginecología y Obstetricia. Patología, Profilaxis, diagnóstico y Tratamiento", Editorial Salvat, Capítulo "El Aborto" pp.16

^{13/} Diccionario de Terminología de la Ciencia Médica. Editorial Salvat, México 1972, pp.2

^{14/} Segatore Luigi, Diccionario Médico Teido. Edit. Teide, Barcelona 1977, p.10.

Como se ha visto, la mayoría de las definiciones transcritas se basan en gran manera en la viabilidad del producto para determinar hasta que momento se debe de considerar como Aborto la acción de interrumpir el embarazo, misma que no necesariamente tiene que constituir un crimen, ya que forma parte de una decisión de la persona hacia su propia concepción para ejercer el derecho de determinar el número de hijos que tener, misma decisión que va a responder a su situación económica, social y cultural, así como a las políticas demográficas de la región o país en que vive, por lo que van a ser los factores externos y no los internos, los que van a influir de sobremanera en la decisión de la persona. Ya que dentro de los factores internos como la conciencia, siempre estarán en favor de la vida y el crecimiento, aunque estos factores internos están limitados en cuanto a su efectividad por los externos que engendra la sociedad y puesto que en la mayor parte de los países del mundo se hace necesaria la planificación de la familia, es indispensable que para detener el continuo uso de la practica del Aborto para determinar el número y espaciamiento de los hijos, es necesario que los factores externos que determinan esa decisión, se organicen mejor, proporcionando en primera instancia información sobre la educación sexual así como proporcionar a la población un mejor medio de vida en general. Por lo que es Justificable la práctica del Aborto en una sociedad en la que solo existe Miseria y Corrupción en los Factores externos, dado que en un medio de esta naturaleza ninguna persona que sufra las consecuencias de la sociedad, podrá solventar, ni mucho menos atender como es debido a un nuevo ser y aún más cuando este nuevo ser no se ha querido traer conscientemente a la vida, no tan solo formará parte del fenómeno de la explosión demográfica sino también entrará al conflicto económico principalmente idiológico y social, en que nos desenvolvemos, siendo que los padres o la madre soltera careciente de los recursos económicos suficientes para

educar e instruir a ese ser, será éste mismo sujeto quien en determinado momento llegue a perjudicar a la misma sociedad y población, convirtiéndose en un delincuente o en una persona llena de traumas, propiciados por la carencia de economía, cultura y sociedad, por lo que si es verdad que la vida es lo máspreciado para el ser humano, ésta debe darse en condiciones favorables principalmente en el factor económico, no se podrá pensar en traer a alguien al mundo teniendo la idea de que sobrevivirá a los cambios sociales. Y debido a estas razones, a mi juicio, el Aborto es justificable y se deben de seguir nuevas técnicas para llevarlo a cabo, así también se hace necesaria su reglamentación de acuerdo a las políticas demográficas de cada país.

Para tener una noción más completa de lo que el Aborto es, vamos a pasar a efectuar su clasificación:

1.- Aborto Espontáneo.- Es de origen fetal y consiste en la falta de desarrollo del producto, anomalías en el líquido amniótico o en el cordón umbilical, mala inserción de la placenta, degeneración de las vellocidades coriales y factores genéticos; de estos factores hay algunos de origen materno y podemos destacar las infecciones como: el sarampión, la escarlatina, la rubeola, los parásitos, que atraviesan la barrera de la placenta, las intoxicaciones ya sea en la alimentación o por medicamentos o metales de fábricas e industria, traumatismos directos, incompetencia del Cervix ya sea por flagidez, desgarro o alguna intervención quirúrgica como la amputación del cervix, otras causas maternas son la diabetes, alteraciones tiroideas, factores inmunológicos, deficiencias hormonales, útero didelfo, y el facto RH.

Este tipo de Aborto espontáneo se puede definir también como la interrupción de un embarazo antes del término de las 28 semanas, se produce sin la intención de la

paciente ni de otras personas, así como el empleo de medicamentos o medidas quirúrgicas o de cualquier otra índole.

2.- Aborto provocado o inducido.- Lo podemos definir como la interrupción deliberada del embarazo. Legal como medida terapéutica.

3.- Aborto inminente (amenaza de Aborto).- Se caracteriza por la existencia de espasmos similares a los de la menstruación, aislado o con presencia de sangre y moco.

4.- Aborto inicial (Aborto incipiente) .- Se destaca por Hemorragias más intensas y prolongadas, dolores violentos y dilataciones del Utero del conducto cervical.

5.- Aborto incompleto.- Cuando se eliminan partes del producto de la concepción o estas se encuentran en la vagina.

6.- Aborto Completo.- Cuando se expulsa el total del producto.

7.- Aborto Séptico.- Es cualquiera de los casos citados en presencia de gérmenes patógenos dentro del organismo de la madre.

8.- Aborto Retenido.- Es cuando el producto de la concepción a muerto pero queda retenido en el Utero.

9.- Aborto Parcial.- Cuando en un embarazo múltiple se ha expulsado uno de los huevos (este caso es muy raro).

10.- Aborto repetido.- Dos abortos espontáneos seguidos.

11.- Aborto Habitual.- Tres o más embarazos que finalizan en un aborto.

Para observar la Etiología del Aborto espontáneo, vamos a pasar a clasificar sus causas en:

- A) Debidas al Feto.- Embriones, Tiofoblasto y Cordón Umbilical mal formación en cada uno de estos Organos.
- B) Causas del Aborto que se derivan de la Madre.- Trastornos genitales, trastornos generales.
- C) Causas del Aborto que se derivan del padre.^o Espermas Deficientes.

Es importante clasificar las etapas en que se divide la practica del Aborto.

- 1.- Amenaza de Aborto.- Consiste en sentir dolores en la parte alta del abdomen (epigastrio), pequeños sangrados sin dilatación del cuello
- 2.- Aborto en evolución.- Cólicos en la parte baja del abdomen (Hipogastrio), a veces sangrado y acortamiento y/o dilatación del cervix.
- 3.- Aborto inevitable.- Ruptura inminente de la membrana que cubre al embrión o sangrado profuso sin modificaciones del cuello uterino, imposible que siga adelante el embarazo.
- 4.- Aborto Incompleto.- Cervix dilatado y hay sangrado, cólicos hipogástricos rítmicos, seguidos de expulsión de fragmentos ovulares,

Útero involucionado, el orificio del cuello no es prácticamente permeable, y será necesario retirar los restos por medio del legrado.

5.- Aborto consumado.- Cuando ya ha ocurrido el Aborto, se debe de revisar la cavidad uterina para no dejar restos placentarios o embrionales.

6.- Aborto diferido o frustrado.- Clínicamente hay discrepancias entre el tiempo de gestación y el tamaño del producto, lo que no indicaría que el producto lleva varias semanas muerto.

En resumen podremos decir que, las varias características en que se puede presentar el Aborto, representan las etapas de un ser que como ya se dijo, sólo podrá tener vida independiente hasta los 7 meses, fecha en que ya se puede hablar de un ser capaz de sobrevivir independientemente, por lo que es preciso decir que antes de este período la decisión de tenerlo deberá ser exclusiva de la madre.

2.1 Efectos del Aborto en la Salud Física de la Mujer.

Son muy pocas las medidas preventivas para llevar a cabo el Aborto, y es el reposo el medio más indicado para soportar una intervención de este tipo. Uno de los métodos utilizados para lograr un Aborto es el legrado y además es el más común en países subdesarrollados o en desarrollo. Otro de los métodos con mayor tecnología implícita, es el de la succión o aspiración utilizado comunmente en los países donde el Aborto es permitido, de muy fácil utilización cuando el aborto es precoz. El suero Hipertonico o Clucosado el cual es distribuido en forma de inyecciones, muy eficaz cuando se aplica tempranamente. Existen además algunas hierbas como el Azafrán, Ajenjo, Xopanstle, la Ruda y el Apiol, que llegan a producir el Aborto. Rudimentariamente hay mujeres carentes de conocimiento que utilizan métodos tan peligrosos como el el hecho de introducir dentro de la cavidad uterina cuerpos extraños como son las agujas, sondas y hasta plumas de ave, que solo provocan la perforación del Utero y su consecuente hemorragia, la cual llega muchas veces a poner en peligro la vida de la mujer. Otro de los métodos es la utilización de prostaglandinas y siendo tan importante la utilización de estos métodos para el buen entendimiento de éste trabajo, le vamos a dedicar el siguiente punto a esta materia.

Y sobre los efectos en la salud de la mujer del Aborto, podemos decir que, en el Aborto provocado se presentan como complicaciones, la hemorragia profunda y la infección ya sea por diseminación sanguínea o por la perforación uterina, que es demasiado peligrosa, poniendo la vida de la mujer al borde de la muerte. Por otra parte, las hierbas pueden provocar intoxicaciones Graves, y una complicación tardía es la esterilización por secuelas de infección o por incontinencia ismocervical, consecutiva del uso de canulás de aspiración

o las cucharillas para el legrado, aun más tardías son las repercusiones psicológicas, que van a estar condicionadas al grado cultural de la mujer.

La mortalidad materna es la consecuencia más grave del Aborto y llega más o menos a significar un serio índice de mortalidad en los países en donde se produce ilegalmente. Donde el Aborto es legal y se practica procozmente con técnicas controladas, se informa que dicho índice de mortalidad se ha visto reducido. Existen dos complicaciones importantes al efectuar el Aborto, y estas son; en primer lugar la hemorragia, y en segundo las infecciones, capaces de desencadenar ambas, la muerte de la mujer. La hemorragia uterina es un síntoma general en el aborto, apenas es posible realizarlo sin ser éste acompañado de alguna hemorragia por leve que ésta sea. La terapéutica suele ser muy sencilla y consiste en la sustitución del volumen hemático circulante, ya sea por sangre, plasma o sus sustitutos. En cambio la infección del útero es más peligrosa, debido a las bacterias provocadas, tales como los estreptococos, estafilococos y genococos, y con mayor frecuencia se encuentran los gérmenes de "Escherichia Coli" que son bacterias, así como los "Clostridium" que son parásitos, los cuales desencadenan una infección mayor. Por lo que se deberá hacer uso de antibióticos para contrarrestar el efecto de estos parásitos y bacterias.

Por lo antes visto se puede decir que, el Aborto como una medida temporal para el control de la natalidad, se podría llevar a cabo en forma más higiénica, estéril y aséptica, si se realiza en centros especializados, y esto solo se podría lograr despenalizando la practica del aborto, ya que muchas mujeres exponen la vida (y hay que tomar en cuenta que este ente es ya un ser mayor, con derechos y obligaciones bien concretos, por lo que el bien a tutelar será la madre

y no al producto, ya que existe la posibilidad de que éste último pueda no nacer o nacer incapacitado) con manos de gente tal vez sin conocimientos ni técnicas especializadas para evitar las complicaciones que acarrea el Aborto. Si la mujer que se somete a esta práctica sobrevive a la primera complicación post-abortiva como es la hemorragia, estará lista para soportar la segunda que es la inminente infección. ¿Para qué exponer a la mujer a estas agresiones que pueden acabar con su existencia? Me parece injusto que en una sociedad en que se tienen las técnicas adecuadas para llevarlo a cabo sin peligro, se deba de recurrir al clandestinaje solo por acatar una ley, que en lo general no es observada y existe una constante práctica en contrario. Por que no mejor dar una asistencia, seguida de una buena educación sexual, con el objeto de planear la familia, con lo que se lograría revolucionar sexualmente a la mujer y se estaría luchando por un efectivo control de la natalidad.

2.2. Investigaciones sobre los aspectos biomédicos de la regulación de la Fecundidad.

Para resolver este inciso, vamos a utilizar como base el estudio preparado por La Organización Mundial de la Salud intitulado "Investigaciones sobre los aspectos biomédicos de la regulación de la fecundidad y sobre los aspectos operativos de los programas de planificación de la familia",^{15/} Hay que recordar que este documento fue uno de los antecedentes para la Conferencia Mundial de Población efectuada en Bucarest Rumania a la cual nos referimos en capítulo aparte.

En materia de planificación de la familia las tendencias actuales pueden interpretarse con más o menos pesimismo u optimismo, sin embargo, la práctica dista mucho de los objetivos establecidos pro los programas. La acción recíproca entre los factores sociales, económicos, culturales, políticos y personales, complica el análisis de las causas de su fracaso relativo. Por lo que se puede decir que, la regulación de la fecundidad dependerá del grado de organización de los factores antes mencionados y también las decisiones sobre los procedimientos que vayan a adoptarse, requieren, por lo menos, mediciones e informaciones derivadas de estudios juiciosos o experimentados. Aunque esos estudios no pueden dictar políticas en sentido absoluto, pero sí podrán señalar líneas generales, proporcionar opciones e indagar márgenes de viabilidad. Acaso será significativo que en los programas de planificación familiar, que han dado buenos resultados ha habido sistemáticamente una acción recíproca coordinada de los factores, sociales, económicos, políticos, culturales y personales que se han ejercido desde el principio de las investigaciones.

^{15/} Organización Mundial de la Salud "Investigaciones sobre Los Aspectos Biomédicos de la Fecundidad y sobre los Aspectos Operativos de los Programas de Planificación de la Familia". ONU., Doc. E/Conf.60/CBP/22,12 de abril de 1974.

Todo biologo tiende a clasificar los métodos de la regulación de la fecundidad según la fase de reproducción en que este método interviene, por lo regular la clasificación es la siguiente; la formación de huevos (óvulos), la unión del óvulo fecundado en la matriz (útero), y la evolución del embarazo. Tanto el biologo como el clínico se interesan principalmente en lograr un alto grado de eficacia en el método para regular la fecundidad y en evitar todo riesgo para la salud que pueda implicar su uso.

Por lo que respecta a la elección del anticonceptivo, ésta puede estar determinada principalmente por circunstancias que lo acompañan en su empleo, por ejemplo; si lo va a usar el Hombre o la Mujer, si lo va a usar antes o después del acto sexual, o totalmente independiente de éste, si requiere el uso de drogas, dispositivos o intervenciones quirúrgicas, si su efecto es temporal, permanente o reversible. En más o menos proporción influirá sobre el uso de determinados métodos, consideraciones de tipo sociales, culturales y morales. El costo también significará un factor determinante, lo mismo que la facilidad de obtención y el origen del anticonceptivo, en ciertas culturas puede ser inaceptable algún método, como el dispositivo intrauterino que requiere de un examen interino, así también la elección de un anticonceptivo va a estar regulada o limitada por otros obstáculos, como la falta de personal preparado que se necesita para aplicar ciertos métodos o de medios especiales, o conductos especiales de distribución o fondos. Es probable que la elección del método sea objeto de presión por parte de grupos especiales como; los profesionales, comerciantes, religiosos o políticos. También sufrirá la influencia de las características de ciertos grupos de población, como el grado de instrucción, la motivación para la planificación de la familia, la salud y el estado de nutrición. Por lo que las determinantes para elegir el anticonceptivo

o para elegir el método para regular la fecundidad son muy variadas, aunque se puede decir que, es de suma importancia contar con una amplia gama de anticonceptivos, por lo que la necesidad de contraer con mejores métodos para la regulación de la fecundidad se hace evidente, así como la necesidad de practicar investigaciones y experimentos en este sentido, mismas que se deberán realizar conforme a dos criterios principales; Mejorar los métodos existentes y Determinar su idoneidad en poblaciones diferentes además de desarrollar una nueva tecnología. Se deberán perseguir en estas investigaciones, objetivos tales como, aumentar el atractivo del método, simplificar su uso, disminuir sus efectos secundarios y aumentar su eficacia, asegurar su aceptabilidad en distintas culturas y mantener al mínimo los costos de fabricación y distribución, estos objetivos a seguir en la búsqueda de un anticonceptivo eficaz, deberán ser observados en cualquier investigación hecha en este sentido.

Vamos a hablar de los métodos anticonceptivos conocidos hasta la fecha; y empezaremos por el más sencillo y económico que se funda en la abstinencia del coito durante el período en que la mujer puede concebir. Sobre de este método se puede decir que se presta poca atención al desarrollo del mismo, a pesar de los importantes adelantos realizados en el conocimiento de la biología de la ovulación y del ciclo menstrual. Otro procedimiento de contracepción mediante el ritmo, es la expulsión mensual de óvulos del ovario provocada bajo control de un medicamento. El aislamiento reciente de estas hormonas, que intervienen en la regulación de la ovulación, debe aplicarse inmediatamente con ese mismo propósito.

Por lo que se refiere a los condones, últimamente se ha dado más importancia a la presentación del producto y a facilitar su uso, envasando condones previamente lubricados. Poco éxito han tenido los intentos de substituir en su

composición el Látex por materiales plásticos.

Se han realizado algunos trabajos para obtener películas disolventes para aplicar agentes espermicidas por vía intravaginal. Una de las versiones que está ensayándose actualmente es un cuadro de la película de 5 cms. por lado, que puede introducirse manualmente dentro de la vagina antes del coito, o introducirlo colocándolo sobre el pene. Aunque necesita estudiar más este producto para determinar su eficacia.

Para superar este producto, actualmente se están estudiando anillos vaginales, que liberan medicamentos contra la fecundidad por un período prolongado, estos dispositivos podrían ser introducidos y retirados por la propia usuaria, y su eficacia podría durar un mes o más.

Por lo que se refiere a los anticonceptivos intracervicales se trata de obtener un dispositivo que pueda quedar en el cérvix durante períodos prolongados sin bloquear el flujo menstrual y que, por sus propiedades físicas y por contener un medicamento, obstaculice el movimiento de los espermatozoides a través del canal cervical.

Los dispositivos anticonceptivos intracervicales y los anillos vaginales tendrían la ventaja frente a los dispositivos intrauterinos de poderse insertar con mayor facilidad.

Se están realizando trabajos para modificar la forma y tamaño de los dispositivos intrauterinos, y la composición de sus materiales para aumentar su eficacia, reducir la frecuencia de su expulsión y atenuar el dolor y las hemorragias que a menudo los acompañan.

Otra línea de investigación y desarrollo en materia de dispositivos intrauterinos es el empleo de ellos como portadores de sustancias químicas o fármacos que ejerzan efectos contra la fecundidad, el menor tamaño de estos dispositivos de "Segunda Generación" en comparación con los que se utilizan actualmente y que ejercen su efecto por sus propiedades mecánicas, facilita la inserción y reduce la frecuencia y la intensidad de los efectos secundarios. El más prometedor de estos nuevos dispositivos intrauterinos, es uno de material de plástico en forma de "T" que lleva una pequeña cantidad de cobre.

Por otra parte tenemos los anticonceptivos orales que se conocen con el nombre genérico de la "píldora" se incluyen una variedad de diferentes cantidades y mezclas de esteroides hormonales. En los quince últimos años se ha logrado reducir de manera impresionante las cantidades de sustancias, sin perjuicio de la eficacia del preparado, por ejemplo; el componente progestogénico se ha reducido paulatinamente a un vigésimo de la dosis original. Las reducciones de las cantidades de sustancias se han acompañado de una disminución considerable de los efectos secundarios. Se ha comprobado que el riesgo a sufrir tromboembolias es significativamente inferior con dosis baja de estrógeno y lo mismo puede decirse de varios de los efectos secundarios menores. Aunque los estudios de este producto continúan, se puede decir que es de los más usados en el mundo.

La ventaja de este contraceptivo, es que solo se necesitan tomarse doce veces al año, estudios clínicos realizados en varios países, indican que esos preparados son efectivos. También se están haciendo investigaciones sobre una píldora de progestógeno para ser tomada una vez por semana.

Existen también los anticonceptivos inyectados que son hormonas contraceptivas inyectables con eficacia de un mes hasta seis meses. Aunque la investigación sobre de este producto es escasa.

Otro de los métodos de contracepción de acción prolongada, consiste en emplear cápsulas de plástico que pueden insertarse bajo la piel de la mujer para liberar hormonas en dosis bajas y constantes, se ha demostrado su eficacia durante todo un año en estudios clínicos limitados, también se intenta obtener ulteriormente, cápsulas que puedan liberar fármacos durante tres o seis años o incluso por un período más prolongado, para retirar la cápsula se necesitaría una pequeña escisión local, los efectos secundarios dependerían de las hormonas y otros fármacos que se emplearán en las cápsulas.

Existe también la píldora postcoitales con altas dosis de estrógeno que se administran a los tres días siguientes del coito, parecen ser eficaces pero se acompañan de molestos efectos secundarios y el procedimiento resulta poco satisfactorio, excepto en una rara situación de urgencia. En la actualidad se están examinando un corto número de otros fármacos como agentes postcoitales, pero queda por determinar su modo de acción.

Otro de los métodos que encontramos para el control de la fecundidad, es El Aborto Provocado. Quierace o no, no deja de ser este medio una acción más para el control de la natalidad, al igual que; la píldora, los dispositivos intrauterinos y muchos otros anticonceptivos, esta acción de Abortar también es un método más anticonceptivo. La investigación sobre métodos para provocar el aborto va en desarrollo, debido a que éste se emplea con frecuencia y probablemente

continuará siendo empleado en las diferentes sociedades, por ejemplo; en los casos en los que no se ha hecho uso de un contraceptivo o por falta de eficacia del usado. Recientemente se ha expuesto en favor de este método un argumento completamente distinto, según el cual el método más eficaz y seguro para regular la natalidad puede muy bien consistir en emplear medios de contracepción (El Diagrama o el Condón) menos eficaces que los métodos modernos (Píldora y el Dispositivo Intrauterino) pero exentos de sus graves efectos secundarios, y convinar esos medios con la interrupción, en condiciones de seguridad, de los embarazos que se producen por el fracazo del fármaco o por su uso impropio (la interrupción del embarazo en condiciones de seguridad, supone la disponibilidad del personal preaprado y de instalaciones y servicios adecuados).

Las investigaciones recientes sobre las prostaglandinas (que provocan el Aborto por las vías de medicamentos) están dando un impulso considerable para el perfeccionamiento de fármacos para interrumpir el embarazo. Hasta la fecha, las prostaglandinas han mostrado cierto grado de eficacia para interrumpir el embarazo durante el período comprendido durante el tercer mes y el sexto (segundo trimestre del embarazo) provocando contracciones del útero y la expulsión del feto).

Como provocar el Aborto es más peligroso en el segundo semestre, se han incrementado considerablemente los estudios sobre el empleo de prostaglandinas para provocar el Aborto durante el primer trimestre. Un objetivo primordial es la elaboración de una píldora de prostaglandina que pueda tomarse cada mes con regularidad, en los días en que se espera la menstruación y sin tratar de determinar si ha habido embarazo, o bien se reserve como método de rezago para los meses en que se retrasa la menstruación y se sospecha un embarazo.

Las prostaglandinas modificadas, llamadas análogas, parecen ser más eficaces que las sustancias naturales y sobre de ellas se concentran intensas actividades de investigación.

Se ha estudiado una serie de otros posibles abortivos orales, pero se han abandonado, ya sea por que eran tóxicos o producían malformaciones en los fetos cuando éstos no eran expulsados. También se están efectuando investigaciones sobre el aislamiento del principio activo de las plantas utilizadas en la medicina popular para interrumpir el embarazo.

Otro medio para Abortar es el medio mecánico, el cual a pesar de la mortalidad y morbilidad que acompañan a la interrupción del embarazo por métodos mecánicos durante el primer trimestre, sobre todo mediante aspiración al vacío, se ha prestado poca atención al perfeccionamiento de esas técnicas. Debería de tratarse de fabricar mejores instrumentos a fin de reducir al mínimo las lesiones a los tejidos de la madre y evitar infecciones y disminuir la pérdida de sangre. Al mismo tiempo los países en desarrollo que desean proporcionar este método dentro de sus programas de planificación familiar, necesitan diseños de equipos como por ejemplo; Bombas aspiradoras, adecuadas a diferentes tipos de servicio, y de conservación sencilla y barata. Y siendo el método de aspiración el más moderno y seguro, vamos a hablar un poco más de éste, y empezaremos diciendo que su origen nos lleva hacia 1927, cuando Bikov^{16/} originario de la URSS, uso la presión negativa o al vacío intrantrerina, en un esfuerzo para prevenir la preñez, cinco o seis días antes de la menstruación incertando un tubo a través del canal cernical, herméticamente sellado, creando así una succión en una jeringa de 100 a 200 cc.

Tiempo después en 1958 los científicos Chinos Tsai Kuang Tsung, Vu Yan Tai y Uy Chien Chen^{17/} desarrollan

^{16/} "Abortion in a changing world". varios autores, Edit. Robert E. Hall Columbia University Press, Nueva York y Londres 1968, pp.74.

^{17/} Ibidem.

este método dilatando la Cervix e insertando un raspador con el cual raspaban por medio de succión ocho puntos diferentes del útero. Este procedimiento es eficaz hasta las 12 semanas de embarazo.

En 1960 Melks un Doctor y Rose un Ingeniero ambos de la Unión Soviética, construyeron un aparato al que llamaron "La Aspiradora", el que utilizaban con un raspador agujerado por el centro de principio a fin, así mismo para las partes más difíciles utilizaban una trituradora mecánica dirigida por un motor eléctrico.

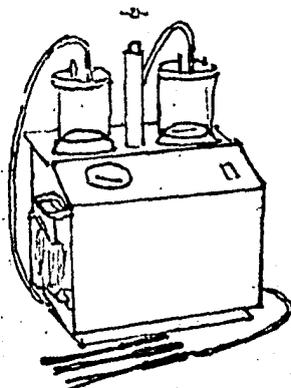


Fig 1. Aparato de Aspiración al vacío.

En 1961 Zubejer también de la Unión Soviética invento una máquina aspiradora más sencilla, que de inmediato se popularizó en la Rusia y todo el resto del mundo.

Con esta máquina la operación de aborto deberá durar entre 20 a 30 minutos, utilizando solo anestesia

local y disminuyendo en mucho los riesgos en la operación, la pérdida de sangre es mucho menor ya que según cálculos de Petrovich, la pérdida de sangre con la máquina fluctúa entre 25 cc. cuando se efectuó dentro la quinta semana de embarazo, y 125 cc. cuando se efectuó hasta la 12a. semana contra indicios de 50 cc. y 350 cc. respectivamente que se pierden con el legrado convencional.

Otro de los pros, de este sistema es que el trauma que produce esta operación es menor, ya que se ha comprobado con estadísticas, que la mujer al ver la tecnología empleada para este tipo de cirujías se tranquiliza más.

Por otra parte, el tejido del útero que se pierde es menor con este sistema, que en el aborto por medio de raspa.

El dolor es menor tanto durante la operación como después de efectuada ésta y los riesgos de la infección seguirán dependiendo de la asepsia que se emplee tanto en el establecimiento, las personas que lo ejecutaran y en la máquina e instrumentos.

Una de las complicaciones que se pueden señalar, es la embolia de aire, que puede llegarse a producir cuando no están bien hechas las conexiones de los tubos, o cuando pudiera existir una ruga de aire, por esto, este tipo de operaciones debe ser realizado por especialistas.

En los primeros estudios de salud pública bien concebidos mostrando la magnitud de la práctica y sus consecuencias; la mortalidad y los costos para los servicios del gobierno servirán como base para instituir actividades

para la planificación de familia. En los lugares en donde se ha facilitado el Aborto, las autoridades han formulado muchas preguntas, como por ejemplo: sobre las ventajas relativas de los distintos métodos para interrumpir el embarazo en diferentes etapas, los peligros que presentan los Abortos repetidos, el personal y las instalaciones necesarias para los diferentes métodos, las relaciones recíprocas entre la práctica del Aborto y el uso de métodos contraceptivos.

Entre 1966 y 1970 la Organización Mundial de la Salud inició un corto número de estudios concentrados, al aborto provocado concretamente como por ejemplo en Brazil y Checoslovaquia, o reuniendo datos sobre el mismo como parte de un estudio más amplio de la colectividad, como sucedió en el Perú y el Senegal. La Organización Mundial de la Salud ha iniciado estudios cuidadosamente preparados sobre las secuelas a corto y a largo plazo de diferentes procedimientos para interrumpir el embarazo.

Podemos decir en resumen sobre los métodos que actualmente se utilizan para el control de la fecundidad, que todos presentan una eficacia limitada, supeditada a las consecuencias secundarias que acarrearán, debido a que aún no existe el anticonceptivo perfecto, que es lo que se pretende fabricar algún día, debido a la gran explosión demográfica que se está dando continuamente, en los conjuntos poblacionales.

Me parece que desde el momento en que la Organización Mundial de la Salud, incorpora en sus investigaciones al Aborto Provocado como un método más para regular la fecundidad, pone en evidencia la utilización de éste medio, como una practica mundial para el control de la Natalidad.

Aunque si bien es cierto que el mejor método sería la esterilización, misma que sus estudios y prácticas se han llevado a cabo con mayor frecuencia en la mujer que en el hombre, ésta adolece del inconveniente de que se requiere para efectuarla de recursos hospitalarios y personal médico especializado debido a la cirugía que se emplea en su ejecución, además de otros factores negativos que la acompañan, como son el dolor, y la cicatriz. Se han ideado instrumentos que permiten ocluir el oviducto insertándolo por la vagina, al parecer, este método corta el período de convalecencia, reduce la necesidad de anestesia y evita las cicatrices externas aunque todavía requiere de la introducción de un instrumento en el interior de la cavidad abdominal. Además exige técnicas médicas especializadas, por esta razón las investigaciones se han orientado hacia la fabricación de productos químicos y la aplicación de obturadores mecánicos a través del útero para ocluir el oviducto.

Por lo que se refiere a la esterilización del hombre, en este campo ha habido poco desarrollo, hasta la fecha todos los dispositivos han provocado efectos secundarios inaceptables, y el resultado de su uso prolongado son inciertos y presentan dificultades técnicas.

A lo largo del tiempo ha despertado el interés por producir una vacuna que inmunice contra la formación de óvulos o de espermatozoides o bien contra la iniciación o mantenimiento del embarazo mismo. Aunque estas prácticas han dado buenos resultados en animales, los preparados de vacuna no han sido lo suficientemente puros para ser utilizados en los humanos. Cada vez se extienden más las investigaciones sobre nuevos métodos, por ejemplo, se observó primero en insectos, luego en mamíferos, que el olor de ciertas sustancias que despiden un sexo afecta los procesos y el comportamiento del otro sexo, relacionados con la reproducción.

En el caso de los roedores, la ovulación y la implantación del huevo pueden inhibirse mediante sustancias volátiles emitidas por algunos machos. La enorme difusión de esas sustancias en el reino animal, en particular en los primates, está estimulando las investigaciones sobre su actuación en seres humanos.

Por lo que resulta de resumirse que aún el anticonceptivo perfecto no existe, y es menester de los estudiosos de este campo en conseguirlo, con el fin de lograr el control de la natalidad. Mientras tanto el ejercicio del derecho a decidir cuantos hijos tener, estará limitado a los pocos métodos anticonceptivos que se conocen y a los recursos que la ciencia nos aporta.

Capítulo Segundo.

Número 3.- La Población Mundial, el Aborto y las Naciones Unidas.

3.1.A Análisis del Informe del Consejo Económico y Social, Situación de la Población Mundial en 1981, Informe del Secretario General.

El informe que en seguida analizaremos, ha sido preparado en respuesta a la resolución 1347 (XLV) del Consejo Económico y Social de 30 de julio de 1968, con la cual se pidió al Secretario General que presentara a la Asamblea General, cada dos años un informe conciso sobre la situación mundial, incluida una evaluación de las tendencias demográficas actuales y futuras. Este informe es bienal, como ya se dijo, se basa en conclusiones de la tercera serie de observaciones a las tendencias y políticas demográficas mundiales. La observación de las tendencias demográficas fue llevado a cabo por la Secretaría en colaboración con las comisiones regionales, la Organización Internacional del Trabajo, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y la Organización Mundial de la Salud. La observación de las políticas demográficas se llevó a cabo sobre la base de la información obtenida de la cuarta encuesta mundial sobre población y el bando de datos de la Secretaría sobre políticas en materia de población y otras fuentes oficiales.

Señala el informe que, una de las tendencias demográficas, es que siguen aumentando los indicios de que se está produciendo un movimiento hacia la disminución de la fecundidad en los países en desarrollo y de que se sostiene la tendencia de moderación en la tasa de crecimiento de la población mundial. Si observamos el cuadro número 1) el cual refleja la tendencia desde 1965, haciendo una

proyección hasta 1985, se podrá notar que el porcentaje de las tasas anuales de crecimiento de la población a venido disminuyendo en pequeña cosa. Pero lo que es más importante es que en los países de las regiones más desarrolladas, las tasas son inferiores a las regiones menos desarrolladas, lo cual refleja que en una sociedad mejor organizada el control demográfico será más efectivo.

Cuadro No. 1 TASAS ANUALES DE CRECIMIENTO DE LA POBLACION
(EN PORCENTAJE) DE LAS PRINCIPALES ZONAS Y REGIONES DEL MUNDO
(VARIANTE INTERMEDIA), 1965-1985.

Zonas y regiones	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985
Total mundial	2,0	2,0	2,1	2,0
Regiones más desarrolladas ...	1,0	1,0	1,1	1,1
Regiones menos desarrolladas..	2,4	2,5	2,4	1,1
Asia Oriental				
Región continental	1,8	1,7	1,6	1,5
Japón	1,1	1,2	1,1	0,8
Otras zonas de Asia Oriental .	2,5	2,4	2,4	2,4
Asia meridional	2,8	2,8	2,7	2,6
Asia meridional central	2,7	2,8	2,7	2,5
Asia sudoriental	2,8	2,9	2,8	2,7
Asia sudoccidental	2,9	3,0	3,1	3,1
Europa	0,8	0,7	0,7	0,7
Europa occidental	0,8	0,6	0,6	0,6
Europa meridional	0,9	0,9	0,9	0,8
Europa oriental	0,8	0,8	0,8	0,7
Europa septentrional	0,6	0,6	0,7	0,7
URSS	1,0	1,0	1,1	1,2
Africa	2,6	2,8	2,9	3,0
Africa occidental.....	2,5	2,7	2,8	3,0
Africa oriental	2,5	2,7	2,8	3,0
Africa septentrional	2,1	2,4	2,5	2,7
Africa meridional	2,3	2,5	2,6	2,7
América del Norte	1,2	1,3	1,4	1,5
América Latina	2,8	2,9	2,9	2,8
Zona tropical de América del Sur	3,0	3,0	3,0	3,0
América Central continental...	3,4	3,4	3,4	3,4
Zona templada de América del Sur	1,8	1,7	1,7	1,6
Caribe	2,2	2,2	2,2	2,2
Oceanía	2,0	2,1	2,2	2,2
Australia y Nueva Zelandia ...	1,9	1,9	2,1	2,0
Melanesia.....	2,4	4,6	2,6	2,8
Polinesia y Micronesia	3,1	3,1	3,0	3,1

Fuente: Informe de Consejo Económico y Social, Situación de la Población Mundial en 1981, Informe del Secretario General.

Según los cálculos y proyecciones mundiales efectuados por las Naciones Unidas en 1980, la población total del mundo se calcula en 4437 millones en 1980. Durante los últimos tres decenios, la población mundial aumentó en 1900 millones, es decir, paso de 2500 millones a 4400 millones. Las proyecciones variantes medias de la población mundial elaboradas por las Naciones Unidas son: 6100 millones para el año 2000, 7000 para el año 2010 y 8300 millones para el año 2025. (Ver cuadro No. 2).

CUADRO No. 2 ESTIMACIONES DE LA POBLACION TOTAL, 1960-2000 DE LAS PRINCIPALES ZONAS Y REGIONES DEL MUNDO. (VARIANTE INTERMEDIA).

(En millones)

Zonas y regiones	1960	1970	1980	1990	2000
Zona mundial*.....	2 986	3 632	4 457	5 438	6 494
Regiones más desarrolladas*..	976	1 090	1 210	1 336	1 454
Regiones menos desarrolladas*	2 010	2 542	3 247	4 102	5 040
Asia oriental	785	930	1 095	1 265	1 424
Región continental	645	765	901	1 043	1 176
Japón.....	93	103	106	125	133
Otras zonas de Asia oriental.	47	61	78	97	115
Asia meridional	865	1 126	1 486	1 912	2 354
Asia meridional central	588	762	1 001	1 280	1 565
Asia sudoriental	219	287	380	492	608
Asia sudoccidental	58	77	104	140	181
Europa	425	462	497	533	568
Europa occidental	135	149	158	169	179
Europa meridional	118	128	140	152	163
Europa oriental.....	97	104	112	120	127
Europa septentrional	76	81	86	93	99
URSS	214	243	217	302	330
Africa	270	344	457	616	818
Africa occidental	80	101	133	180	240
Africa oriental	77	98	129	174	233
Africa central	29	36	46	60	80
Africa septentrional	65	87	119	163	214
Africa meridional.....	18	23	29	38	50
América del Norte.....	199	228	261	299	333
Zona tropical de América del Sur.	112	151	204	272	358
América Central continental .	48	67	95	132	180
Zona templada de América del Sur	33	39	47	55	63
Caribe	21	26	32	40	50
Oceanía	15,8	19,4	24,0	29,6	35,2
Australia y Nueva Zelandia ..	12,7	15,4	18,8	22,7	26,2
Melanesia	2,2	2,8	3,6	4,7	6,1
Polinesia	0,9	1,2	1,7	2,2	2,9

*Los totales del mundo, de las regiones más desarrolladas y de las regiones menos desarrolladas se han ajustado para tener en cuenta las discrepancias entre las hipótesis regionales sobre inmigración y emigración.

Fuente: Informe de Consejo Económico y Social, Situación de la población Mundial en 1981, Informe del Secretario General.

Para finales del primer cuarto del próximo siglo se proyecta que; el 83% de la población mundial vivirá en lo que ahora son países en desarrollo, frente al 74% en la actualidad, las proyecciones para el año 2025 prevén también una triplicación de la población de África, una duplicación de la población de Asia Meridional, un aumento de 150% en América Latina y un aumento ligeramente inferior al 50% en la población de China, a lo que estas regiones del mundo han respondido a favor de la disminución de la tasa de natalidad, la cual a cobrado gran impulso y se ha generalizado, pero casi no es evidente o no es tangible esa reducción de la natalidad en estas regiones, particularmente en África y en el Sur de Asia Central y Occidental.

Esta misma tendencia de la reducción de la natalidad, se hace más tangible en los países desarrollados los cuales han llegado a un mejor control sobre la explosión demográfica.

Otras de las tendencias que se observan en el presente estudio, es la aceptación cada vez mayor de la cohabitación y la procreación fuera del matrimonio legal, ya que durante el decenio de 1970 el número anual de matrimonios contraídos legalmente por cada 1000 habitantes disminuyó constantemente en la mayoría de los países desarrollados Occidentales, esto repercute en la disminución de la edad requerida para contraer matrimonio, tal vez las causas de esta tendencia sean la modificación y condición de la mujer en la sociedad, el fácil acceso a una diversidad de métodos eficaces para el control de la natalidad, por lo que esta tendencia ha sido producto del devenir histórico de la civilización, ya que al incluir a la mujer en el sistema económico, o mejor dicho el reconocerle los mismos derechos que el hombre para incorporarse a los medios de producción, esto vino a generar una independencia económica de la mujer respecto del hombre, lo que le

permite disminuir su dependencia respecto del hombre enfrentándose por sí misma a su realidad social.

En el decenio de los setentas, la mortalidad volvió a ocupar la atención mundial como grave problema demográfico, en medio de temores de que las evaluaciones anteriores de sus niveles y tendencias hubieran sido demasiado optimistas para el caso de muchos países en desarrollo. A pesar de lo difícil que es obtener datos fidedignos, todos los cálculos que indican la mortalidad en Africa del Sur, del Sahara, siguen siendo muy alta y que salvo en número reducidos de países la esperanza de vida en la región no alcanza a los 50 años, y probablemente quedará por debajo de las metas fijadas para 1985 en el "Plan Mundial de la Población". (Mismos que analizaremos en capítulo aparte) Observando el cuadro Número 3 se hace notar de nuevo que en las regiones menos desarrolladas es donde se encuentran los índices más altos, tanto de natalidad como de mortalidad, esto viene a reafirmar la necesidad de ayudar cooperando económica y tecnológicamente a las regiones menos desarrolladas, ayuda que debe provenir, como es lógico, de los países desarrollados, situados la gran mayoría al norte del paralelo 30 del Hemisferio norte.

Por lo que respecta a las esperanzas de vida al nacer, al observar el cuadro Número 4 se puede apreciar que, en las regiones menos desarrolladas es donde se tiene menos esperanzas de vida, ésto claro está, será compensado como se puede observar en el cuadro, por la tasa de reproducción, ya que se ha observado que hay mayor fecundidad en las regiones menos desarrolladas del planeta, y en términos generales se puede decir que cuando las poblaciones nacionales están estratificadas por factores socioeconómicos, tales como lugar de residencia, y la educación, las diferencias de mortalidad aparecen más pronunciadas en los países en desarrollo que en los países desarrollados en los que las diferencias urbano-

CUADRO No. 3 TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y DE MORTALIDAD (POR 1,000 HABITANTES) DE LAS PRINCIPALES ZONAS Y REGIONES DEL MUNDO 1965-1985 (VARIANTE INTERMEDIA).

Zonas y regiones	Tasa bruta de natalidad				Tasa bruta de mortalidad			
	1965-70	1970-75	1975-80	1980-85	1965-70	1970-75	1975-80	1980-85
Total Mundial	33,8	33,2	32,1	30,9	14,0	12,8	11,6	10,5
Regiones más desarrolladas..	18,6	18,9	19,5	19,5	9,1	9,2	9,3	9,4
Regiones menos desarrolladas	40,6	39,0	37,0	34,9	16,1	14,3	12,5	10,9
Asia oriental	31,5	29,1	27,0	25,1	14,0	12,3	11,0	10,0
Japón	18,0	18,6	18,1	15,9	7,0	6,6	6,8	7,5
Otras zonas de Asia oriental	34,7	32,5	31,4	30,1	9,7	8,4	7,4	6,6
Asia meridional	44,3	42,9	40,0	26,9	16,8	14,8	12,7	10,9
Asia meridional central....	44,4	42,9	39,8	36,6	17,2	15,1	13,1	11,2
Asia sudoriental	44,2	42,6	39,9	36,9	16,1	14,1	12,1	10,4
Asia sudoccidental.....	43,6	43,0	41,7	39,9	15,6	13,8	12,0	10,4
Europa.....	18,0	17,9	17,9	17,9	10,2	10,3	10,4	10,6
Europa occidental.....	17,5	17,1	17,1	17,4	11,0	11,1	11,2	11,3
Europa meridional	19,4	19,1	18,9	18,9	9,3	9,3	9,4	9,8
Europa oriental	17,3	17,4	17,4	16,8	9,5	9,6	9,8	10,2
Europa septentrional	17,6	18,0	18,3	18,6	11,1	11,1	11,2	11,0
URSS.....	17,9	18,5	19,8	20,4	7,7	8,0	8,3	8,7
Africa.....	46,8	46,6	46,1	45,2	21,3	19,2	17,2	15,4
Africa occidental	48,8	48,7	48,4	47,9	24,3	22,1	20,2	18,3
Africa central	45,3	45,8	45,3	45,7	24,3	22,2	20,2	18,4
Africa septentrional	46,9	46,5	45,4	42,9	16,9	14,8	12,9	10,9
Africa meridional.....	40,7	40,4	40,1	39,7	17,4	15,8	14,3	13,0
América del Norte	19,3	20,3	21,7	22,1	9,4	9,5	9,4	9,2
América Latina	38,4	37,6	36,6	35,5	10,0	8,9	7,9	7,0
Zona tropical de América sur	39,8	38,9	37,8	36,3	10,0	8,8	7,7	6,8
América Central contienetal	43,7	42,7	41,4	40,2	10,1	8,7	7,6	6,6
Zona templada de América sur	26,3	25,5	24,8	24,1	9,1	8,8	8,5	8,3
Caribe	35,0	33,8	33,0	32,3	10,9	9,9	9,1	8,5
Oceanía.....	24,5	25,6	25,9	26,3	10,0	9,3	8,9	8,5
Australia y Nueva Zelandia	20,2	21,7	22,5	22,6	8,7	8,3	8,2	8,1
Melanesia	41,7	41,4	39,6	40,1	17,6	15,7	13,8	12,2
Polinesia y Micronesia.....	49,7	38,0	35,4	36,4	8,8	7,5	6,4	5,8

Fuente: Informe de Consejo Económico y Social, Situación de la Población Mundial en 1981, Informe del Secretario General.

CUADRO No. 4 ESPERANZAS DE VIDA AL NACER (AMBOS SEXOS) Y TASAS BRUTAS DE REPRODUCCION DE LAS PRINCIPALES ZONAS Y REGIONES DEL MUNDO, 1965-1985 (VARIANTE INTERMEDIA).

Zonas y regiones	Esperanzas de vida al nacer (en años)				Tasa bruta de reproducción			
	1965-70	1970-75	1975-80	1980-85	1965-70	1970-75	1975-80	1980-85
Total Mundial	53	56	58	60	2,3	2,2	2,1	2,0
Asia Oriental	52	55	58	61	2,0	1,8	1,7	1,5
Asia meridional	49	52	55	58	3,0	3,0	2,8	2,5
Europa	71	72	73	73	1,3	1,3	1,2	1,2
URSS	70	71	72	72	1,2	1,2	1,3	1,3
Africa	43	46	49	51	3,1	3,1	3,1	3,1
América del Norte	70	71	71	71	1,4	1,3	1,3	1,3
América latina	60	62	65	67	2,7	2,6	2,5	2,4
Oceania	65	66	68	69	1,7	1,7	1,7	1,7

Fuente: Informe de Consejo Económico y Social, Situación de la Población Mundial en 1981, Informe del Secretario General.

rurales han tendido a desaparecer, las comunidades rurales en muchos países en desarrollo tienen tasas de mortalidad mucho más elevadas que las observadas en las zonas urbanas y la diferencia llega a un 50% o más de los niveles urbanos.

Aunque por regla general la estructura de la población por edades no cambia con rapidez, la disminución de la fecundidad en los países en desarrollo ha producido una reducción concomitante en la proporción de niños y adolescentes (0 a 14 años), del 42% en 1970 a una cifra que se calcula en el 39% en la actualidad. Si se observan los cuadros 5, 6, y 7, se podrá tener una vista panorámica de lo que representa la evolución de la sociedad reflejada en las tasas de crecimiento por edades.

En los países desarrollados dada su gran tecnología, han podido controlar el mercado y por ende el comercio haciendo difícil la evolución de los países en desarrollo. Por otra parte como se puede observar en los cuadros anteriormente citados, en los países en desarrollo se observa un rápido crecimiento de la población de 65 años o más y en ciertos países en que la fecundidad experimenta una rápida disminución, no pasará mucho tiempo antes de que los problemas sociales de dichos grupos de habitantes sean tan importantes como lo son en la actualidad en los países desarrollados.

Por otra parte y al hablar de la población urbana, este informe refleja que ésta misma se está convirtiendo cada vez más en un motivo de preocupación para los formuladores de políticas, particularmente en los países en desarrollo. Desde mediados de este siglo, la población urbana de esos países casi se ha cuadruplicado hasta alcanzar alrededor de un millón de personas y en 1975 representaba una mayoría de la población urbana mundial por primera vez en la historia moderna. La tasa de crecimiento de casi el 4% en la actuali-

CUADRO No. 5 ESTRUCTURA POR EDADES DE LAS PRINCIPALES ZONAS DEL MUNDO EN PORCENTAJES, 1965 y 1985 (VARIANTE INTERMEDIA)
(En años)

Principales zonas	1965			1985		
	0-14	15-64	65 y más	0-14	15-64	65 y más
Total mundial	37,4	57,0	5,0	36,3	58,2	5,5
Regiones más desarrolladas	28,1	63,0	8,9	26,2	63,4	10,4
Regiones menos desarrolladas	41,6	55,1	3,3	39,8	56,4	3,8
Asia oriental	36,9	59,0	4,1	31,7	63,0	5,3
Asia meridional	43,0	54,0	3,0	42,0	54,6	3,4
Europa	25,4	64,1	10,5	24,9	63,3	11,8
URSS	30,5	62,1	7,4	26,3	64,3	9,4
Africa	43,5	53,7	2,8	45,0	52,0	3,0
América del Norte	31,0	59,8	9,2	28,6	61,6	9,8
América Latina	42,5	53,9	3,6	41,4	54,5	4,1
Oceanía	32,8	59,9	7,3	32,4	60,1	7,5

CUADRO No. 6 TASAS MEDIAS ANUALES DE CRECIMIENTO POR GRANDES GRUPOS DE EDAD EN LAS REGIONES MAS DESARROLLADAS Y MENOS DESARROLLADAS DEL MUNDO 1965-1985 (VARIANTE INTERMEDIA)

(En porcentajes)

	1965-70	1970-75	1975-80	1980-85
Total mundial				
Todas las edades	2,0	2,0	2,1	2,0
0-4	2,1	2,0	1,8	1,6
5-14	1,6	1,8	2,2	2,0
15-64	2,0	2,1	2,0	2,2
65 y más	2,6	2,7	2,5	1,8
Regiones más desarrolladas .				
Todas las edades	1,0	1,0	1,1	1,1
0-4	— 0,5	1,5	1,7	1,1
5-14	0,4	— 0,2	0,5	1,6
15-64	1,2	1,1	1,0	1,0
65 y más	2,5	2,4	1,9	0,4
Regiones menos desarrolladas.				
Todas las edades	2,4	2,5	2,4	2,4
0-4	2,8	2,1	1,8	1,7
5-14	2,0	2,4	2,6	2,1
15-64	2,5	2,6	2,5	2,7
65 y más	2,8	3,2	3,3	3,3

Fuentes: Informe de Consejo Económico y Social, Situación de la Población Mundial en 1981, Informe del Secretario General.

CUADRO No. 7 CAMBIOS PREVISTOS EN LOS PRINCIPALES GRUPOS FUNCIONALES
1970-1980 (VARIANTE INTERMEDIA).

Grupo/región	1970	1980 (en millones)	Aumento	Porcentaje de aumento
Población total				
Todo el mundo	3 632	4 457	825	22,7
Regiones más desarrolladas	1 090	1 210	120	11,0
Regiones menos desarrolladas	2 542	3 247	705	27,8
Grupo de pávulos (0-4 años)				
Todo el mundo	508	612	104	20,5
Regiones más desarrolladas	96	113	17	17,0
Regiones menos desarrolladas	412	500	88	21,3
Grupo de edad escolar (5-14 años)				
Todo el mundo	836	1 021	185	22,2
Regiones más desarrolladas	196	199	3	1,5
Regiones menos desarrolladas	640	822	182	28,5
Grupo de edad activa (15-64 años).				
Todo el mundo	2 098	2 577	479	22,8
Regiones más desarrolladas	693	768	75	10,9
Regiones menos desarrolladas	1 405	1 809	404	28,7
Grupo de edad avanzada (65 años y más)				
Todo el mundo	189	246	57	30,2
Regiones más desarrolladas	105	130	25	23,7
Regiones menos desarrolladas	84	117	33	28,2

Fuente: Informe de Consejo Económico y Social, Situación de la Población Mundial en 1981, Informe del Secretario General.

lidad, se espera que la población urbana de los países en desarrollo se duplique los próximos dos decenio y supere a la población urbana de los países desarrollados por un margen de 2 a 1. Actualmente la tasa de crecimiento de la población urbana de los países desarrollados es de 1.4% y a ido en constante disminución . De aquí al año 2000 se calcula que dicha población aumentará solo en aproximadamente un 25%. Por lo tanto se prevé que en dicho año en los países desarrollados alrededor del 80% de la población vivirá en zonas urbanas. Este elevado nivel de urbanización de los países desarrollados en conjunción con el rápido crecimiento de la población urbana de los países en desarrollo, llevará a un hito significativo en la historia demográfica de la humanidad en el año 2000 para esa fecha la población mundial que siempre ha sido en gran parte rural pasará a ser predominantemente urbana.

Dentro de este informe que se analiza, aparece como índice 3 el tema sobre las "Percepciones y Políticas de los Gobiernos" y dice entre otras cosas que en 1980 la mayoría de los gobiernos consideraban que los problemas resultantes de sus situaciones demográficas eran factores críticos para el éxito de sus planes nacionales de desarrollo. Reconocían que los problemas demográficos, no se limitaban a las tasas de crecimiento sino incluían también una distribución desigual de la población dentro de las naciones y entre ellas. Actualmente, la mayoría de los gobiernos considera que la evolución de las tasas de crecimiento natural de su población es uno de los factores determinantes más importantes en la formulación de su política de desarrollo. En el plano mundial, de un total de 165 países 35 opinaban que una tasa más elevada de crecimiento sería conveniente y otros 75 países consideraban que su tasa de crecimiento natural es satisfactoria. En cambio 55 han indicado que desean reducir su tasa de crecimiento demográfico. Estos 55 países en

desarrollo y en conjunto abarcan el 59% de la población mundial y el 79% de la población de los países en desarrollo.

Esto significa, que se va a producir un fenómeno que en cuestiones de población es sumamente importantes, nos referimos a las migraciones internacionales que llegan a ser tan altas que puede cambiar la estructura socio-económica de las regiones, debido a que la distribución espacial de la población está demasiado mal distribuida, con lo que se provoca la urbanización por la concentración de población en ciertas regiones donde la economía es dinámica.

Y para seguir hablando de la corriente migratoria en el mundo, es necesario hablar de estadísticas y números, de entre ellos podemos decir que, una de las políticas gubernamentales al respecto de las corrientes migratorias encaminadas a cambiar las configuraciones parciales de los asentamientos humanos se puede decir que: De los 39 países desarrollados 22 desean reducir la migración y 6 desean invertir la corriente. El resto no indica ninguna intervención relativa a la migración de las zonas rurales a las urbanas. En lo que respecta a la configuración del espacio urbano o rural 18 países desarrollados no toman medidas concretas y 16 intervienen únicamente respecto del espacio urbano. Los 5 países restantes intervienen tanto en el espacio rural como al espacio urbano.

Por lo que respecta a los 126 países en desarrollo 120 consideran que la distribución espacial de su población es inaceptable, 4 tratan de acelerar la corriente migratoria a las zonas urbanas, 79 tratan de reducirla y 15 de invertirla. Únicamente 28 países no intervienen.

Por lo que se refiere a la importancia de la inmigración en el plano mundial de los 165 países del mundo 47 consideran que la inmigración reviste importancia demográfica de los 15 países desarrollados en los que la inmigración se considera importante 9 consideran los niveles actuales satisfactorios, 5 los consideran demasiado elevados y 1 lo considera demasiado bajo. De los 32 países en desarrollo que consideran importante la inmigración, 11 la consideran satisfactoria, 16 la consideran demasiado elevada y 5 demasiado baja. También en el plano mundial de los 165 países en general, 51 países intervienen para influir la inmigración 9 para aumentarla 25 para reducirla y 7 para mantenerla a nivel actual.

La Emigración es considerada demográficamente importante por 10 de los 39 países desarrollados, por 51 de los 126 países en desarrollo, además existen políticas relativas a la emigración, en 10 países desarrollados de un total de 39 y en 50 países en desarrollo de un total de 126, algunos países de la Cuenca Mediterránea Meridional han adoptado una política deliberada de integración de los trabajadores indicando que ya no consideran la emigración una manera importante de resolver sus problemas de empleo. En Asia, algunos países están tratando de relacionar las exportaciones de mano de obra con las exportaciones de los bienes del capital que producen. Otros países están tratando de organizar sistemáticamente la emigración controlando su volumen y estructura, algunos países han fijado objetivos cuantitativos de emigración en sus planes de desarrollo.

Por lo que es de resumirse que, en cuanto a la corriente migratoria en el mundo, ésta ha sido propiciada por los focos o polos de desarrollo, esto quiere decir que a una mejor estructura económica le corresponderá un mayor índice de población y a una menor estructura o dinámica económica le corresponderá una menor población. Esto nos refleja la

relación tan grande que existe entre la población y su desarrollo socio-económico, ésto genera un fenómeno al cual ya nos referimos, que es el de la urbanización y por la otra parte la despoblación de las zonas rurales donde el nivel de vida es inferior y, a la larga este fenómeno produce la falta de industrialización al campo del cual se obtiene la alimentación básica de la población, por lo que sería conveniente proponer sobre este fenómeno la industrialización del campo alentando el cooperativismo y facilitando los medios económicos y técnicos que deberán ser prestados por los gobiernos.

Para concluir esta parte sobre la migración vamos a decir que en el "Plan Mundial de Población" de los 165 países solo 19 consideran aceptable la distribución geográfica de su población y de los 126 países en desarrollo solo 6 la consideran aceptable, 45 la consideran aceptable en cierta medida y 75 consideran que la distribución geográfica de su población en gran medida inaceptable.

Pasando a la materia de fecundidad la política mundial seguida respecto de este tema se puede expresar de la siguiente manera: A nivel mundial 22 países consideran que sus tasas de fecundidad son demasiado bajas, 59 las consideran demasiado elevadas y 84 las consideran satisfactorias, en los países desarrollados, de 39 países, 8 consideran su nivel de fecundidad demasiado bajo y los 31 restantes lo consideran satisfactorio, de los 126 países en desarrollo, 14 consideran que la fecundidad es demasiado baja, 53 la consideran satisfactoria y 59 elevada. También a nivel mundial 17 de los 22 países que consideran que su fecundidad es demasiado baja intervienen para corregirla al igual que 38 países de los 59 que la consideran demasiado elevada, de los 84 países que consideran su fecundidad satisfactoria, 31 han adoptado medidas para mantener la fecundidad en el nivel actual.

En los países desarrollados los tipos de intervención en materia de fecundidad pueden agruparse en 3 grandes categorías: Medidas Jurídicas, Medidas Económicas y Medidas Encaminadas a Reducir los conflictos entre las Actividades Económicas y la Materinidad. Las disposiciones jurídicas que permiten a las parejas ejercer sus opciones reproductivas, han evolucionado considerablemente, solo 3 países de los 39 desarrollados limitan aún el acceso a los métodos modernos de anticoncepción. En cambio 13 permiten el aborto cuando se solicita, 16 países lo autorizan por razones económicas y 29 por motivos médicos entendidos en sentido amplio. La legislación relativa a la esterilización es más difícil de interpretar, no obstante parece que los 16 países permiten la esterilización cuando se solicita, 2 por razones socio-económicas y 2 por razones médicas.

Así para lograr los objetivos del control de la fecundidad la mayoría de los estados modernos tienen sistemas de compensación para los gastos efectuados en la crianza de los hijos o proporcionan subsidios de familia, y algunos de ellos persiguen, además del objetivo de la justicia social, el objetivo de mantener o aumentar la fecundidad.

De 126 países en desarrollo solamente 9 restringen aún el acceso a los métodos modernos de anticoncepción, en tanto que 81 países apoyan el acceso directo a estos métodos. En los países en desarrollo, respecto a los que se dispone de información, 5 países permiten el aborto a solicitud, 9 por razones socio-económicas y 46 por razones médicas generales. De los 101 países en desarrollo, respecto de los que se dispone de información, 27 países permiten la esterilización si se solicita, 4 la permiten por razones socio-económicas, 7 por razones relacionadas exclusivamente con la planificación de la familia y 21 por razones médicas; el resto lo permiten solamente por razones restringidas.

Para terminar con este inciso vamos a enfocarnos a nuestro tema de tesis, relacionando este estudio al derecho de aborto; y podemos decir que en los países desarrollados y en los países en desarrollo, 18 países en total permiten al aborto cuando éste se solicita, claro está, la reglamentación necesaria de carácter interno en cada uno de estos países en que se permite, la observaremos cuando estudiemos este derecho en cada uno de estos países. Por otra parte y por razones socio-económicas son alrededor de 25 países en total los que han liberado el derecho de decidir el número de hijos a tener, y en nuestro concepto, entre la diferencia de permitir el aborto cuando se solicita o autorizarlo por razones socio-económicas, ésta no debe de existir, dado que ya está visto que en una sociedad desarrollada el nivel de vida, las posibilidades de nacer, y los índices de mortalidad son positivamente beneficios para la sociedad en desarrollo, por lo que es un principio que para que una sociedad subsista. La infraestructura básica del sistema es el ecosistema mismo el cual va a determinar la conducta de los hombres que vivan en esa sociedad. Por lo que en una sociedad que no se permite el desarrollo económico del individuo, no se va a permitir su desarrollo cultural, social y por lo tanto va a haber menos posibilidades de engendrar vida y en caso de que la llegue a engendrar, este tipo de vida podría resultar un tanto por cuanto negativa o tendría dificultades para salir adelante, por lo que es indispensable el desarrollo económico para fomentar al avance de la población.

3.1 b) La Población y los Alimentos. 18/

Los alimentos, cuya importancia radica en la necesidad de consumirlos para poder subsistir, viene a ser otro de los factores determinantes sobre el factor demográfico, ya que si bien se puede vivir con poca ropa, en una habitación sin comodidades, no se puede prescindir de la alimentación, por lo que vamos a estudiar los factores de esta necesidad vital.

La Desnutrición y la mal nutrición son, en sí, muestran del desorden político, económico y social, que afecta a diferentes zonas del mundo, y cuando estos se agudizan se llegará a las enfermedades, inanición y muerte prematura.

El desarrollo de la Agricultura y el aumento de los suministros de alimentos, son factores determinantes que hacen posible el crecimiento, a veces acelerado de la población, (característica del período moderno). La escases de alimentos solo se ha podido eliminar en los países más desarrollados. El rápido crecimiento demográfico en los últimos decenios y las perspectivas de que continúe en lo futuro en la mayoría de los países, aunado al deseo de mejorar el nivel nutricional como parte de sus programas de desarrollo, han incitado a las naciones, en especial a las desarrolladas, a fomentar la investigación sobre este campo.

Durante mucho tiempo el hombre ha vivido de la recolección, caza y pesca así como de la tierra, y es éste último renglón donde concentraremos el presente estudio y vamos a hablar de algunos cálculos sobre la producción por hectáreas diciendo que a fines del pleistoceno

18/ Basado en el estudio intitulado "Factores Determinantes y Consecuencias de las Tendencias Demográficas" Ed. por Naciones Unidas, VI Capítulo XII "Población y Alimentos" pp. 414 a 451.

cada persona necesitaba de cuando menos un promedio de 5 Km² para subsistir, de esto se podría deducir que de la superficie útil calculada en casi 50 millones de Km² la población mundial no podía haber sido superior a los 10 millones de habitantes ^{19/}. Después con el evolucionar del hombre éste aprende a cultivar tanto plantas como animales, naciendo así la agricultura y la ganadería. Lo cual vino a reducir la superficie necesaria para sostener a una persona y en consecuencia aumentó la población. Clark ^{20/}, calculó que en las colectividades primitivas de pastores, las necesidades de tierras pueden haber sido hasta de 1/2 de Km., por persona o sea una densidad de 2 personas por Km². En la época neolítica, con los grandes desarrollos sobre la domesticación de animales y el cultivo de nuevas plantas, aparecieron las herramientas y la técnica agrícola evolucionó, y esta evolución produjo un módico excedente de alimentos que permitió en términos generales la especialización en el campo y su comercialización, así como la aparición de la industria de la transformación de materias primas y con ello las ciudades. También se vio asociado a un rápido crecimiento de la población, que se ha calculado de unos 5 a 10 millones a principios del período neolítico hasta cifras comprendidas entre 200 y 400 millones en la era cristiana y hasta un total de 630 a 960 millones en vísperas de la revolución industrial. ^{21/}

Las condiciones adversas existentes, influyeron sobre la dinámica de los estudios sobre la materia, las opiniones pesimistas sobre la capacidad para alimentar una población en rápido crecimiento estaban muy difundidas, y llegaron a acenturarse de manera especial a fines de los siglos XVII y a finales del XIX, anunciadas en las primeras exposiciones de la ley del "rendimiento decreciente en la agricultura". Esas opiniones encontraron su mayor expresión en la

^{19/} Childe. "What Happened in the History". 1964 p. 52; Cipolla, "The Economic History of World Population", 1967 p.77; Forde, "Habitat, Economy and History" 1946 p.376

^{20/} Clark, "Population Growth and Land Use", 1967, p. 132 y 133. Clark y Haswell "The economics of subsistence Agriculture" 1970 p.84.

^{21/} Pirenne, "Los orígenes de la economía occidental". Latouche.1956 p.310.

teoría de Malthus, en el sentido de que la población tiende a crecer en proporción geométrica y la producción de alimentos a causa de la dotación limitada y fija de la tierra, solo podría aumentar en forma aritmética. A menos que de sostenerla por otros medios, la población según Malthus, sería frenada por el hambre, la pobreza y la miseria. Aunque las obras de Malthus, ejercieron gran influencia sobre el pensamiento acerca del problema de los alimentos y continua ejerciendola, el desarrollo de los acontecimientos, incluso cuando este autor escribió, arrojó dudas sobre la validez universal de su teoría.

La experiencia de los países que se hallaban entonces en vías de desarrollo no prestaba apoyo a las opiniones pesimistas de Malthus, en la actualidad, no solo el crecimiento demográfico continua muy por debajo de los índices que Malthus consideró posible (su duplicación cada 25 años) sino que además los cambios registrados en las técnicas agrícolas, que ejercieron sus primeros efectos poco antes de la revolución industrial, también refutaron su hipótesis sobre la capacidad en la producción de alimentos. Bajo el impulso de la revolución científica y gracias a cambios institucionales de orden interno y al desarrollo en el orden externo, la agricultura experimentó una transformación de donde surge la moderna técnica Agrícola comercial que vino a significar el despeje de la agricultura, ya que las ganancias que ésta representaba eran grandes. Por lo que se calcula que la producción por hectárea se duplicó y tal vez se triplicó entre 1850-1950. La capacidad de producción en los países actualmente desarrollados, superó así el crecimiento de la población, conforme la mayoría de los países más desarrollados experimentaron una aceleración considerable de crecimiento de la producción agrícola desde los años cuarenta, o los cincuenta, con un rendimiento por trabajador en la agricultura que ha

aumentado anualmente del 4 al 6% 22/.

Existen dos corrientes ideológicas sobre la prevención de la crisis de alimentos, la primera de ellas se apoya en la reducción del crecimiento demográfico, y el otro punto de vista consiste en que el potencial de la producción de alimentos es de tal magnitud que a condición de que se adopten las medidas adecuadas, puede sobrepasar el crecimiento demográfico y llegar a satisfacer las necesidades de la población durante un período prolongado o incluso indefinido y mantener una población mucho mayor que la actual^{23/}. Se acepta más o menos generalmente que desde un punto de vista enteramente técnico, existen las posibilidades de alimentar una población mayor, calculando la superficie total adecuado para el cultivo y la superficie agrícola necesaria para proporcionar a una persona una dieta del tipo que se consume en los Estados Unidos. Dando por sentado que los rendimientos correspondientes, a los diferentes productos, fueran los más altos que se encontrasen en cualquier zona, Clark^{24/} llegó a la conclusión de que la tierra podría sostener entre 35 y 47 mil millones de habitantes, Baade^{25/} calculó que el mundo podía alimentar entre 30 a 38 mil millones de habitantes sosteniéndose en sus propias hipótesis, fundadas en las superficies adecuadas para el cultivo, el rendimiento por unidad de tierra y las necesidades por persona Malin preparó diversos cálculos sobre la capacidad de alimentación de la tierra en diferentes condiciones, este autor sostuvo que la aplicación de métodos tradicionales para aumentar la producción agrícola, en particular el riego, aumentarían el suministro de alimentos

22/ Clark. "Starvation of Plenty" 1970 pgs. 91,106 y 107; Bairoch, "Agriculture and industrial revolution," 1969 pgs. 9 y 10. Stamp, "Our Developing World" 1965 Cap.5.

23/ Ackerman, "Población y Recursos Naturales" 1966.

24/ Clark, Obras Citadas. 1967 cap. 4 y 1970 pgs. 144 y 160.

25/ Baade, "Der Wertlauf Zum Jahre" 1967 pg. 52 a 56.

lo suficiente para mantener a 10 mil millones de personas sin aumentar la superficie en cultivo. Si se añadiera la tierra no utilizada pero adecuada para el cultivo, habría alimentos suficientes para 63 mil millones de personas. Otra hipótesis sobre el particular, la utilización universal de las tecnologías existentes y futuras y otras posibilidades de aumentar la producción de alimentos, llevaron a Malvin a concluir que, los recursos de la tierra serían suficientes para proporcionar alimentación a cualquier población de cualquier magnitud concebible^{26/}. Estos autores y otros sostienen que la solución al problema de la población y los alimentos deben encontrarse en el desarrollo agrícola, algunos de ellos afirman que el desarrollo agrícola no solo tendría el efecto de aumentar rápidamente la producción de alimentos sino que como parte del proceso de desarrollo a la larga produciría empleos y mayor comercio con lo que la dinámica económica se estimularía.

Aun así, es evidente que hay límites reales, para la cantidad de personas que puede sostener la tierra, la opinión de que un crecimiento demográfico reducido, y la estabilidad en la cantidad de habitantes son esenciales y se fundan en el argumento de que la población existente ya constituye una amenaza para la supervivencia de la humanidad, y la producción agrícola no avanza tan rápidamente para abastecer una población que crece de manera acelerada. Y todo esto gracias a la Bipolarización de ideas^{27/}, que solo a desencadenado una guerra económica, cultural y social, que fácilmente están conduciendo a la humanidad al Holocausto. Varios autores han expuesto la idea de que la población existente ya es desproporcionadamente grande en relación con los recursos disponibles.^{28/} Por lo que se hace necesario, que a tal crecimiento de la población le deberá corresponder un desarrollo agrícola, el cual no se está dando en la realidad,

^{26/} Malvin, "Recursos Alimentarios de la Tierra", 1967

^{27/} Dicese Bipolarización de Ideas, a las diferencias en los principios sustentados entre el capitalismo y el comunismo principalmente.

^{28/} Vogt, "Road to Survival", 1948 y su "People" 1960. Brown, "The Challenge of man Future" 1954; Borgstrom, "The Hungry Planet" 1965 y Too many" 1969.

debido a la bipolarización de ideas, que solo ha venido a degenerar y corromper a los líderes de los gobiernos haciéndolos restringir las libertades explotando a las masas de sus pueblos así como el crimen que cometen algunas empresas de libre comercio de tirar productos alimenticios al mar con tal de que éstos no bajen de precio. Que ilógico y tonta es esta acción.

Por otra parte y cambiando de tema pero sobre todo la misma materia, nos vamos a referir sobre las tendencias de la población mundial en producción de alimentos y para tal efecto vamos a reproducir dos cuadros elaborados por la Organización de las Naciones Unidas que reflejan estas tendencias. (Ver cuadro 8 y 9).

CUADRO No. 8 TENDENCIAS DE LA PRODUCCION TOTAL DE ALIMENTOS EN LAS PRINCIPALES ZONAS Y REGIONES DEL MUNDO. 1934-1938 a 1971.

	Números índices (1934-38=100)								Incremento anual medio, 1959-1961 a 1969-1971 (porcentaje)
	1934 -38	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	
Total del mundo....	100	180	188	196	202	203	208	216	2,7
Regiones más desarrolladas	100	179	192	197	204	201	205	216	2,5
Europa occidental..	100	164	169	179	184	184	189	198	2,7
Europa oriental y la URSS.....	100	191	214	215	226	218	231	232	2,8
América del Norte..	100	184	191	199	201	199	197	217	2,1
Oceanía	100	168	195	178	216	206	204	213	3,5
Regiones en desarrollo*100		181	183	193	200	206	213	217	2,9
Africa	100	187	190	201	204	207	213	225	2,5
Lejano Oriente*	100	164	166	174	184	191	199	202	2,8
Cercano Oriente....	100	202	210	219	225	231	230	239	3,0
América Latina	100	206	208	221	223	230	241	239	3,2

Fuente: Cálculos proporcionados por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.

* Excepto China.

CUADRO No. 9 TENDENCIAS DE LA PRODUCCION DE ALIMENTOS POR HABITANTES EN LAS PRINCIPALES ZONAS Y REGIONES DEL MUNDO, 1934-1938 a 1971.

	Número índices (1934-1938=100)								Incremento anual medio 1959-1961 a 1969-1971
	1934-38	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	(porcentaje)
Todo el mundo*	100	116	119	122	123	121	122	124	0,6
Regiones más desarro- lladas	100	139	147	150	154	150	152	158	1,5
Europa occidental	100	146	156	159	164	160	165	168	1,7
Europa oriental y la URRS.....	100								
América del Norte....	100	121	124	127	127	124	122	133	0,7
Oceanía	100	100	114	102	122	114	111	113	1,4
Regiones en desarrollo*100	100	104	103	106	107	107	108	107	0,3
Africa	100	99	98	102	100	99	99	102	
Lejano Oriente*	100	99	98	100	104	105	107	105	0,4
Cercano Oriente	100	121	122	124	124	123	120	121	0,2
América Latina	100	102	100	103	101	102	103	100	0,3

Fuente: Cálculos proporcionados por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.

*Excepto China.

Los alimentos tanto en la zona de mayor desarrollo como en las de menor, son casi similares y esta producción a venido en aumento a medida que la explosión demográfica avanza. Podemos observar en el cuadro No. 9 la diferencia que existe entre la cantidad de alimentos producidos por habitantes en los países desarrollados y en los que están en desarrollo.

No obstante que la producción de alimentos y la producción agrícola en general ha ido aumentando más rápidamente que nunca, antes en los países en desarrollo se ha mantenido a la altura del incremento de producción total en los países desarrollados, las tasas de crecimiento demográfico en el mundo en desarrollo han impedido mejoras importantes

en la producción por habitante durante los últimos decenios y han sido causa de un empeoramiento relativo, por lo que respecta a las condiciones que prevalecen en los países desarrollados. Estas tendencias en el conjunto de las regiones en desarrollo son consecuencia de las tendencias fundamentales análogas a cada una de dichas regiones.

Entre las diferentes regiones las condiciones más desfavorables por lo que respecta al aumento de la población total, se encuentran en Africa, pero en la totalidad de las regiones en desarrollo, un número considerable de países tuvieron un descenso en la producción de alimentos por habitante, y solo algunos otros pudieron elevar moderadamente su producción de alimentos por habitante. En general los cálculos precedentes indican tasas importantes de aumento en la producción de alimentos durante el período de la postguerra. A pesar de las grandes diferencias en el desarrollo agrícola y en general de la tecnología, en el grado de dependencia respecto de la agricultura y la mano de obra, que observe ésta en las regiones más desarrolladas y menos desarrolladas. Fueron bastante parecidas las tendencias de la producción total en cada una de ellas, sin embargo por lo que se refiere a la producción de alimentos por habitante, fue lento en el progreso en las regiones menos desarrolladas, en cuanto a las regiones en desarrollo en su conjunto la producción de alimentos por habitante alrededor de 1950 continuaba muy por debajo del nivel anterior a la guerra y desde entonces el progreso ha sido muy moderado:

Aun así las tendencias recientes por lo menos en algunos países, indican la posibilidad de que la producción en los últimos años, haya aumentado en proporciones muy superiores a las del pasado, principalmente gracias a los nuevos adelantos tecnológicos y que este progreso se

podiera extender a otros países y en tener efecto a largo plazo, incrementó la producción de alimentos tanto total como por habitante.

Pasemos ahora a observar las tendencias recientes sobre el comercio internacional de alimentos, cuya noción es de suma importancia, en virtud de que el comercio de los alimentos puede variar las políticas de los países, en relación a un país exportador, que puede hacer variar las circunstancias políticas de determinadas zonas, utilizando como arma a los alimentos. Los principales importadores los vamos a encontrar en Europa Occidental ya que por lo pequeño de su extensión territorial y el gran progreso industrial que llevan a cabo, les impide satisfacer la demanda interna en cuestión de alimentación. Y por el otro lado tenemos a los países exportadores de alimentos como son Oceanía y América del Norte de gran producción agrícola. A fin de atender la demanda creciente de alimentos debido al rápido crecimiento demográfico, y a las presiones más altas de consumo, muchos países en desarrollo han tenido que recurrir a la importación de alimentos o a la reducción de sus exportaciones.

Es de importancia hacer notar que, la dependencia en el renglón de alimentos hacia un país exportador de los mismos es en extremo peligrosa, debido a que en determinado momento, el país exportador podrá hacer variar la política interna y externa del país importador, ya que este producto es más que necesario, es vital, y al momento de cortar el suministro provocando la carestía y la inflación, con el consiguiente caos en el país importador, por lo que los países exportadores podrán contar con un aliado en las fluctuantes relaciones internacionales.

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (F.A.O.) a calculado que en las regiones en desarrollo en su conjunto, que en los años anteriores a la segunda guerra mundial exportaban el 8% de sus suministros de alimentos, habían pasado a ser importadores netos de alimentos durante los años sesenta, Africa y América Latina continúan siendo exportadores aunque en escala muy reducida, Africa que exportaba un total de 1/7 de su producción en los años anteriores a la guerra, vio reunida esta proporción a 1/10. Durante este mismo período el excedente de exportaciones disminuyó aun más rápidamente en América Latina desde 1/4 hasta menos de 1/10 del total de abastecimiento.

En parte los problemas de las balanzas de pagos de los países menos desarrollados se han atenuado por la ayuda alimentaria que han recibido, especialmente de los Estados Unidos desde los primeros años cincuenta. Sin embargo en años recientes no ha cambiado mucho la cantidad total de alimentos. Aunque algunos programas bilaterales e internacionales aumentaron, la ayuda alimentaria por parte de los Estados Unidos se ha estancado durante los sesentas y tiende a disminuir.^{29/}

En resumen se puede decir que al aumentar la producción debido a la introducción de cereales de alto rendimiento, especialmente en lejano Oriente, se redujeron las necesidades de importación, mientras que aumento el consumo de alimentos por habitante, incluso al grado en que algunos países produjeron excedentes de alimentos. Aunque se redujo la dependencia a la importación y ayudas alimentarias, esos excedentes crearon otras implicaciones, provocando la caída de los precios e ingresos agrícolas^{30/}. Las actividades para hacer frente a esos problemas conforme más países alcanzan la

^{29/} Organización de Cooperación y Desarrollo Economicos, "The Food Problem of Developing Countries, 1968, pgs. 46 y sgs.; FAO. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, El Estado Mundial de la Agricultura y la Alimentación", 1970 pgs. 31 y 32.

^{30/} F.A.O. op.cit. pgs. 180 y 181.

la autosuficiencia, ofrecen oportunidades para el acuerdo y cooperación internacionales, que habrán de dar prioridad a los intereses nacionales, particularmente en los asuntos relacionados con la producción y el intercambio entre los países desarrollados y menos desarrollados, tanto exportadores como importadores.

Sería bueno preguntarnos en este momento ¿Que tanto es o debe ser el nivel nutricional de la alimentación? a esto se le podrá responder de la manera siguiente, a una dieta balanceada le corresponderá una buena salud del individuo unida con el ahorro económico en los gastos de alimentación. A esto se le puede agregar que, son las regiones más desarrolladas, de mayor cultura y avance científico, donde la alimentación es mejor balanceada conteniendo en la dieta un elevado índice de Nutrientes. (Ver cuadro No.10).

CUADRO No. 10 PROMEDIO DIARIO DE ABASTECIMIENTO DE CALORIAS, TOTAL DE PROTEINAS Y DE PROTEINAS ANIMALES PARA HABITANTES, EN LAS PRINCIPALES ZONAS Y REGIONES DEL MUNDO, 1934-1938 a 1964-1966.

Principales zonas y regiones	Antes de la guerra*				Antes de la guerra*				Antes de la guerra*			
	1948	1952	1957	1964	1948	1952	1957	1964	1948	1952	1957	1964
	C a l o r i a s				total de proteína (en gramos)				Proteína animal (en gramos)			
Todo el mundo	2,420	2,240	2,420	2,390	68	64	68	65	17	17	20	21
Regiones más desarrolladas	2,920	2,850	3,010	2,090	87	87	89	90	34	36	42	46
Europa (con inclusión de la URSS).....	2,850	2,750	2,990	3,070	87	84	89	88	28	27	36	40
América del Norte....	3,150	3,110	3,010	3,130	88	94	89	93	53	62	61	66
Oceanía	3,260	3,290	3,230	3,220	96	98	97	95	63	64	66	64
Regiones en desarrollo	2,130	2,000	2,180	2,140	60	55	59	56	9	9	10	11
Lejano Oriente	2,140	1,930	2,050	2,060	60	55	56	54	8	8	8	9
Cercano Oriente	2,270	2,160	2,390	2,400	73	68	74	69	15	14	15	13
Africa .....	...	...	...	2,190	..	..	..	60	..	..	..	11
América Latina	2,170	2,310	2,470	2,490	62	59	62	66	28	22	22	24

Fuente: Cálculos proporcionados por la Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.

* Principalmente 1934-1938.

De lo que podemos deducir que, a mejor alimentación mayor desarrollo intelectual, económico y social. Por lo que se hace vital recomendar que, no tan solo es vital proporcionar a la masa del pueblo una educación, dirigida al conocimiento humanístico, histórico, científico y técnico de la raza humana, sino que debe de apegarse a las necesidades actuales del hombre como son las culturales, económicas, sociales, sexuales, alimenticias, y en fin, debe dirigirse una educación progresiva, con el objeto de hacer capaz al hombre que deberá sobrevivir en este planeta.

Aunque predomina la opinión de que, existe una desnutrición y malnutrición particularmente en los países en desarrollo, esta determinación real se enfrenta a una serie de problemas para definirla claramente, entre los expertos en nutrición existe un cierto grado de acuerdo sobre las necesidades de calorías en diferentes condiciones, pero las necesidades de nutrimentos esenciales no disfrutaban de un grado comparable de unanimidad, aunque, especialmente en el caso de las proteínas, se hicieron varios cálculos de necesidades, se puso de relieve la naturaleza provincial de esos cálculos. ^{31/} Es decir, mientras que la desnutrición se puede valorar comparando la ingestión de calorías con las necesidades. La malnutrición no se presta a este tipo sencillo de valuación, a causa de los múltiples factores que intervienen y de las dificultades para establecer necesidades. A este respecto se han recomendado dos indicadores de la calidad nutritiva de la dieta, el primero, es el contenido proteínico, especialmente de la proteína animal y el segundo es el porcentaje de calorías derivado de alimentos hidrocarbonados cereales, raíces feculas y azúcar. Los cálculos de abastecimiento de calorías por habitante en relación con las necesidades los podremos

^{31/} La sociedad de las Naciones Unidas fue la primera en intentar un cálculo Internacional sobre las necesidades de proteínas, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (F.A.O.) Publicó cálculos de necesidades en 1957 y 1965. Véase F.A.O. "Necesidades de Proteínas", Informe del Comité de la FAO 1957 y Necesidades en proteínas, Informe de un grupo mixto Fao/OMS1965.

observar en forma panorámica en el cuadro 11 , que indica que en el mundo en general a mediados de los años sesenta el promedio de calorías era suficiente para satisfacer el promedio de las necesidades, en cambio el promedio general refleja grandes diferencias entre los países desarrollados y los países en desarrollo, en los primeros se calcula que el abastecimiento medio de calorías excede a las necesidades en un 10 o 19% por el contrario en el conjunto de los países en desarrollo se calculó que ese abastecimiento se hayaba un 7% de las necesidades calculadas.

CUADRO No. 11 SUMINISTROS Y NECESIDADES DE CALORIAS EN LAS PRINCIPALES ZONAS Y REGIONES DEL MUNDO, 1963-1965.

Zonas y regiones principales	Calorías (por habitante y por día)		Suministros de calorías en porcentaje de necesidades.	Porcentaje de calorías derivadas de cereales, raíces, féculentas y azúcar.
	Suministros	Necesidades		
Todo el mundo.....	2,390	2,390	100	70
Regiones más desarrolladas	3,090	2,590	119	54
Europa (con inclusión de la URSS.....	3,070	2,570	119	59
América del Norte...	3,130	2,640	119	40
Oceanía	3,220	2,660	121	46
Regiones en desarrollo	2,140	2,310	93	78
Lejano Oriente	2,060	2,290	90	80
Cercano Oriente	2,400	2,460	98	75
Africa	2,190	2,340	94	79
América Latina	2,490	2,380	105	66

Fuente: Cálculos proporcionados por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.

El exceso en los países desarrollados que es análogo en cada una de las regiones desarrolladas, muestra la posibilidad de que exista sobrenutrición, pero puede explicarse en parte por una subestimación de necesidades calóricas y por el desperdicio de alimentos. La diferencia entre el consumo y las necesidades en las regiones en desarrollo indica que una gran cantidad de personas de esas zonas sufren de mal nutrición o desnutrición por lo menos en una parte de su vida. Esto ocurre en el lejano Oriente donde los abastecimientos se han mantenido a un décimo por debajo de sus necesidades y en menor proporción en Africa y en el caso de la América Latina el abastecimiento superó en un 5% a las necesidades de las zonas.

La Organización de las Naciones Unidas para La Agricultura y la Alimentación (F.A.O.) calculó que en los últimos años cincuentas, del 10 al 15% de la población mundial o sea entre 300 y 500 millones de personas y por lo menos el 20% de la población de las regiones menos desarrolladas ESTABA DESNUTRIDA ^{32/}, pero esta proporción puede haber disminuido un tanto desde entonces. ^{33/}

La otra de las interrogantes a plantearnos sobre esta materia, es la idea sobre las variables que deberan responder ante la demanda de alimentos, podrá ser la cantidad de personas o puede ser el nivel de vida, refiriéndonos sobre nivel de vida a los ingresos de los individuos en su desarrollo económico. Al respecto se puede decir dos cosas 1) un aumento de población crea nuevas necesidades de alimentos, y tendrá lugar una mayor demanda de productos alimenticios, y 2) de manera análoga, cuando se elevan los niveles de ingreso por habitante se eleva también los costos y precios en estos productos.

^{32/} F.A.O. Tercera Encuesta Alimentaria Mundial, 1963, pgs. 9,10,56 y 57.

^{33/} F.A.O. El Estado Mundial de la Agricultura y la Alimentación, 1972 pg.28

Por lo que se refiere al elemento correspondiente al nivel de vida, podemos enunciar la ley de Engel, cuyo principio nos dice que, cuanto más bajo es el ingreso de la familia, mayor es la proporción de éste que se emplea para alimentos, y a la inversa, cuanto mayor es el ingreso menor es la proporción de gastos en alimentos. Mantiene su validez por lo que se refiere a la economía en general y también entre los países, no obstante se ha señalado, que entre las clases de ingresos superiores en los países económicamente más adelantados, así como en algunos grupos de buen nivel de vida en los países en desarrollo, la asociación entre el ingreso y la alimentación puede ser relativamente débil, según lo demostró la F.A.O. en su plan indicativo mundial para el desarrollo agrícola 1970. Aunque generalmente es aceptado que la demanda de alimentos es alta en los países de bajos ingresos y baja en donde el ingreso es alto, por lo que se reconoce que, con el aumento no solo cambia de demanda total sino que también la composición de la demanda de alimentos. Los aumentos en el ingreso pueden dar por resultado rápidos incrementos de algunos productos alimenticios y retardar la demanda de otros, produciendo así cambios importantes en la estructura de la dieta.

Por lo que respecta a la otra variable sobre el incremento de la población, se puede decir que ésta siempre dará por resultado una mayor demanda de alimentos. Y así mismo se puede afirmar que por lo que respecta al mundo en general, el crecimiento demográfico es un factor más importante que el ingreso por habitante en lo que se refiere al esperado incremento futuro de la demanda de alimentos.

Vamos a pasar a observar la producción agrícola de alimentos y empezaremos diciendo que la producción agrícola se puede aumentar de dos maneras, ampliando la

superficie del cultivo y elevando el rendimiento de los terrenos agrícolas existentes. Por lo que refiere a la primera, en los países en desarrollo carentes de grandes superficies, y debido a que en lo general se da mayor prioridad al desarrollo industrial, esta hipótesis es difícil de lograr por lo que se deberá estar por aumentar el rendimiento de lo que ya se cultiva. En términos generales, suele afirmarse que conforme aumente la población, podrán ponerse más terrenos en cultivo a fin de alimentar un mayor número de habitantes, al respecto podemos decir que la superficie calculada en cultivo representa algo más del 10% de la superficie total en el mundo ^{34/}, pero la mayor parte de los autores considera que esta superficie puede ampliarse considerablemente, según un antiguo cálculo de Fawcett ^{35/}, frecuentemente citado desde entonces, aproximadamente, un 30% de la superficie total de la tierra, o sea 4 mil millones de hectáreas sería adecuado para el cultivo, Stamp ^{36/}, hizo un cálculo semejante y llegó a esa cifra eliminando de la superficie total de las superficies que se hayan permanentemente bajo nieve o hielo, las regiones montañosas, y los altoplanos inadecuados para el cultivo y las regiones áridas y luego restando otro 10% para tener en cuenta la pobreza de los suelos las precipitaciones pluviales excesivas. Baade^{37/}, también calculó que la superficie de cultivo podría aumentarse hasta 4 mil millones de hectáreas. De un estudio elaborado por el comité consultivo en materia científica del presidente de los Estados Unidos, se preparó otro cálculo sobre la base de diferentes grupos de suelos, climas y cantidades de precipitaciones pluvial, y se llegó a la conclusión de que la tierra cultivable en el mundo llegaba a los 7,860 millones de acres o sea unas 3,200 millones de hectáreas aproximadamente lo que representa un poco más del 24% de la superficie total de la tierra ^{38/}.

^{34/} F.A.O. "La población y el suministro de alimentos" 1962 pg.34.

^{35/} Fawcett, "La extensión de la tierra cultivable", 1930.

^{36/} Stamp. op.cit. pg. 38 y 40 y también "tierra para Mañana" 1952 pg.52.

^{37/} Baade, op.cit. 1967, 29 a 31.

^{38/} Estados Unidos, President Science Advisory Commitees, "The World Food Problem", Vol, 2, 1967, pg. 407 a 469.

Aunque todos estos cálculos coinciden en la posibilidad de aumentar las tierras de cultivo, el amplio margen de los potenciales calculados sugiere que esos cálculos mundiales implican un grado de incertidumbre, según los cálculos disponibles, hay por lo menos 0.4 hectáreas por persona de las tierras de cultivo ^{39/}, en el mundo, y entiendase por tierras de cultivo, las cultivables y aquellas que están bajo siembra permanente, las primeras comprenden las tierras en siembras temporales, las praderas temprales para siega o pastoreo; las tierras utilizadas para huertos y jardines, y las tierras temporalmente en barbecho o las que se dejan trabajar. Estas últimas incluyen las tierras cultivadas con siembras que ocupan la superficie durante un largo período y no necesitan volverse a plantar después de cada cosecha; las tierras con arbustos, árboles frutales y de frutos ajenos y viñas, pero excluye las tierras con árboles cultivados para obtener madera o leña.

Si observamos el cuadro 12 el cual nos demuestra que las tierras en cultivo por persona varían desde un mínimo calculado de poco más de 1/10 por hectárea, en China hasta 2.5 hectáreas en Oceanía, se encuentran variaciones considerables, este cuadro es conducente al cuadro 13 el cual nos refleja los índices de rendimiento por hectáreas en 52 países, se puede decir que en términos generales se ha calculado que la productividad general de la tierra en los países con los más altos rendimientos, puede ser unas cuarenta veces superior a los países de productividad mínima. Asimismo, y si observamos el cuadro No. 14 podremos afirmar que si bien es cierto algunos de los rendimientos más altos se encuentran en los países en desarrollo, la mayoría de los 26 países en productividad son países en desarrollo. Los rendimientos calculados de cereales por acre cosechados en 1961 fueron de 699 Kg., en los países desarrollados en comparación con 506 kg. en los países en desarrollo.

^{39/} F.A.O. Anuario de Producción, 1970 Vol. 24 1971, pgs. 746 y 747.

Puede sostenerse que el crecimiento demográfico no solo producirá el efecto de aumentar las tierras destinadas para la agricultura, sino que también puede dar lugar a un cultivo más intenso, aumentando el trabajo que se emplea en tierras ya en uso, por tanto podría esperarse que en general una más alta densidad de la población, estuviese asociada con un mayor número de personas por unidad de tierra agrícola. Ya que existe la tendencia de que la proporción de tierras en cultivo es baja donde la densidad de la población es baja y alta donde esta densidad es alta. Pues la densidad de población es un factor que influye sobre la intensidad con que se utilizan las tierras.

Redondeando sobre la materia, vamos a hablar un poco sobre la mano de obra en el campo, y vamos a empezar diciendo que, para aumentar la producción agrícola y de alimentos se necesitaría incrementar la superficie de cultivo, además de aumentar el número de personas que trabajan la tierra, esto aunado con las inversiones considerables, materiales y otros recursos. Solamente por estos medios se podrá garantizar la alimentación de una población cada vez mayor, ya que aunque la tecnología más moderna empleada el campo es casi automática en su totalidad, de todos modos se necesitará cierta gente para hacer las labores que las máquinas aún no pueden hacer, por lo que la productividad agrícola deberá estar siempre asociada con la magnitud de la fuerza de trabajo agrícola.

Aunque en la actualidad en algunos países en desarrollo, la producción agrícola llega a absorber hasta $4/5$ del total de la masa trabajadora, en cambio en los países más desarrollados se encuentra que la agricultura acapara $1/10$ o menos del total de la fuerza de trabajo, para observar mejor este desplazamiento de población, analicemos el cuadro No.15, donde se puede observar la tendencia demográfica a dejar el campo a cambio de urbanizar una ciudad.

CUADRO No. 12 POBLACION Y USO DE LA TIERRA EN LAS PRINCIPALES ZONAS Y REGIONES DEL MUNDO 1969.

Zonas y regiones principales.	Población (en millares)	Total de tierras	Tierras agricolas	Tierras en cultivo	Praderas y tierras de pastoreo permanentes	Hectáreas por persona		
						Total de tierras	Tierras agricolas	Tierras en cultivo
(Millones de Hectáreas)								
Todo el mundo	3.647.078	13.392	4,425	1,424	3,001	3,67	1,21	0.39
Regiones más desarrolladas								
Europa (excepto la URSS).....	458.226	493	241	148	93	1,08	0,53	0.35
URSS.....	240.333	2.240	608	233	375	9,32	2,53	0.97
América del Norte .	224.409	1,968	500	220	280	8,77	2,23	0.98
Oceanía	18.906	851	507	47	460	45,01	26,81	2.49
Regiones en desarrollo								
Lejano Oriente	1.133.876	1.117	384	274	110	0,99	9,34	0.24
China	832.100	956	287	110	177	1,15	0,35	0.13
Cercano Oriente....	166.262	1.207	264	77	187	7,26	2,59	0.46
Africa	297.485	2.503	1,009	192	817	8,41	3,39	0.65
América Latina	275.591	2.057	625	123	502	7,46	2,27	0.45

Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Anuario de producción, 1970, vol. 24, 1971. cuadros 1 y 4.

CUADRO No. 13 NUMEROS INDICES DE PRODUCTIVIDAD POR HECTAREAS EN 52 PAISES, 1969-1971.

(YUGOSLAVIA = 100)

P A I S	Indice de productivi- dad por -- hectárea.	P A I S	Indice de productivi- dad por -- hectárea.
China (Taiwán).....	786	Grecia	99
República Arabe Unida ..	590	Filipinas	91
Países Bajos	568	Estados Unidos	80
Bélgica	554	India	78
Japón	478	España	73
República de Corea	325	Canadá	64
República Federal de		Irán	64
Alemania.....	321	Colombia	59
Dinamarca	308	Turquía	53
Malasia Occidental	273	Birmania	51
Israel	210	Marruecos	39
Francia	208	Brasil	37
Indonesia	206	Chile	35
Noruega	195	Siria	35
Italia	194	Iraq	32
Suecia	184	Honduras	30
Suiza	173	Uruguay	25
Reino Unidos	159	Venezuela	24
Pakistán	159	Túnez	23
Austria	156	Perú	22
Finlandia	150	México	21
Ceilán	145	Argentina	19
Tailandia	133	Sudáfrica	13
Nueva Zelandia	122	Australia	10
Irlanda	115	Argelia	9
Portugal	100	Etiopía	9
Yugoslavia	100		

Fuente: Archivos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.

CUADRO No. 14 DISTRIBUCION DE 132 PAISES SEGUN EL PORCENTAJE DE SUPERFICIE TOTAL DE TIERRAS EN CULTIVO Y LA DENSIDAD DE POBLACION.

Población por kilómetro cuadrado	Número de países	Porcentaje de superficie total de tierras en cultivo.				
		0-4	5-9	10-19	20-29	30 y más.
Total	132	33	19	29	24	27
0-9	34	24	7	1	1	1
10-24	29	6	9	12	1	1
25-49	18	3	-	6	3	6
50-99	17	-	2	3	5	7
100 y más	34	-	1	7	14	12

Fuentes: Datos sobre uso de las tierras: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Anuario de Producción, 1970, vol 24, 1971, cuadro 14; datos sobre densidad de población: Naciones Unidas, Anuario demográfico, 1970, 1971 cuadro 2.

Según cálculos de la F.A.O. el número de horas hombre que se necesitan para producir 100 kgs. de trigo varían desde una a dos horas hasta treinta a cincuenta horas en países de diferentes niveles de desarrollo, por lo que se hace prescindible y necesario la transferencia de tecnología en este campo, a través de convenios comerciales, con lo que lograría acabar con el hambre en algunas partes del mundo.

Otros datos indican también que desde los últimos años cincuentas, la posición de los países de baja productividad en comparación con los países de alta producti-

CUADRO No. 15 NÜEMRO Y PORCENTAJE DE TRABAJADORES AGRICOLAS EN LAS PRINCIPALES ZONAS Y REGIONES DEL MUNDO, 1950 y 1960.

Principales zonas y regiones	1950		1960	
	Trabajadores agrícolas		Trabajadores agrícolas	
	Cantidad (En millares)	Porcentaje del total	Cantidad (en millares)	Porcentaje del total
Todo el mundo	684.087	64,1	737.747	58,8
Regiones más desarrolladas .				
Europa (excepto la URSS) ..	66.434	36,6	54.767	28,6
URSS	52.331	55,8	46.475	42,1
América del Norte	8.618	13,0	5.513	7,2
Oceanía	1.699	31,4	1.785	27,7
Regiones en desarrollo				
Africa	74.480	80,6	83.317	76,6
Asia	450.764	78,9	512.394	71,9
América Latina	30,028	53,2	33.573	47,9

Fuente: Oficina Internacional del Trabajo, Proyecciones de la fuerza de trabajo, 1965-1985, parte V, 1971.

NOTA: La suma de los totales de las regiones no coinciden necesariamente con el total mundial por haberse redondeado.

vidad no ha mejorado al contrario ha empeorado 40/ , y esto trae como consecuencia que, el tamaño de la población y el crecimiento de la productividad en la agricultura, van a variar según el desarrollo tecnológico de cada región, y en las menos desarrolladas vamos a encontrarnos con una sobrepoblación rural y el subempleo en la agricultura, además de una gran explosión demográfica, y esto es solo el resultado de la desproporción entre personas y tierras que hay en esos países, ya que en la mayoría de éstos, la tenencia de la tierra por parte de los corruptos gobernantes que acaparan la mayoría de éstas para ellos y sus familiares y amigos, hace que la productividad sea baja, llegando a cero en muchos casos ya que a estas mismas personas no les importa mucho desarrollar nuevas técnicas, debido a que tienen a sus pies a un sin fin de personas a quienes poder explotar y como sus turbios negocios como gobernantes les dejan un poder económico para poder vivir bien durante algunas de sus generaciones, por esto, simplemente no les interesa.

Otra de las tendencias observadas, es que es mucho más difícil aumentar el producto por trabajador cuando la proporción de trabajadores agrícolas y tierras es alta, o cuando su número total está aumentando como ocurre en la mayor parte de los países en desarrollo, o cuando el tamaño de la mano agrícola va disminuyendo, como ocurren en los países desarrollados 41/ . Y para observar los índices de productividad por trabajador en algunas partes del mundo vamos a analizar el cuadro No. 16 del cual se puede decir que la tendencia a dejar el medio rural, sigue siendo verdadera, ya sea en los países desarrollados o no desarrollados, por

40/ Hayami y Ruttan, "Desarrollo Agrícola" 1971 cuadros 4-2 pgs. 71 a 72
41/ F.A.O. "El Estado Mundial de la Agricultura y la Alimentación", 1965 pgs. 75, y 76.

CUADRO No. 16 NUMERO INDICES DE PRODUCCION POR TRABAJADORES DEL SEXO MASCU
LINO EMPLEADO EN LA AGRICULTURA EN 33 PAISES, 1959,1961,
1966 y 1971.
(Italia = 100)

1959-1961	1964-1966	1969-1971
Nueva Zelanda 1533	Nueva Zelanda 1261	Nueva Zelanda .. 1146
Australia 1207	Australia 1073	Australia 1001
Estados Unidos ... 388	Reino Unido 396	Estados Unidos... 955
Canadá..... 551	Canadá 619	Canadá 564
Reino Unido 388	Reino Unido 396	Bélgica 444
Dinamarca 372	Bélgica 361	Países Bajos 351
Bélgica 368	Dinamarca 323	República Federal
Países Bajos 332	Países Bajos 299	de Alemania 312
República Federal	República Federal	
de Alemania 287	de Alemania 277	Dinamarca 299
Argentina 266	Francia 243	Francia 263
Francia 248	Argentina 239	Israel 233
Israel 225	Israel 229	Argentina 213
Suecia 209	Austria 182	Austria 198
Austria 188	Suecia 171	Suecia 169
Suiza 184	Irlanda 159	Irlanda..... 164
Irlanda 177	Suiza 148	Suiza 158
Finlandia 107	Italia 100	Italia 100
Italia 100	Finlandia 96	Finlandia 98
Noruega 97	Noruega 79	Noruega 78
Grecia 66	Grecia 66	Grecia 63
Yugoslavia 53	Yugoslavia 45	Japón 48
Colombia 53	Japón 49	Venezuela 45
Chiana (Taiwán) .. 50	Venezuela 45	Yogoslavia 42
Japón 48	China (Taiwán) 42	Chiana (Taiwán) .. 38
Venezuela 45	Colomiba 41	Colombia 35
Túnez..... 38	Irán 30	Irán 26
Irán 36	Túnez 28	Túnez 25
Marruecos..... 28	Marruecos 23	Marruecos 20
Argelia 28	Tailandia 22	Tailandia..... 18
Tailandia 23	Argelia 18	Argelia 16
Filipinas..... 23	República de Corea.. 18	Filipinas 14
India 18	Filipinas..... 17	República de Corea 14
República de Corea. 18	India..... 13	India 12

Fuente: Archivos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.

lo que se debe hacer necesaria la planeación en la producción agrícola mundial, ya que cada vez menos gente quiere trabajar en el campo, y se puede lograr mediante un programa agrícola mundial que se identifique con el programa mundial y de alimentos de la ONU, y que se pueda adaptar a todos los climas y suelos cultivables que hay en el mundo, conviniendo entre los dirigentes de cada país, la ayuda mutua en lo que respecta a la transferencia de tecnología, maquinaria, capacitación, comercialización y en general toda la ayuda que se pueda proporcionar con el fin de eliminar el hambre en el planeta.

Hayami y Ruttan^{42/}, después de comparar las tierras con la mano de obra en 43 países llegaron a la conclusión de que variaba la relación entre los dos, según la disponibilidad de las tierras. Encontramos que los datos revelaron tres modelos diferentes, 1) la alta productividad por trabajador estaba asociada con relación Hombre-Tierra particularmente favorables, en particular en casos como los de Nueva Zelanda, Australia y los Estados Unidos, 2) la productividad relativa por trabajador estaba asociada con la alta productividad por hectárea, como se observaba por ejemplo en los países de Asia, tales como Japón y Taiwan; 3) Se encontraban niveles intermedios de productividad tanto de la tierra como de la mano de obra en casos en que la dotación de tierras es de proporciones intermedias entre los dos grupos, como sucede en los países Bajos, Bélgica y Dinamarca.

Otro de los factores y tal vez el más importante para este mundo materialista, es el del mercado. Mismo que influye de tal manera en la producción que ya el fin principal no es alimentar al pueblo, sino lucrar a base de ese mismo pueblo, sin importar si alguien necesita ese alimento, es el caso de los comerciantes y gobernadores (hago notar que les llamo Gobernadores y no dirigentes), ya

42/ Hayami y Ruttan, op.cit. pgs. 69-71, Figura 4-1.

que éstos últimos en verdad dirigen hacia un fin común a la humanidad de su jurisdicción, en cambio los que gobiernan sólo lo hacen con un fin egoísta y personal) que prefieren tirar cereales y algún otro tipo de alimentos al mar con tal de que no baje el precio de los mismos. En mi concepto esto debería de considerarse como un delito contra la humanidad.

Ya dijimos que el aumento de la población va a determinar el incremento en la producción de los alimentos, también ya observamos que es posible aumenta a gran escala dicha producción, pero existe el problema de aplicar la tecnología necesaria y crear las condiciones sociales e institucionales, propicias para el rápido desarrollo agrícola. Aunque en una escala global en muchos países todavía quedan posibilidades de aumentar las tierras en cultivo y en algunos se han emprendido programas de colonización organizada^{43/}, en general se considera que los aumentos en la producción agrícola y de alimentos, dependerá principalmente del aumento de la productividad de las tierras que ya se hayan en cultivo. Pueden adoptarse una gran cantidad de medidas para lograr la mayor productividad en la tierra, en particular el mayor uso de abonos y maquinaria, el aumento de zonas de riego y la mejor utilización del agua, la diversificación de los productos y la rotación de cultivos, así como la substitución de la producción de ganado por la producción directa de alimentos, un mayor uso de fertilizantes, una aplicación de las técnicas de conservación del suelo, más protección contra plagas y enfermedades, el empleo de semilla mejorada, mejoras introducidas a la producción del ganado, aunque en años recientes se ha prestado atención especial a los resultados de la nueva aplicación de tecnología en el cultivo de cereales, la disponibilidad de las variedades de arroz, trigo y maíz de alto rendimiento han aumentado considerablemente la producción de cosechas en muchos países, y han provocado

^{43/} Omaboe, "La Presión de la Población y el Desarrollo de Nuevas Zonas, 1967.

la expectativa de una "revolución verde". Aunque estos fenómenos empiezan a indicar las tendencias de la población a incrementar el desarrollo de la agricultura, para que esta "revolución verde" triunfe, no solo será necesario que se mantengan las ganancias obtenidas hasta la fecha, sino también que el progreso técnico puede extenderse a países en desarrollo y a otras siembras, así como a productos agrícolas en general, con el aumento de investigaciones y el desarrollo agrícola.

En este tiempo en el que la explosión demográfica va siendo mayor, se requerirá que la población esté preparada, para incrementar la producción de alimentos, ya que es muy posible que conforme a la hipótesis de bajos ingresos, se espera que la demanda superará a la producción por un margen considerable en las regiones en desarrollo, mientras que la relación entre la demanda y la producción habría de invertirse en las regiones más desarrolladas.

En general, las comparaciones entre la demanda de alimentos y la producción de éstos, significa que en los países en desarrollo, donde viven 2/3 de la población mundial, la demanda de cualquier manera que se mida, tiende a superar la producción. La función de la población al respecto es fundamental mientras el crecimiento demográfico aumenta las necesidades de alimento, y como se ha demostrado, es también en mucho el factor principal del aumento de la demanda de alimentos, no hay una relación directa entre la población y el aumento en la producción, los esfuerzos para reducir la diferencia entre demanda y suministros deben dirigirse hacia el aumento en la producción de alimentos para nivelar esta relación entre la oferta y la demanda. Y esta nivelación puede darse de dos formas 1) dirigirse a aumentar la producción de alimentos. 2) Limitar la demanda de tal forma que alcance un nivel compatible con los suministros.

Conforme al primer procedimiento se considera fundamental el desarrollo agrícola, en los países en desarrollo como única solución sobre el problema. Y respecto del segundo, dada la importancia del factor demográfico para determinar la demanda, se pone de relieve la necesidad de estabilizar el crecimiento demográfico, cuyas consecuencias hemos estudiado en este inciso. No obstante, la mayor parte de los demógrafos y economistas, opinan que la solución de alimentos en los países en desarrollo radica en la combinación de actividades para promover el desarrollo agrícola mientras se reduce simultáneamente el crecimiento demográfico a proporciones más abordables. Aún así, en vista de la urgencia que caracteriza la situación de los alimentos en esos países, se considera que el comercio y la ayuda internacional son elementos indispensables en breve plazo para obtener la solución a largo plazo del problema.

Por lo que la llamada "revolución verde" debe ser apoyada por los dirigentes de los países desarrollados, la cual, sólo podrá desembocar a la industrialización agrícola, con la cual se podrá satisfacer la demanda de alimentos en el mundo. Por lo que es de proponerse un "plan mundial de alimentación, que se identifique con el programa Mundial de Alimentos" de la ONU y que deberá contener entre otras características la de ofrecer una "Voluntad Política" que permita un mayor apoyo técnico y financiero, la eliminación de políticas comerciales proteccionistas y menos recursos destinados a la compra de armamento, que los países desarrollados proporcionen todos sus adelantos técnicos en beneficio de alimentación de la población. Aunque esto sería difícil, por lo que a nivel nacional se debe educar a la población para que consuma sólo lo necesario y enseñar al pueblo a alimentarse dietéticamente, con lo cual se obtendría

un mejor rendimiento de la población en la producción, respaldada esta educación por un plan nacional de producción de alimentos que no sólo sirva a los intereses de las transnacionales extranjeras extendidas en ese ramo, sino que, funcione con el fin de lograr la desaparición del monstruo del hambre. Mismo plan que debe tener como metas el poner fin al desperdicio en el proceso de producción, desde que se recoge el producto en el campo hasta que se vende en el mostrador de la tienda. Ahora bien, si es verdad que a la comunidad de países superdesarrollados no les interesa la vida de la gente que habita del lado Sur del Hemisferio comunmente subdesarrollado, y es más estos países hacen todo lo posible por tener bajo explotación a estas masas desprotegidas, ya que la práctica de estos países es comprar a los gobernantes y ejército de los pobres países del "Sur" por medio de los cuales los oprimen, con lo que ninguno de los planes resultaría, pues entonces es de proponerse un tercero; que consiste en la creación de cooperativas particulares o de iniciativa privada, tanto de producción para explotar el campo, como de consumo para la distribución de alimentos, con lo cual se abaten los costos y el poder adquisitivo de las personas se eleva. Y paralelamente controlar la explosión demográfica a través de los servicios institucionales de planificación familiar.

3.1. c) Panorámica sobre los Efectos de la Sobreproducción en la Economía.

En los siglos pasados lo que limitaba el crecimiento de la población era, en primer término, la vulnerabilidad del cuerpo humano a las enfermedades.

Los niños morían en gran número al nacer, por varias enfermedades entre las que figuran; la difteria, viruela, las transmitidas por agua y leche contaminadas o más tarde por paludismo, tétanos y epidemias diversas que periódicamente devastaban regiones enteras. Las continuas guerras y el hambre también pueden citarse como factores importantes.

Los albores del crecimiento económico moderno han venido a relacionarse con el inicio de la Revolución Industrial en Inglaterra, que no sólo tuvo repercusiones en la industria manufacturera sino que también trajo consigo cambios fundamentales en la tecnología y la organización de la producción. Modificó radicalmente todo el proceso económico y produjo con ello profundas transformaciones en las estructuras sociales.

En general, se ha sostenido que el crecimiento demográfico y el económico estaban ligados por intrincadas relaciones mutuas; sin el crecimiento demográfico, no podía haber surgido el económico y a la inversa sin esa aceleración del crecimiento demográfico al inicio del proceso de crecimiento económico moderno se hubiera retardado. 44/

En la era moderna se ha visto una notable aceleración en la tasa de crecimiento económico acompañado simultáneamente de un aumento sin precedentes de la población, observándose en la actualidad que el moderno crecimiento

44/ Montoux, The Industrial Revolution in "The Eighteenth Century". 1928, Ed. de 1961, pgs. 474 a 477

económico es un proceso limitado apenas a una parte relativamente pequeña del mundo. La comparación de los ingresos y otros indicadores del nivel de vida en los diversos países señalan grandes desigualdades entre la minoría rica y desarrollada y la mayor parte del resto del mundo menos adelantados.

El impulso inicial de la expansión demográfica tuvo lugar en las naciones que en nuestros días se encuentran económicamente desarrolladas, la tendencia se ha extendido gradualmente al resto del mundo y en este momento el rápido crecimiento de la población es característica típica de los países menos desarrollados.

En las relaciones recíprocas entre la población y crecimiento económico se reconoce una gran complejidad.

Se ha aceptado la falta de una relación sistemática y uniforme, válida entre el crecimiento de la población y el ingreso por cápita durante la época moderna.

En un contexto histórico y considerando el proceso de desarrollo económico, se destacan dos rasgos característicos de la población; en primer lugar, un gran incremento de la población en términos tanto absolutos como relativos, en comparación con períodos anteriores de la historia, y en segundo plano se ha registrado en los últimos decenios un ritmo de crecimiento más rápido que en tiempos previos.

Al principio de la era cristiana la población del mundo pudo haber sido alrededor de 300 millones, probablemente llegó a 500 millones en 1650 y cerca de 800 millones en 1750. Fue entre el comienzo del período de crecimiento económico moderno y 1900 cuando la población de la

tierra aumentó a 1650 millones y cerca de 3300 millones hacia 1965, tomando en cuenta el período de entre guerras.^{45/}

El proceso de crecimiento económico muestra que tanto los resultados económicos como las estructuras demográficas están en última instancia controladas por un complejo conjunto de factores sociales, culturales, políticos y psicológicos que dan forma a las instituciones y desarrollo a la sociedad y al comportamiento de sus diferentes miembros, las relaciones que las vinculan son resultado de un complicado sistema de interdependencia entre un gran número de variables y factores que abarcan no sólo a los factores económicos y demográficos sino también a muchos otros.

Una de las características predominantes del crecimiento económico moderno, es la transformación de la estructura económica desde un punto en que la agricultura absorber hasta cuatro quintos de la población activa, la industria y los servicios emplean nueve décimos de la fuerza de trabajo o más.

Aunque la parte correspondiente a la agricultura en la fuerza de trabajo mundial ha ido disminuyendo durante mucho tiempo, el número absoluto de trabajadores agrícolas continuó aumentando mucho. Incluso en el caso de los países más desarrollados, es probable que esta cifra descendiera hasta el decenio de 1920. Desde entonces, hasta 1960 la fuerza de trabajo agrícola de los países más desarrollados, excluyendo a la Unión Soviética y la Europa Oriental, pudo haber disminuido en unos 20 millones entre 1950 y 1960, en cambio el volumen de la población económicamente activa destinada a la agricultura en las regiones menos desarrolladas continuó incrementándose y lo hizo a un ritmo acelerado.^{46/}

^{45/} Durand, "A long-range view...", 1967 y The Modern Expansion... 1967.

^{46/} Oficina Internacional del Trabajo, "La Población Trabajadora del Mundo." 1956.

Los cambios estructurales que favorecen a las actividades no agrícolas se evidencian en la distribución por sectores del producto nacional y posiblemente también en la de los bienes de capital, pero se manifiestan más claramente en la división de la fuerza de trabajo y en su alejamiento de la agricultura o producción primaria, hacia las actividades secundarias y terciarias no agrícolas.

No existe una clasificación uniforme y universalmente aceptada de las actividades primarias, secundarias y terciarias. Convencionalmente se admite que la producción de alimentos y materias primas se incluye la agricultura, la silvicultura y la pesca y, con importantes excepciones, a la minería. Puede decirse que la producción secundaria se refiere a la transformación de materias primas en productos y, por norma, se entiende que incluye a la manufactura, la construcción, y en algunos casos a la producción de energía. Las actividades terciarias consideran a todas las otras formas de actividades económicas, principalmente las del tipo de servicios, como el comercio y distribución, el transporte y las comunicaciones, las actividades bancarias y los seguros, y los servicios propiamente dichos. Por esta razón la composición industrial de la fuerza de trabajo se considera a veces como indicador apropiado del nivel de desarrollo económico. El proceso de transformación estructural implica una reducción en la participación de la fuerza de trabajo agrícola, esta participación, que es de hasta cuatro quintas partes del producto nacional en la era pre-industrial, llega a reducirse a un décimo o aún menos en una etapa adelantada del desarrollo.

Como parte de esa evolución, llamada con frecuencia el proceso de industrialización, aumenta la participación del empleo secundario y terciario, aunque no necesariamente al mismo ritmo. Una vez que se ha alcanzado una

cierta etapa de desarrollo, el empleo secundario puede estabilizarse o declinar algo en términos relativos, mientras, el empleo terciario puede continuar expandiéndose llevando de este modo a un predominio de esas actividades dentro de la economía. Puesto que, estos cambios en la distribución sectorial del empleo no responden tan solo a la cambiante estructura de la producción, sino también a los aumentos diferenciales de la productividad del trabajo en los diversos sectores, los cambios en la participación por sectores en el producto total son, en la mayor parte de los casos, menos definidos de los que ocurren en el caso del empleo.

Uno de los factores de correlación más importantes entre el crecimiento económico y el cambio social, por una parte, y la transformación estructural de la economía por la otra, es la redistribución espacial de la población en forma de urbanización. La cuantiosa migración rural-urbana que ocurre como consecuencia de las nuevas estructuras de organización espacial y del creciente grado de concentración geográfica de las actividades económicas constituye tanto un elemento esencial del desarrollo económico como un importante factor y causa del cambio social. 47/

Hacia las últimas décadas el desempleo, propiciado por la estructura económica, es un mal latente interrelacionado con la expansión demográfica, ya que el sistema no puede absorber a toda la población en edad de ser empleada como mano de obra. Para 1980 se estimaron 72 millones de desempleados en el mundo (sin contar China), de esta cifra 21 millones se ubican en los países desarrollados, el resto en aquéllos en vías de desarrollo 48/.

Hace dos mil años la población total del

47/ Naciones Unidas informe sobre la Situación Social en el Mundo 1957 pg. 115.

48/ Plan a plazo medio de la OIT: 1982-1987 Ginebra, 1980 pgs. 1-10.

mundo no pasaba probablemente de los 250 millones y el promedio de vida era de unos 25 años. La población aumentó lentamente, no llegó a duplicarse hasta pasados 17 siglos. Sólo en 1830 alcanzó la cifra de mil millones, relacionándose esta fecha con el comienzo del crecimiento económico moderno, tratado anteriormente. Para entonces, el ritmo del aumento demográfico estaba acelerándose, pues la ciencia moderna reducía rápida y drásticamente el índice de mortalidad. Los países adelantados comenzaron a preservar la leche por medio de pasteurización; sus alimentos, mediante transportes más rápidos y mejor refrigeración. Los programas sanitarios disminuyeron la propagación de la fiebre tifoidea y del cólera. La vacuna redujo la amenaza de viruela; los médicos aprendieron a esterilizar sus instrumentos y a impedir las infecciones puerperales. Durante el siglo XIX el índice de mortalidad en Europa disminuyó a la mitad y muchos más progresos médicos estaban por venir.

La fecha en que el aumento demográfico moderno se transformó en una explosión, puede fijarse al final de la segunda guerra mundial. Por un lado, durante los años de guerra se realizaron varias series de avances científicos, especialmente en el campo de los antibióticos, armas potentes contra la neumonía y otras infecciones, en el de los insecticidas, armas contra la propagación de la malaria y otras enfermedades transmitidas por insectos.

Cuando terminó la guerra, estos descubrimientos quedaron disponibles para un amplio uso. Al mismo tiempo el resurgimiento del orgullo nacional unido a la cooperación internacional comenzaron a cambiar la medicina moderna de un semimonopolio de los países industrializados a la propiedad común del mundo entero.

En pocos años, progresos alcanzados a través de decenios, fueron distribuidos a todos los rincones del mundo.

Un ejemplo clásico de lo ocurrido se da en la isla de Ceilán. En 1946 el gobierno lanzó un programa de salud pública de vasto alcance, con un ataque masivo contra la malaria, mediante insecticidas pulverizados desde aviones. En el curso de 10 años, el índice de mortalidad en Ceilán se redujo exactamente en un 57% o sea más de la mitad. Pero el índice de natalidad varió; puesto que más padres vivían, nacieron más bebés que nunca. En aquel mismo decenio, la población de Ceilan aumentó en un 83%. 49/

Lo ocurrido en Ceilán no es sino un ejemplo de lo que ha ocurrido en casi todos los países en vías de desarrollo. La introducción mundial de la medicina moderna y la tecnología ha hecho descender el índice de mortalidad. Pero el índice de natalidad por lo general no ha cambiado. Por lo tanto, la población está aumentando a pasos agigantados. Así, en conjunto, tenía un índice de mortalidad aproximadamente 35 mil a fines de la segunda guerra mundial; ahora el índice de mortalidad ha bajado a un 6 por mil en algunos países asiáticos, siendo 20 por mil en promedio. En el resto de los países en desarrollo han ocurrido fenómenos semejantes.

Se parte de la situación en que las altas de crecimiento demográficos pueden llegar a constituir un obstáculo importante para el rápido crecimiento económico. Hasta principios de 1960 pocos países consideraban los programas de planificación familiar como parte de su política de desarrollo.

49/ Estudio del Dr. Benjamín Viel V de la Universidad de Chile, 1967.

En relación con la Estrategia del Desarrollo para el Segundo Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo (resolución 2626 (XXV) de la Asamblea General) en América Latina se ha señalado que una reducción de la tasa de natalidad ayudaría a alcanzar el objetivo básico, a saber, elevar el nivel de vida de la mayoría de la población en un plazo más corto que lo que sería posible de otra manera y que los programas encaminados a proporcionar información sobre los medios para decidir acerca del tamaño de la familia, aceleran la transición demográfica 50/.

50/ Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina, Estudio Económico para América Latina, 1969, 1970 pg. 20.

3.2. ANALISIS DEL DERECHO A ELEGIR EL NUMERO Y ESPACIAMIENTO DE LOS NACIMIENTOS.

Este principio se ha enunciado en diversas recomendaciones aprobadas en el seno de Naciones Unidas o bajo sus auspicios, aunque uno de sus antecedentes más remotos es una declaración hecha el 10 de diciembre de 1966 y firmada por los jefes de Estado o de Gobierno, de los siguientes países: Australia, Barbados, Colombia, Dinamarca, República Dominicana, Finlandia, Ghana, India, Indonesia, Irán, Japón, Jordania, República de Corea, Malasia, Marruecos, Nepal, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Pakistán, Filipinas, Singapur, Suecia, Tailandia, Trinidad y Tobago, Túnez, República Árabe Unida, Reino Unido, Estados Unidos y Yugoslavia. De la cual, en el proemio de la misma declaración se reconoce que el problema de la población, cuando no está debidamente planificada puede llevar al país a la crisis, y se estimó en ese tiempo (1966) que los índices de crecimiento irían en aumento y se estima que para 1975 seríamos en el mundo una población de 4 mil millones de personas.

Por otra parte, se reconoció también que el rápido crecimiento de la población, afectaba el estandar de vida de la región, así como a la educación, a los servicios sobre salud y sanidad, y los medios para proveer de casa habitación a la población así como a la transportación, nulificaba algunas oportunidades culturales y creacionales, y en algunas partes del mundo la sobre-población producía insuficiencia en los alimentos.

Por lo que su parte resolutive, invocaba que los problemas de población debían ser reconocidos como: "problemas nacionales" y que los gobiernos debían de encargarse de ejercer políticas nacionales relacionadas a la planificación.

Es de hacer notar que en el punto No. 2 de los aspectos resolutivos de esa declaración se dijo que:

"nosotros creemos que la mayoría de los padres desean tener conocimiento de las maneras para planificar sus familias; y que esa oportunidad para decidir el número y espaciamiento de los hijos es un derecho humano básico" ^{51/}.

Por otra parte también reconocieron estos Jefes de Estado, que para una paz duradera, ésta debería de depender de las oportunidades que se les dieran a la población y que por otro lado, el objetivo de la planificación familiar no era debilitar la ley humana, sino que era asegurar una oportunidad mejor de vida para la familia.

Esta misma declaración iba a repercutir en su influencia a través de las diferentes resoluciones, (que en seguida veremos) invocando al derecho a decidir el número de hijos a tener como un "derecho humano básico", por lo que consideraban que este derecho es fundamental para el hombre, y por el ejercicio de este derecho se va lograr un mejor estado de vida por lo que se obtendrán, la paz y estabilidad de las personas.

Otro de los documentos que son antecedentes de este derecho es la resolución 2211 (XXI) de la Asamblea General de 17 de diciembre de 1966, la cual fue intitulada como "El Crecimiento Demográfico y Desarrollo Económico" . La cual en su primera parte invoca como antecedentes a la resolución 1838 (XVIII) del 18 de diciembre de 1962 sobre "El Crecimiento Demográfico y Desarrollo Económico", y la resolución 933 (XXXV) b) de 5 de abril de 1963 sobre "La Intensificación de los Estudios, Investigación de materia Demográfica y Capacitación", la resolución 1048 (XXXVII) del 15 de

^{51/}Organización de las Naciones Unidas, "Population News Letters", Abril de 1968, pg. 44.

agosto de 1964 sobre el "Crecimiento Demográfico y Desarrollo Económico Social", y la resolución 1084 (XXXIX) del 31 de julio de 1965 sobre el "Programa del Trabajo y Prioridades en Materia de Población", del Consejo Económico y Social. Estos antecedentes escritos en esta resolución 2211, que estamos analizando, denotan el interés del mundo por resolver el problema demográfico. En el proemio de esta resolución advierte la preocupación ante la creciente escasez de alimentos en los países en desarrollo, y continua diciendo que; se debe en muchos casos a una disminución de la producción de alimentos en relación con el crecimiento demográfico, por lo que esto es uno de los principales inquietudes por las cuales se estimula la cuestión demográfica, (Ver análisis de los alimentos).

Por otra parte también en el proemio de la resolución reconoce que la soberanía de las Naciones para formular y promover sus propias políticas demográficas teniendo debidamente en cuenta el principio de que la dimensión de la familia debe ser objeto de libre elección para cada una.

Con lo que en esta resolución ya se habla de un principio, sobre la dimensión de la familia, la cual será objeto de una libre elección para cada núcleo familiar, esto se debe de sobre-entender que esta dimensión debe estar dada por la libertad de decisión de la misma familia, la cual deberá de ejercer su derecho natural para decidir su dimensión, cabe mencionar que es un hecho que la familia siempre ha decidido su propia dimensión de la familia, aunque ahora ya este derecho se ha venido transformado el derecho positivo.

Otro de los antecedentes encontrados es la llamada "Proclamación de Teherán" dada en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, que se celebró en Teherán

el 22 de abril al 13 de mayo de 1968, la cual en su principio No. 16 a la letra dice:

"La comunidad internacional debe seguir velando por la familia y el niño. Los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos" 52/;

Con lo que tenemos que los delegados asistentes, apoyaron esta proclamación en la cual se reclamaba el derecho que analizamos como un "Derecho Humano Fundamental", con lo que se vuelve a reafirmar que es un Derecho Natural del Ser que ha venido ejerciendo, haya la ley o no la haya.

En esta misma Conferencia y en la resolución XVIII intitulada "Relación entre los Derechos Humanos y la Pinaificación de la Familia", (aprobada sobre la base del informe de la segunda comisión), en la cual se reafirman los derechos fundamentales del hombre y se reconoce que las soberanías de las naciones deben formular y aplicar sus propias políticas demográficas teniendo debidamente en cuenta el principio de que la dimensión de la familia debe ser objeto de libre elección de la misma. Por lo que esta resolución invoca cuatro puntos que vamos a transcribir:

"1.- Observa que la rápida tasa actual de crecimiento demográfico en algunas zonas del mundo es un obstáculo para la lucha contra Hambre y la Pobreza, y, sobre todo disminuye las posibilidades de lograr rápidamente un nivel de vida adecuado, que comprenda alimentación, ropa, vivienda, asistencia

52/ Véase Actas resumidas de las sesiones la. a décimo tercera de la segunda comisión de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Teherán, 25 de abril al 9 de mayo de 1968, documento de las Naciones Unidas, A/Conf. 32/C./2/SR.1 a 13.

médica, seguro social, educación y servicios sociales, lo cual dificulta la plena efectividad de los Derechos Humanos.

- 2.- Reconoce que si en dichas regiones se moderase la tasa actual de aumento demográfico se facilitarían las condiciones para ofrecer a cada individuo mayores oportunidades para el goce de los derechos humanos y un mejoramiento del nivel de vida;
- 3.- Considera que los CONYUGES TIENEN EL DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL A DECIDIR LIBRE Y RESPONSABLEMENTE EL NUMERO Y EL MOMENTO DE LOS NACIMIENTOS DE LOS HIJOS, ASI COMO EL DERECHO A UNA EDUCACION E INFORMACION ADECUADA A ESTE RESPECTO;
- 4.- Insta a los estados miembros, a los organismos de las Naciones Unidas y a los Organismos especializados competentes interesados, a que consideren atentamente las consecuencias que pueda tener para el ejercicio de los derechos humanos las rápidas tasas actuales de crecimiento de la población mundial".

En estos cuatro puntos observados en esta resolución dada en la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos, se vierten las razones y justificaciones de este derecho, invocando que ese rápido crecimiento económico desestabiliza todo el sistema socio-económico con lo que solamente se logra una mayor pobreza y su consecutiva hambre, por lo que

es evidente que el derecho que estudiamos, debe de dárseles a éste prioridad para ejercerlo, y ejercerlo por todos los medios posibles ya que si en el seno familiar no puede soportar un embarazo, menos van a poder soportar una vida nueva que solamente va a acarrear la desestabilidad familiar, y esta familia como célula de la sociedad repercutirá su desequilibrio de esta sociedad, con lo que se hace una reacción en cadena que solamente va a propiciar que ese ente nuevo, no tenga las oportunidades suficientes para poder desarrollarse, por lo cual estará propenso a recurrir a la vía fácil de existencia y de realización de la personalidad, que es la delincuencia.

Otro de los documentos antecedentes a este derecho es la resolución 2542 (XXIV) intitulada "Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en los Social" la cual en su parte inicial hace alusión, identificando esta resolución, a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, de la Declaración de Derechos del Niño, de la Declaración sobre la Concesión de la Independencia de los Países y pueblos coloniales, de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, de la Declaración del de la juventud de los ideales de paz, respeto mutuo y comprensión entre los pueblos, de la resolución contra las formas de discriminación de la mujer, y de las resoluciones de las Naciones Unidas. Por lo que hemos visto, al estar identificado esta resolución sus conceptos con estas declaraciones y resoluciones citas, también identifica su objeto y razón, con los derechos fundamentales del hombre, y esta resolución también en su proemio alude que el hombre sólo puede satisfacer plenamente sus aspiraciones en un orden social justo, y de que, por consiguiente es de importantica capital acelerar el progreso social y económico en todas las partes del mundo, contribu-

yendo así a la paz y a la solidaridad internacionales, y agrega por otra parte que; la paz y seguridad internacionales por una parte y el progreso social y económico por la otra, son íntimamente interdependientes y ejercen influencia entre sí. Con lo que tenemos que estos elementos, vienen a reafirmar las consecuencias del crecimiento demográfico, y que son las desestabilidad, la cual solamente nos va a conducir a la guerra.

Más adelante y todavía en el proemio de la resolución reconoce ésta, que es urgente consagrar a obras de paz y progreso social, recursos que se utilizan en armamentos y se mal gastan en conflictos y devastaciones, además sostiene que la contribución de la ciencia y la tecnología, pueden apoyar a la satisfacción de las necesidades comunes de toda la humanidad. Son dos puntos esenciales, que tocaron en esta resolución y que fueron el desarme y los gastos militares, y por otro lado la transferencia de tecnología. Los gastos de guerra son enteramente superfluos e innecesarios ya que por la imprudencia y egoísmo de unos por tratar de explotar al hombre por el hombre mismo, hacen a éste, más mísero y deshonroso. Y por otra parte la transferencia de tecnología la cual por las mismas circunstancias, o sea por el egoísmo y envidia de los hombres, ésta no puede llegar a las áreas donde es urgente que llegue.

Esta resolución en su artículo 4 afirma:

"La familia, como unidad básica de la sociedad y medio natural para el desenvolvimiento y bienestar de todos sus miembros, especialmente los niños y los jóvenes, deben ser ayudada y protegida para que pueda asumir plenamente su responsabilidades en la comunidad.

Los padres tienen el derecho exclusivo de determinar libre y responsablemente un número y espaciamiento de sus hijos".

Por otra parte y en la tercera parte de esta resolución titulada "Medios y Métodos" y en el artículo 22 inciso b, que a la letra dice:

"b) La formulación y el establecimiento, según sea necesario, de programas en materia de población, dentro del marco de las políticas demográficas nacionales y como parte de los servicios médicos de asistencia social, incluida la educación la formación de personal y la provisión a las familias de los conocimientos y medios necesarios para que puedan ejercer su derecho a determinar -- libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos".

Con lo que tenemos que en estos dos artículos se especifica claramente el derecho que tienen los padres de familia a ejercer su decisión de limitar o espaciar el número de su familia. Señalando como un derecho exclusivo que nació como un derecho natural inherente de las personas, y que han venido utilizando exista la reglamentación o no la exista.

Otro de los documentos encontramos que forman parte de los antecedentes que vamos a estudiar para fundamentar este principio, es la resolución 2716 (XXV) intitulada

"Programa de Acción Internacional Concertada Para el Adelanto de la Mujer". Dada en 1930 en la sesión plenaria del 15 de diciembre de 1970. La cual en la segunda sección del anexo intitulado "Metas Mínimas que se han de alcanzar el segundo decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo", y en particular sobre su sección C intitulada "Protección Sanitaria de la Maternidad", encontramos este principio fundamental de la mujer en el número 4 de esta sección y que dice así:

"4.- Suministro a todas las personas que lo deseen de la formulación y asesoramiento necesarios para que puedan decidir con libertad y sentido de responsabilidad el número de hijos y el momento de su nacimiento, para prepararlas para desempeñar debidamente sus funciones de padres incluirá información sobre el método en que pueda beneficiarse la mujer de la planificación de la familia. Tal información y asesoramiento deben basarse en conocimientos científicos válidos y demostrados, con la debida consideración de los posibles riesgos".

Como se puede observar en la definición antes citada ya el término "derecho o principio fundamental" ya no se ocupa sino se menciona tan sólo la "decisión libre y responsable" con lo que la evolución de este concepto sigue su marcha, aunque reconociendo tácitamente que esta decisión corresponde al derecho natural de la persona misma.

Por otra parte ese derecho también se vio reconocido en la Conferencia Mundial de Población hecha en Bucarest, Rumanía en 1974 (a la que nos referimos en capítulo aparte) y es en la resolución número 12 intitulada la "Población y la Condición de la Mujer", en la cual en la parte preambular hace alusión de la resolución 2542 (XXIV), se confirma que los padres tienen el derecho de determinar libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos, y que hay que proporcionar a las familias los conocimientos y medios necesarios para que puedan ejercer ese derecho. Y continua diciendo que reconoce esa Conferencia, que el ejercicio del derecho de los padres a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos está estrechamente relacionado con el grado en que la mujer está integrada en el proceso de desarrollo social, económica, cultural y político de la sociedad en que vive. Por lo que en esta Conferencia ya se va más allá de reconocer tan sólo el derecho, sino que se reconoce que este mismo podrá ser mejor ejercitado cuando la mujer se desarrolle en todos los campos del conocimiento y de la sociedad.

Por otra parte y también en esta misma Conferencia en su resolución XVI intitulada "Políticas de Población", considera que las políticas de población, deben ser coherentes con realidades universales como; el derecho de los padres a transmitir la vida y a decidir conciente y responsablemente, el número de hijos y el espaciamiento entre ellos, la divulgación adecuada de los problemas de demografía y aspectos científicos sociales sobre la población y la familia, entre otras cosas, es de notarse que para esta resolución ya se habla "del derecho de los padres a transmitir la vida", con lo que se viene a especificar claramente ese derecho fundamental de las personas a decidir cuantos hijos tener.

Asimismo, en su recomendación a) de esta resolución dice que;

"Recomienda:

- A) Establecer e impulsar programas de orientación, información y servicios para que los individuos y las parejas puedan determinar el número y espaciamiento de los hijos que deseen, a través de prestaciones educativas y de atención de salud, tanto en el sector público como por los medios no gubernamentales aprobados por los gobiernos nacionales, vigilando que se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del ser humano y preserven la dignidad de la familia. En estos programas no deben emplearse medidas coercitivas".

Por lo que se puede decir que en esta resolución se habla ya de una transmisión de vida, y se identifica como un derecho fundamental del ser humano que preserva la dignidad de la familia.

También en esta misma Conferencia en su resolución 17 intitulada "La Familia y el Desarrollo" en el punto número 3 resolutivo recomienda que:

"Se dé a la pareja y al individuo entera libertad para escoger a un modo responsable el número y espaciamiento de los hijos. Para ejercer ese derecho humano básico de poder escoger efectivamente, es necesario que los Estados respeten esas decisiones adoptando medidas apropiadas de asistencia y de información."

Con esta resolución también se viene a reafirmar ese derecho fundamental que encierra la libertad de decidir el momento de los nacimientos, aunque no se habla de medios para realizar este derecho, si se habla del derecho en sí, con lo que se debe entender que todos los medios anticonceptivos posibles se podrán emplear para realizar o ejercer este derecho.

Este derecho también se ha reconocido como tal, mediante "La Declaración de México sobre la Igualdad de la Mujer y su Contribución al Desarrollo y la Paz", de 1975, declaración que fue hecha en la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, que se celebró en la ciudad de México del 19 de junio al 2 de julio de 1975, con la participación de representantes de 133 Estados, la cual en su número 12 de los principios enunciados señala el siguiente:

"12 "Toda pareja y todo individuo tiene el derecho de decidir libre y responsablemente si habrá o no de tener hijos, y determinar su número de espaciamiento, así como de recibir información, educación y medios para hacerlo" 53/.

Este principio al decir "toda pareja y todo individuo", se refiere no solo a los padres sino también a madres solteras, por lo que no necesariamente va a tener que ser la pareja casada o no, la que debe de decidir, si no que también es la madre soltera quien va poder decidir, aunque la verdad es que aún sin la existencia o con la existencia de cualquier ordenanza escrita en este sentido, la mujer decide, ha decidido y seguirá decidiendo su número y espaciamiento de la familia, así como escoger cualquier medio que su economía y la ciencia le proporcionen.

53/ Informe de la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, México, D.F. 1975, Naciones Unidas, E/Conf. 66/34.

Por otra parte y en la resolución 5 de esta Conferencia celebrada en México, intitulada "La Mujer y la Salud", en su parte preambular considera que los gobiernos deberían reconocer las necesidades particulares de salud de las mujeres de todas las edades y en todas las situaciones, incluidas las necesidades de mujeres con muchos hijos, pocos o ninguno, las que han pasado la edad de procreación y las que no llegan a ella aún, y el derecho de las personas y las parejas a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos.

Por otra parte y en lo que fuera la resolución 15 intitulada "Planificación de la Familia y plena Integración de la Mujer en el proceso de Desarrollo", dada en esta misma Conferencia, se reconoce la necesidad, en el proceso de integración a la mujer en el desarrollo de proporcionarle a ésta la información y los medios que le permitan decidir el número y espaciamiento de sus hijos.

Así como también expresa esta resolución su conciencia de que las mujeres de muchas regiones del mundo piden acceso a los servicios de asesoramiento familiar y sobre el espaciamiento de los hijos, y que de la falta de acceso a esos servicios, ha causado penas y sufrimientos a las mujeres y sus familias y ha originado gastos sociales sustanciosos, incluyendo el efecto adverso que tiene en la salud de la mujer y de su hijo.

Por lo que por estas razones insta a los gobiernos a que, en consonancia con sus políticas nacionales: Pongan a disposición de todas las personas la información y el asesoramiento necesarios e instalaciones y servicios adecuados de fácil acceso para permitir a las mujeres que lo deseen

decidir acerca del número y espaciamiento de sus hijos y, más aún preparar a los jóvenes a una paternidad responsable.

Con lo que tenemos que en esta Conferencia se habló ya de medios, y proporcionar medios para realizar este derecho aunque no se especificaron estos mismos, sí invocaron y se solicitó aún más a los gobiernos a proporcionarlos por lo que en su constante evolución de este derecho que ha venido en forma natural , ya se tiene su reconocimiento en forma expresa.

También en esta misma Conferencia en la resolución número 17 intitulada "La Familia" en su número 2 recomienda a los estados que aseguren la libertad de las personas y a la pareja a decidir de manera libre el número y espaciamiento de sus hijos dentro de los marcos de la soberanía nacional de cada país y la misma su interrelación con los factores socio-económicos. Con lo que tenemos que este concepto o este derecho va a estar subordinado a las políticas nacionales de cada país debido al principio de la soberanía estatal.

Para 1980 y al celebrarse la Conferencia Mundial del decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad y desarrollo de la Paz, celebrada en Copenhague, Dinamarca. En la cual estuvieron representadas 145 naciones, en lo que fuera la resolución número uno intitulada "Planificación de la Familia" en su punto número 1 pide a los gobiernos que:

"Tomen las medidas adecuadas incluso legislativas en el marco de sus políticas nacionales, para proporcionar información, educación y medios para que los hombres y mujeres puedan

ejercer libremente el derecho a determinar la dimensión de su familia".

Por lo que como podemos observar en este último antecedente, ya se sugiere a los gobiernos que incorporan a sus legislaciones nacionales este principio que se identifica como un derecho fundamental del ser humano, el cual habiendo surgido este mismo por necesidad propia de las condiciones socio-económicas en el seno de la familia, ahora ya se solicita a los gobiernos lo incorporen a sus legislaciones así como proporcionen los medios suficientes para realizarlo.

Es de importancia hacer notar diferentes aspectos de esta definición, como son el concepto de las personas o autoridades interesadas en decidir el número y el momento de los nacimientos, la idea sobre el suministro de información y actividades educativas en relación con la decisión sobre el número de hijos y su momento de nacimiento; el establecimiento de servicios y provisiones de los medios necesarios para determinar el número y espaciamiento de los hijos, y el concepto de soberanía nacional, que regula las políticas demográficas de cada territorio. Por lo que pasaremos a analizar estos conceptos que se vierten en cada una de las resoluciones antes citadas.

Por lo que se refiere a las personas interesadas a decidir el número de espaciamiento, al principio, y en la declaración firmada por 30 Jefes de Estado, se habló que este derecho la iban a tener los "padres", para que después las resoluciones 2211 (XXI) y el artículo 22 b) de la declaración sobre el "Progreso y Desarrollo de lo Social", este concepto se tornara en que la decisión debería ser la "familia" aunque cabe señalar que en los debates de la resolución 2211

(XXI) y en la exposición de la Sra. Miske (de Mauritania), que alegaba que "es la mujer la que debe desempeñar la función principal en el nacimiento y crianza de los hijos. Y para que pueda cumplir esa tarea con sentido de responsabilidad efectiva, la mujer, previa consulta con su marido, debe tener el derecho de determinar cuantos hijos habrán de nacer y hasta que punto debe practicarse el control de la natalidad" 54/

Y para las discusiones sobre el proyecto de declaración sobre el "Progreso y Desarrollo en lo Social", en que se hablaba ya de un derecho del individuo, se justificó este derecho en el artículo 22 b, otorgándole a la familia este derecho, dado que en opinión del representante de Venezuela el problema es estrictamente familiar más que de orden demográfico 55/. Por lo tanto este articulado debe de defender y proteger, los derechos y la libertad de la familia en su carácter de célula básica de la sociedad y la necesidad de asociar a los organismos especializados a toda política de planificación de la familia.

Para los debates de esta resolución que comentamos ya se hablaba del término personas o individuos, teniendo en cuenta, que en algunos casos la pareja podría estar en desacuerdo en cuanto al número y espaciamiento de los hijos, y la decisión entonces correspondería a la mujer que es la principal interesada. Por otra parte también se bpusieron en esta comisión, a que el estado pudiera imponer medidas positivas para ejercer sobre las personas el derecho de decidir el número de hijos que tener, sin embargo, se aceptó que para ejercer este derecho, con conocimiento de causa, era necesario que se dispusiera la información y medios necesarios,

54/ Véase documentos oficiales de la Asamblea General, ONU. Vigésimo, período de sesiones, 2a. Comisión 1016 a la Sesión, párrafo 21.

55/ Véase documentos oficiales de la Asamblea General, ONU. Vigésimo cuarto, período de sesiones 3a. comisión 1683 a Sesión, párrafo 2.

así como acoplarse a las políticas demográficas nacionales.

La palabra "padres" es adoptada en la reducción del principio 16 de la proclamación Teherán (1968) y en la redacción del artículo 4 de la declaración sobre progreso y desarrollo en lo social, ésta última enunciada como "derecho exclusivo de los padres" y que según los debates son los padres las personas principalmente interesadas y responsables sobre el tamaño de la familia.

Es interesante hacer notar que la resolución 2542 (XXIV) sobre la Declaración sobre el Progreso y Desarrollo en lo Social, habla en su artículo 4 del "derecho exclusivo de los padres", y en su artículo 22 inciso habla de un derecho de las familias, éste encuentra su justificación en los debates de la tercera comisión 56/, de los cuales se daba a entender que es un derecho exclusivo de los padres, con el fin de planificar la familia.

Este término de "padres" también es utilizado en la resolución 12 intitulada "La Población y Condición de la Mujer" y la resolución 16 intitulada "Políticas de Población" emanadas ambas de la Conferencia Mundial de Población de Bucarest de 1974, en las cuales aunque, estas fueron solo reconocidas en los considerandos, en las partes resolutivas de las mismas ya no se habla de padres sino se habla de individuos o de parejas concepto que veremos a continuación.

56/ Véase documentos oficiales de la Asamblea General, ONU, vigésimo tercer período de sesiones, 3a. Comisión, 1599 sesión, 1600 sesión, 1601, sesión y Ibidem. 4o. período de sesiones 3a. comisión, 1682, 1683 sesiones.

La expresión "conyuges" fue utilizada la Conferencia de Teherán en su resolución 17, parece que uno de los motivos principales de esta resolución fue el deseo de incluir por lo menos implícitamente el derecho eventual de no tener ningún hijo.

Cualesquiera que sean las diferencias entre las definiciones dadas, todas las disposiciones enumeradas parecen basarse en la idea de un derecho ejercido en común por dos personas. En la sección 12 c (4) del programa de Acción Internacinal concertado para el adelanto de la Mujer, aprobado por la Asamblea General de 1970, aparece otra formula. En este texto se presenta como una de las metas mínimas que han de alcanzar durante segundo décimo de Naciones Unidas para el desarrollo, la posibilidad de suministrar a todas las "personas" que lo deseen la información y asesoramiento necesarios para que puedan decidir con libertad y sentido de responsabilidad el número de hijos y el momento de sus nacimientos. Las actas resumidas del 23 a período de sesiones de la comisión jurídica y social de la mujer, demuestran que los productores sustituyeron la palabra "conyuge" por la de "personas que lo deseen", a fin de influir el campo la aplicación del artículo de la situación de la madre soltera^{57/}. La tercera comisión aprobó el párrafo 4 de la sección "c" sin debates sobre este punto concreto, simultáneamente la Asamblea a subrayado en una de las cláusulas generales que preceden a la iniciación del programa, que "debe protegerse" a la familia por ser piedra fundamental de la sociedad"

^{57/} Véase documentos oficiales del Consejo Económico y Social, 48 período de sesiones suplemento No. 6, capítulo 3.

Una evolución no profunda se da en las resoluciones de la Conferencia de Bucarest, citadas al principio de este inciso, de las cuales citaremos la resolución No.16 intitulada las "Políticas de Población" en la cual en la parte de considerandos se estipula que es un derecho de los padres hacer esa decisión, y en la parte recomendativa en el inciso "a" se establece que este derecho lo tendrán los "individuos" y las "parejas", entendiéndose que la situación de la madre soltera va a estar previstas en el término "individuos" en el que se refiere a un genero femenino o masculino plural o singular. En la resolución 17 intitulada la "Familia / el Desarrollo" se puede notar que en el No. 3 de la parte recomendativa se habla no ya de "padres" o de "conyuges" ni siquiera de "familia" sino se habla de una "pareja" o de un "individuo", los cuales van a tener el derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos, por lo que la situación de la madre soltera, que es la principal interesada en la planificación familiar, esta ya prevista y reconocida a través de estas dos resoluciones. y a partir de esta ya las demás definiciones sobre este derecho se veran contenidas o se veran previstas de estas circunstancias.

Y en lo que fuera la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer (1975) y en especial en la Declaración de la Mujer sobre Igualdad de la Mujer y su contribución al Desarrollo de la Paz". En su principio No. 12 asevera que es "la pareja y todo individuo" quien tendrá el derecho a decidir y planear la familia, por lo que se prevé la circunstancia de la madre soltera, e inclusive sobre el desacuerdo entre los padres en las decisiones de la limitación de la familia.

Esta misma idea la encontramos también en la resolución No. 5 de la misma Conferencia Intitulada "La Mujer y la Salud", la cual en su considerando 4º, son las personas y las parejas las que tienen este derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos, por lo que este concepto a través de su evolución encuentra a su reafirmación en estas resoluciones.

Podemos citar también la resolución No. 15 intitulada la "Planificación de la Familia" y la plena integración de la mujer en el proceso de desarrollo" también de esta Conferencia en la cual en su parte considerativa en el segundo párrafo estipula que, es a la mujer en exclusiva a quien se le debe dirigir la información y se le debe proporcionar los medios que le permitan decidir el número y espaciamiento de sus hijos, por lo que este concepto ya más expreso y más en punto ya que, es en realidad es la mujer la encargada o la principal interesada en decidir este derecho. En su 5º párrafo también habla de que son las mujeres las que deben tener acceso a los servicios de planificación familiar, para decidir el derecho que nos ocupa, por lo que en esta resolución ya se hace alusión a que al mencionar persona o personas en las subsecuentes resoluciones, se estará haciendo mención especial al derecho de las mujeres. Y es en la parte resolutive de esta resolución en el inciso "c" en donde se describe que este derecho de decisión lo tendrán "todas las personas" por lo que nos quiere decir que principalmente serán las mujeres en sí las que deban de decidir utilizar o ejercer este derecho.

En la resolución 17 intitulada "la Familia" y en su recomendando número 2 también asegura que son las "personas y la pareja" las encargadas a decidir este derecho. Nótese que se habla de "pareja" ya no se habla de "conyuges", o de "padres de familia" sino se habla nadamás de una pareja encargadas de decidir, o de las personas en general por lo que

en los concubinatos y uniones estarán previstos en este término.

Por otra parte y en lo que fuera el "Plan de Acción Mundial para el año Internacional de la Mujer" y en su principio número 19 también invoca a que este derecho será de decisión de las "personas y las parejas" señalando, como ya hemos venido diciendo, que se debe de entender como personas principalmente interesadas, a la mujer y que se habla ya de parejas y ya no se habla de un vínculo matrimonial sino que se habla simple y sencillamente de parejas, lo que refleja la urgencia de la planificación familiar.

Y en lo que es la última de las resoluciones vistas, y que es la número 1 intitulada "Planificación de la Familia" emanda de la Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, desarrollo y la Paz. A la que nos referimos al principio de este inciso. En esta resolución se habla ya de que son los "hombres y mujeres" las encargadas de planear la familia, dejando atrás todos los demás conceptos, como el de familia, pareja, conyuges inclusive de personas, sino ya expresamente habla de un hombre y de una mujer y, lo que es en nuestro concepto de manera especial este derecho debe ser decidido única y exclusivamente por la mujer, cuando ésta es madre soltera, y ya cuando forma una pareja que este unida por vínculo matrimonio o er concubinato, esta decisión la deberá de tener las dos personas, el hombre y la mujer, y cuando exista desacuerdo entre ambas, la decisión de elegir el número y espaciamiento de los hijos debe ser prioritaria para la mujer, dado que es ella quien soporta el embarazo, el parto y la educación del nuevo ser.

Por otra parte y por lo que respecta al concepto sobre "la decisión libre y responsable" este concepto

ha venido evolucionando de la siguiente manera; en la declaración firmada por 30 Jefes de Estado de Gobierno, por ser éste uno de los más antiguos antecedentes no se incluye este concepto, aunque ya para la resolución 2211 (XXI) se habla solamente de una decisión "libre", aunque ya en lo que fue los debates y la exposición del Dr. Oheideail (de Irlanda,) el cual advertía que "este concepto era muy ambiguo y que evivaldría a Aprobar la iniciación de campañas de aborto sistemático y la colaboración en ellas de los gobiernos de los diferentes países Ya que se han dado casos de que en esas campañas el número de aborto se a elevado de 500 mil a 1 millón 200 mil al año 58/ . Por lo que este representa proponía que solo se respetarán los servicios de asesoramiento bastantes y suficientes para proporcionar información profesional en materia demográfica.

Y en lo que fuera la proclamación de Teherán, también se habla de que esa decisión será "libremente". Y es hasta la resolución 17 de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos" en la que ya se habla de una "responsabilidad libre", en esta decisión. Identificando esta responsabilidad con la paternidad, ya que algunas de las delegaciones afirmaban que este tipo de derecho podría interpretarse como una justificación de infanticidio o como una legislación de aborto, así como este concepto de responsabilidad también la identificaban con la responsabilidad posterior al nacimiento de los padres a educar y proteger a sus hijos, aunque esta responsabilidad iba a estar sujeta al criterio de la política demográfica seguida en el país de su región 59/ . Con lo que tenemos que el concepto de responsabilidad va emanar de la identificación de la procreación con la misma paternidad responsable, aunque esta siempre va a estar supeditada en algo a las políticas demográficas del país, identificando este derecho de manera libre, con lo que quiere decir, que no se

58/ Documentos oficiales de la Asamblea General ONU, vigésimo período de sesiones 2a. comisión 1016 a sesión, párrafo 32 a 34

59/ Ver documentos oficiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas, vigésimo tercer período de sesiones, 3a. comisión, 1660 a 1601 y 1682 a sesiones.

acepta la coercibilidad de la política demográfica. Aunque este concepto de responsabilidad se mantiene hasta la Conferencia de Bucarest, la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer sólo se afirma en los principios de la Declaración de México, y ya en las resoluciones de esa Conferencia no se habla ya de un a"decisión responsable" sino que se vierte el concepto "libertad en la decisión", concepto que se ha mantenido hasta la última Conferencia Mundial del decenio de las Naciones Unidas para la Mujer.

Por otra parte y por lo que toca a los conceptos sobre la información que se debe proporcionar, en establecimientos y servicios, provisión de medios y así como el concepto de soberanía nacional, estos tres conceptos han venido desarrollándose de la siguiente manera:

Es en la Declaración sobre La Población el primer antecedente de estos conceptos ya que en sus partes resolutivas, se cree que los padres tienen el deseo de llegar a un conocimiento de los medios sobre la planificación de la familia. La resolución 2211 (XXI) se reconoce que las sobernías de las naciones para formular y promover sus propias política demográficas, debe ser la que norme la situación de este derecho. Aunque la opinión de la Sra. Miske (de Mauritania) "esta políticas demográficas deberán de otorgar la libertad de elegir los métodos de control de nacimiento, teniendo debidamente en cuenta las condiciones de orden médicos, moral y religioso 60/ ." Después en la Proclamación de Teherán no se habla sobre de que el estado deberá tener obligación de informar o a proporcionar medios, solo se limita a exponer el derecho en sí. En lo que fuera la resolución XVIII aprobada en la Conferencia Internacional del Derecho Humano (citada anteriormente) en su punto No. 3 afirma que este derecho se le debe acompañar una educación e información adecuada al mismo. La

60/ Documentos oficiales de la Asamblea General, ONU, vigésimo período de sesiones 2a. comisión 1016 a sesiones párrafo 21.

justificación más clara que podemos encontrar para el Estado intervenga como normador de la conducta de la familia, es el artículo 4 de la resolución 2542 (XXIV) (antes vista) en la que dice que "La familia como unidad básica de la sociedad y medio natural para el desenvolvimiento y bienestar de todos sus miembros, especialmente en los niños y jóvenes, debe ser ayudada y protegida para que pueda asumir plenamente sus responsabilidades en la comunidad". Por lo que tenemos que, el núcleo más chico de la sociedad es la familia ya es de interés público y no de interés particular, ya que lo que atañe a ésta, atañerá a las demás células que forman el organo estatal. Esta misma resolución agrega en su artículo 22 inciso b) que "la formulación y el establecimiento, según sea necesario de programas en materia de población dentro del marco de las políticas demográficas nacionales y como parte de servicios médicos de asistencia social, incluida la educación y formación de personal y la prohibición de las familias de los conocimientos y medios necesarios para ejercer este Derecho", con lo que tenemos que corresponde al gobierno únicamente, establecer no sólo los medios para proporcionarle a las familias el fácil acceso a su derecho que elegir el número de espaciamiento de los hijos, sino también deberá tener la obligación de informarles los conocimientos adecuados para planificar la familia. Redundando un poco sobre este tema, podemos decir que los gobiernos de los países, les conviene preocuparse por la familia y consolidarla, puesto que el bienestar de la familia es una cuestión de interés nacional. Ya que la explosión demográfica que experimentan algunos países principalmente los del Tercer Mundo, constituye un obstáculo para el desarrollo socio-cultural y económico. Por lo que tenemos que la política demográfica seguida en la República Popular China no podrá ser la misma que la seguida en cualquier país del Africa, ya que la densidad de población no es la misma. Es fácilmente entendible el porque los gobiernos de los esta-

dos deberán ejercer o normar este derecho de acuerdo a su política nacional proporcionando medios e información adecuada de acuerdo a las políticas.

La vida familiar cuando es amenazada y a menudo destruida, la carga que impone el excesivo número de hijos se hace insostenible. Además cuando a las mujeres se les niega el conocimiento y métodos adecuados para limitar y espaciar sus hijos, suelen recurrir a otros métodos de planificación familiar, entre ellos el aborto. Por consiguiente la difusión de informaciones sobre la materia contribuirá a la reducción de la mortalidad de madres e hijos. Todo esto permite llevar a la conclusión de que el objetivo de la planificación familiar es el crecimiento de la misma y no la -- limitación de la vida, pues permite multiplicar las oportunidades de que dispone cada individuo para afinazar su dignidad y aprovechar al máximo sus posibilidades.

En repetidas ocasiones se ha dicho que esta política demográfica que los estados deben de seguir no deben de coartar este derecho de elegir el número y espaciamiento de los hijos aunque, sí se debe de identificar con la política demográfica del país.

Por otra parte y lo que fuera la resolución 2716 (XXV antes citada) en el anexo, en su sección dos inciso "c" en el número 4 solicita los países que suministran a todas las personas que lo deseen asesoramiento, e información para poder ejercer este derecho, asimismo prepararlas debidamente para ejercer sus funciones de padre, lo que me parece el punto clave para no sólo desarrollar la familia sino para detener también los malos manejos de la planificación familiar, con lo que se logrará una familia más desarrollada, más preparada y que formará una sociedad mejor, por otra parte en esta misma resolución se agrega que esta información deba de basar

se en conocimientos científicos y demostrados, con la debida consideración de los posibles riesgos, por lo que ya se insta a los países a que se acoplen a los conocimientos científicos que deben de proporcionarles a las parejas para decidir el número y espaciamiento de los hijos.

Una de las más completas definiciones de este derecho la encontramos en la resolución No. 16 enunciada como la política de población de la Conferencia Mundial de Población de Bucarest, 1974, la cual establece que en su inciso a) insta a los gobiernos a que "establezcan e impulsen programas de orientación, información y servicios para que los individuos y las parejas puedan determinar le número y espaciamiento de los hijos que deséen, a través de prestaciones educativas, y atención de salud, tanto en el sector público como por medio no gubernamentales aprobados por los gobiernos nacionales, vigilando que se lleven a cabo en absoluto respeto a los derechos fundamentales del ser humano y preserven la dignidad de la familia. En este programa no deben emplearse medias coersitivas". Por lo que tenemos que en esta resolución ya no solamente se pide a los gobiernos que de información y medios, sino que ya se les establece la forma de esa información y medios, así como la solicitud de no emplear medidas coersitivas para ejercer este derecho.

Por lo que respecta a las resoluciones enmanadas de la Conferencia Mundial para el Año Internacional de la Mujer éstas se identifican solo con estos tres conceptos de que; el proporcionar los medios y la información necesario sobre el control de lanatalidad, estará supeditado a las políticas nacionales, sin que éstas puedan coartar el derecho a elegir libremente y responsable el número y espaciamiento de los nacimientos.

Por lo que respecta a la resolución No. 1

de la Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, ésta no va lejos que las anteriormente enunciadas.

Por lo que tenemos que a éste derecho se le ha llamado desde un principio como un "derecho humano básico", como "un principio", como un "derecho humano fundamental", como "derecho exclusivo de los padres" decisión libre y responsable" "derecho de los padres a transmitir vida o simplemente se le ha denominado como un derecho", al hecho de que las parejas y en sí la mujer en el transcurso del tiempo ha venido, determinando ellas el número y espaciamiento de los nacimientos de sus hijos, existiendo o no reglamentación al respecto. Con este movimiento más se quiere reconocer que existe un derecho humano fundamental de elegir el número y espaciamiento de los hijos y se solicita a los gobiernos el proporcionar el asesoramiento, y los medios disponibles para poder ejercerlos, sin que haya coacción por parte de los gobiernos, para ejercer libremente este derecho, aunque claro está, que éste se debe identificar por las políticas demográficas del estado o territorio en que se vive. Aunque, como ya lo hemos afirmado este derecho seguirá siendo elegido por la mujer ya sea de manera reglamentada o clandestinamente sino se le deja otra optativa.

3.3. Conferencias Mundiales de Población, su Relación con el Aborto.

3.3.1. Conferencia Mundial de Población Roma, 1954.

Esta Conferencia fue la primera Conferencia de tipo Científico sobre problemas demográficos que se realizó bajo los auspicios de las Naciones Unidas. Tiene sus antecedentes a raíz de 1948 cuando el Director General de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura presentó por primera vez una propuesta encaminada a que las Naciones Unidas convocarán una Conferencia Mundial de Población. En 1951, el Secretario General señaló a la atención de la Comisión de Población una propuesta análoga enviada por la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, y la Comisión recomendó que se recabará la opinión de los Gobiernos, Organismos Especializados y Organizaciones no Gubernamentales acerca de la oportunidad de dicha Conferencia. La consulta con los Gobiernos, Organizaciones y Organismos interesados puso de manifiesto un fuerte sentimiento favorable a su organización, bajo los auspicios de las Naciones Unidas, de una Conferencia Científica sobre éste aspecto. Por consiguiente, el Consejo Económico y Social adoptó en 1952 una resolución por la cual aprobaba la Convocación en 1954 a una Conferencia Mundial de Población que se celebraría en Roma por invitación del Gobierno de Italia.

Con el asesoramiento de la Comisión preparatoria, el Secretario General preparó un programa para la Conferencia que preveía, además de las sesiones de inauguración y clausura, 28 reuniones destinadas al debate de temas y 2 sesiones de recapitulación sobre "perspectivas de crecimiento y distribución de la población mundial" y "consecuencias económicas y sociales de las tendencias demográficas".

Las sesiones de debate (2 a 29) se distribuyeron en 2 series, numeradas con números pares e impares respectivamente, y ordenadas de tal manera que cada mañana y cada tarde se celebrarán simultáneamente una sesión par y una impar. Los temas de interés general como las tendencias de mortalidad y la fecundidad, la migración, las perspectivas demográficas futuras, las consecuencias económicas y sociales de los cambios demográficos, etc., estuvieron incluidos dentro de lo posible en la serie de los número pares; y los temas que interesaban particularmente a los especialistas, como la evaluación de la calidad de estadísticas demográficas, las técnicas de análisis demográfico, etc., se incluyeron en una serie de números impares, sin embargo, hubo algunas excepciones inevitables.

Por lo que respecta a la asistencia, el Consejo Económico y Social pidió al Secretario General que invitase a la Conferencia, a título personal, a los expertos designados por:

- 1) Los Gobiernos;
- 2) Los Organismos especializados interesados;
- 3) Las Organizaciones Científicas no Gubernamentales interesadas.

Y que invitará además a un pequeño número de expertos que tuvieran un interés científico en las cuestiones demográficas. Se invitó asistir a la Conferencia a un total de 644 expertos, de los cuales 86 fueron propuestos por los Gobiernos, 63 por las Organizaciones especializadas y 386 por Organizaciones Científicas Internacionales no Gubernamentales y 109 expertos fueron invitados a título personal, en su categoría de expertos, y no como representantes de Gobiernos y Organizaciones. Del total de invitados asistieron a la Conferencia 455 expertos.

Y para fines de este estudio sólo vamos a observar las tendencias de fecundidad que se debatieron en el seno de esta Conferencia, debido a que es en este aspecto en donde se trata no solo los aspectos de disminución de la población sino también el aumento de la misma, ya sea a través de la planificación familiar o por las tendencias poblacionales que se orillan a aumentar o disminuirla.

Aunque en esta Conferencia se habló muy poco del aborto, ya que cabe recordar que en este tiempo (1954) la humanidad estaba reconstruyéndose, ya que había sufrido los embates de 2 guerras mundiales, por lo que en esta Conferencia se observó que una de las principales tendencias al finalizar la década de los cuarentas, fue que la población tendía a aumentar, parte de este aumento puede atribuirse a los cambios ocurridos en el número de matrimonios y al espaciamiento de los nacimientos dentro de éstos. Es posible que los matrimonios hayan aplazado deliberadamente la decisión de tener hijos a raíz de la depresión y de la guerra, decidiendo tenerlos, una vez restaurada la paz, y que el período de pleno empleo de la pos-guerra haya animado a los recién casados a no retardar la decisión de tener el primer hijo. A esta alza en la fecundidad los ingleses la llamaron "baby-boom", tal vez otra de las causas que hayan impulsado para que la población se inclinara por esta tendencia de aumento, fue que en general los campesinos y artesanos consideraban conveniente tener muchos hijos porque les podrían ayudar en sus trabajos. Otros dos factores que señalaron en esta Conferencia para que el crecimiento de la población haya explotado con tal rapidez, es el rápido desarrollo de la medicina para controlar la mortalidad fetal e infantil, ya que para este tiempo por lo menos uno de cada cinco embarazos producidos en todo el mundo terminada con la muerte del feto, y el malogro de los ciclos reproductivos, la pareja perdía alrededor de un tercio de todas las concepciones. Esta mortalidad

infantil disminuyó ya para la fecha en que se realizó esta Conferencia, en casi todos los países del mundo, se va dominando las causas patológicas de la defunción.

Aunque esta tendencia poblacional y según los datos proporcionados para este tiempo, indicaban que había tenido las familias a limitar la descendencia, en algunas Naciones, como en los Países Bajos por ejemplo, disminuyó las diferencias de fecundidad según las ocupaciones, Gran Bretaña parecían, en este tiempo, mantenerse estables mientras que en Francia empezaban indicios de que la población requería de una planificación de la familia. Por lo que, en esta Conferencia se solicitó, con el objeto de comprender bien las diferencias actuales de fecundidad, se hiciera un estudio sobre los objetivos culturales que prevalecen en la sociedad contemporánea, y hacer además una clasificación de la sociedad en grupos sociales básicos. También habría que conocer mejor los motivos que impulsaban a la planificación de la familia.

Algo que sí se hizo notar en esta Conferencia, fue que la población tendía a darle un mayor tiempo al espaciamiento de los nacimientos, sobre este tema fueron preparados los trabajos por los señores S. Killer y P.K. Whelpton.^{63/} y afirmaban en estos estudios que las diferencias de fecundidad guardaban relación con las diferencias en la forma como se organizaban las familias, y la información relativa al espaciamiento en los nacimientos en los matrimonios podía facilitar los estudios sobre las diferencias de fecundidad. Como en las zonas de baja fecundidad las familias se van planificando cada vez más, el espaciamiento de los nacimientos dependerá en grado creciente de factores de orden social, económico y psicológico. Este estudio del espaciamiento de los nacimientos entrañaba algunas dificultades metodológicas. Y afirmaba que en una zona donde la distribución de las familias completas según se descendencia, se está modificando.

^{63/} Trabajos de la Conferencia Mundial de Población 1954, Roma-Italia. Informe resumido de la sesión 6 pg. 46.

Resulta difícil interpretar estadísticas hechas a base de los intervalos intergenéticos, en que se agrupa a familias de diversas descendencias, en el censo levantado en Gran Bretaña en 1946 se intentó uniformar las estadísticas sobre espaciamento de los nacimientos determinando el número definitivo de los hijos de la familia completa. Aplicando este criterio, se encontró que no existen grandes diferencias entre las familias de distinta condición social. En Alemania se estaban realizando estudios sobre el espaciamento de los nacimientos; investigaciones similares se proyectaban en Estados Unidos y Francia. Estos estudios proporcionaron datos valiosos sobre las variaciones a corto plazo en el número de nacimientos y que tenían relaciones con las condiciones económicas y sociales.

Por lo que se refiere a las tendencias de la fecundidad con especial referencia a las regiones de mayor fecundidad en la sesión número 8 y en el informe preparado por el relator el Sr. K. Williams podemos observar que entre los países de mayor fecundidad está la India, Japón, Taiwan, Malaya y Singapur, Africa y la región de América Latina. Y como pudo observarse en el estudio presentado de la India tanto en las poblaciones rurales, como en las urbanas se comprobó el deseo de limitar la composición numérica de la familia se ha propagado, para este tiempo no se acompañaba por un conocimiento adecuado de los métodos que permiten conseguir este fin. Además, las tentativas de planificar la familia se limitan en su mayoría en las zonas urbanas.

Tal vez el factor más importante para la futura tendencia de fecundidad en la India, es el grado de que el pueblo Indú habrá de practicar la limitación de nacimientos, y en esta Conferencia ya se solicitaba al Gobierno que participase activamente en la propagación de procedimientos

anticonceptivos.

Por lo que se refiere a Japón^{64/} podemos decir que a mediados del siglo XIX la tasa de natalidad era bastante baja, pero en la época de los Meiji (1868/1912) reveló una clara tendencia al aumento. Esta situación se mantuvo hasta 1920, año en que se registró una tasa máxima de natalidad de 36 por 1000. Sin embargo, durante la sesión se presentaron pruebas de que este aparente aumento de la fecundidad se debía en buena parte al perfeccionamiento de los sistemas de registro civil y a una disminución de la práctica del infanticidio. Por otra parte podemos decir que para este tiempo la tasa de natalidad bajaba radicalmente de 33 por 1000 en 1929 a 21.4 en 1953.

Este decrecimiento se atribuye en parte a la difusión de los procedimientos anticonceptivos, y en parte al mayor número de abortos provocados, legalizados por la ley de protección eugenésica promulgada en 1948. (A la que nos referimos al estudiar la legislación sobre el aborto en este País).

Se calcula que en el Japón en 1952 el número de aborto legales fue de 800,000, mientras que los abortos ilegales pueden haber sumado otros 200,000 o 3000,000. En los estudios sobre control de fecundidad en el Japón indican que los procedimientos anticonceptivos venían difundiendo desde la pre-guerra pero es en el período de la post-guerra en el cual se divulgaron con mayor rapidez. Se comprobó la posibilidad de que los campesinos y de menor grado de los mineros del carbón, aceptaron de buen grado aplicar nuevos métodos anticonceptivos, recurriendo menos al aborto provocado. Y se observó un descenso bastante rápido de la fecundidad en ambos grupos.

^{64/} Trabajos de la Conferencia Mundial de Población, op.cit. Informe resumido de la sesión 9. pag. 52

La ley sobre abortos a contribuido en forma considerable al mayor de crecimiento de la fecundidad jamás registrado en el Japón. Sin embargo, se advirtió en esta sección de la Conferencia que para limitar los nacimientos era preferible reemplazar el aborto por el procedimiento de anti-conceptivos. El métodos de aborto no es satisfactorio, especialmente desde el punto de vista médico. Además los efectos del aborto provocado sobre el descenso de la tasa de la natalidad no son tan grandes como pudiera esperarse; en un estudio sobre mujeres casadas que han tenido un aborto legal se demostró que alrededor de la mitad de ellas quedaron embarazadas por lo menos una vez en el período de dos años posterior al aborto, mientras que la mitad de las mujeres que concibieron en estas circunstancias tuvieron un segundo aborto provocado. En comparación con la frecuencia del aborto provocado, la esterilización tiene muy poca importancia en el Japón (estamos hablando de 1954), no obstante, en la sesión se manifestó que en lo venidero aumentará el número de mujeres, optarán por este método para limitar los nacimientos. Por lo que, es la experiencia del Japón uno de los primeros antecedentes de que se tienen noticias sobre la practica del aborto, aunque ya la Unión de República Soviética Socialista (1920) Islandia (1935), Dinamarca (1937) Suecia (1938), habían estos países reglamentado esta práctica, aunque debido que en el Japón se siguió dando una progresiva explosión demográfica, es por eso que se consideró en esta Conferencia como una de las zonas de mayor densidad poblacional.

Al respecto de la región del cerca Oriente o sea Africa, en esta Conferencia se citaron ejemplos de la tendencia de la fecundidad los casos de Egipto y Argelia. La alta fecundidad de Egipto se debe sobre todo según esta Conferencia a que las mujeres se casan a una edad temprana en especial en las zonas rurales y que el 90% de la población :

es rural, y por lo general los campesinos consideraban que les convendría tener muchos hijos porque le ayudan en los trabajos agrícolas. En esta Conferencia se informó que un creciente número de habitantes de Egipto a comenzado a comprender la necesidad de limitar la composición numérica de la familia, pero que están poco enterados de los métodos científicos para limitar los nacimientos. Hay indicios para este tiempo de que se estaba difundiendo con gran rapidez la practica del aborto provocado. El gobierno de Egipto ha creado una Comisión Nacional encargada de estudiar los problemas demográficos y de trazar al respecto una política adecuada.

Por lo que se refiere a la región de América Latina también se observó que existe un gran interés en limitar la composición numérica de la familia y se comprobó de que en casi todos los grupos consideraban el ideal de tener tres hijos y que preferían en esta región la utilización de métodos anticonceptivos más que nada por razones religiosas.

Por lo que se observó en esta sesión sobre las tendencias de la población de las regiones más pobladas, que la mayoría de ellas existe la tendencia de reducir en número de espaciamiento de los hijos, aunque no se determinaron bien las razones sociales, económicas ni psicológicas, sí se elevó la inquietud de los observadores a que se hicieran estudios en relación a la materia.

Por otra parte podemos decir que debido a los ingresos personales del empleo que mejoraron después del período de la post-guerra, ésto a fomentado a que las familias crecieran y aunque estos factores estuvieran en ese momento a favor del desarrollo o la explosión demográfica, se encuentran en este tiempo tendencias de la población a tratar de disminuir y controlar el número de la familia.

En los Estados Unidos estos factores que determinaron un aumento de nacimientos y una mayor urbanización, también paralelamente aumentaron la difusión de los procedimientos anticonceptivos.

En una de las proyecciones hechas en los trabajos de esta Conferencia e intitulada las "tendencias demográficas en el futuro" se dijo que en 1950 el mundo tendría unos 2400 millones de habitantes, es decir, el doble que tenía un siglo atrás y cinco veces más que hace tres siglos. El ritmo de incremento se aceleró en el curso de tiempo; el 1950 ascendía al 1.2% por año. Y según los cálculos de las Naciones Unidas la cifra más probable de la población total de 1980 sea de unos 3600 millones de habitantes (hay que recordar que estamos hablando de una Conferencia que se celebró en 1954 y este dato calculado ahora en este tiempo si es de fácil corroboración y se puede decir que casi fue exacto), los cálculos oscilan entre un mínimo 3300 millones y un máximo de 4000 millones. Por lo que hubo un acuerdo general en la necesidad de estudiar mejor los aspectos de fecundidad, los aspectos estadísticos, sociales, psicológicos y económicos sobre esta materia para poder preveer y controlar las practicas de la alimentación voluntaria del número de hijos.

Por lo que podemos incluir que, en este tiempo (1954) ya la población tenía la idea de controlar la explosión demográfica, a través de una planificación familiar, no controlada ni tampoco por iniciativa del Gobierno, sino por necesidad del núcleo familiar, necesidades que se identifican a los factores económicos, sociales, culturales y psicológicos. Por lo que esta tendencia quedó claramente fijada desde ésta que fue la primera Conferencia Mundial de Población. Se hizo evidente que el derecho a determinar libremente el número de espaciamiento de los hijos, es de fuente puramente realista, como es la costumbre misma que se sigue repitiendo hasta nuestros días como podremos observar en los demás estudios subsecuentes.

3.3.2 Conferencia Mundial de Población Belgrado,
Yugoslavia, 1965.

La Segunda Conferencia Mundial de Población fue celebrada en Belgrado, Yugoslavia, del 30 de agosto al 10 de septiembre de 1965, de acuerdo con lo dispuesto en las resoluciones 820 C (XXXI) y 933 B (XXXV) del Consejo Económico y Social y de la resolución 1838 (XVII) de la Asamblea General. Para esta reunión fue elegido Presidente de la Conferencia el Sr. Bolfe Vogelink de Yugoslavia, y elegidos Vice-Presidentes para representar a diferentes regiones; a Asia, al Sr. M. Tachi del Japón (Africa), el Sr. Thomas Curtis (Guinea); Iberoamérica, el Sr. Víctor Urquidí (México); Norteamérica, la Sra. Irene -- Taeuber, Estados Unidos de América Unión Soviética; el Sr. B.E. Ovsienko de la (URSS); y Europa el Sr. S. Somogyi (Italia).

Al autorizar la celebración de la Segunda Conferencia Mundial de la Población en 1965, el Consejo Económico y Social especificó en la resolución 820 C (XXXI), que los expertos en materia demográfica y disciplinas afines, deberían ser invitados a título personal, y que la Conferencia efectuaría intercambio de ideas y experiencias sobre cuestiones de población. Puesto que la Conferencia había de ser una reunión científica de expertos, y no una reunión de representantes de los Estados Miembros de las Naciones Unidas, no habría entonces que adoptarse resoluciones ni recomendaciones, por esta razón los trabajos de esa Conferencia fueron desarrollados a través de monografías preparadas por los diferentes expertos sobre la materia. A la que asistieron 852 participantes pertenecientes de 88 países. Así pues, la asistencia fue casi el doble que la de la Primera Conferencia Mundial de la Población, a la cual celebrada en Roma en 1954 acudieron 450 personas.

Conmemorando esta Conferencia, la Administración Postal de Naciones Unidas emitió un sello especial conmemorativo de la Segunda Conferencia Mundial de Población, un resumen no técnico de las noticias más importantes de la Conferencia, lo encontramos en la publicación de Naciones Unidas intitulada la Población Mundial: Problema de Capital para el Desarrollo,^{65/} y se discutió en esta Conferencia sobre los temas de fecundidad, planificación de la familia y mortalidad, proyecciones demográficas y medidas de la tendencia de la población, migración, urbanización y desarrollo económico. De los cuales para el interés de este trabajo vamos solo a tratar el de la fecundidad y la planificación de la familia.

La Conferencia proporcionó la oportunidad de resumir y discutir la información reunida durante los últimos 10 años y los resultados de los más recientes estudios analíticos y de la investigación, basados en los censos modernos de la época, en general hubo una fuerte opinión de que el control de la población no debería esperarse solamente como una consecuencia del desarrollo económico y del cambio social, sino que debería ser también auxiliado mediante los programas de planificación familiar.

Y vamos a entrar ya en el contenido de lo que se dijo en las reuniones con la exposición del Sr. Ronald Freedman que es profesor de Sociología y Director de Estudios Demográficos de la Universidad de Michigan, Ann Arbor, Michigan Estados Unidos de América, y dice este autor que la fecundidad es hoy, el más problemático y en potencia el más dinámico de los factores que intervienen en la evolución demográfica. Para el Sr. Freedman los países están hoy divididos en dos grupos llamados de alta y de baja fecundidad. A los países de alta fecundidad, que son los países en desarrollo, corresponden poco más o menos de las dos terceras partes de la

^{65/} Naciones Unidas.- Boletín de publicación No. 9 (Publicación de Naciones Unidas No. de Venta: 66. XIII.4).

población del mundo; sus tasas brutas de reproducción son más de 200 y sus tasas de natalidad suelen rebasar fácilmente el nivel de 30. Forman el segundo grupo los países más desarrollados en los cuales las tasas de natalidad se fluctúan muy por debajo de 30 y las tasas brutas de reproducción muy por debajo de 200. En un estudio de las Naciones Unidas^{66/}. Se estima que la fecundidad establece entre los países en desarrollo y los países desarrollados una línea divisoria mucho más clara y coherente que cualquier otro indicador conocido. Esta división en dos grupos de alta y baja fecundidad constituye en la actualidad una distinción muy caracterizada. Las tasas de fecundidad no forman una distribución continua en lo absoluto.

Y ya en lo que fueron los debates se cita la opinión de Kingsley Davis y Judith Blake Davis^{67/}, Hay una serie ilimitada de variables a través de las cuales cualquier otro factor variable de carácter social y ambiental han de actuar para influir la fecundidad, estos dos autores designan estas variables, con el nombre de "variables intermedias" y sostienen que cualquier explicación de las tendencias y variaciones de la fecundidad ha de comprender, como base última de la secuencia casual, cambios de uno o más de los siguientes factores variables intermedios:

- 1) Factores de exposición a las relaciones sexuales ("variables de relaciones sexuales"):
 - A.- Factores que determinan la formación y disolución de uniones en el período reproductivo:
 - i) Edad en que se contraen las uniones sexuales;

^{66/} Naciones Unidas. Boletín de publicación No. 7 (Publicación de Naciones Unidas No. de Venta: 64. XIII.2).

^{67/} Kingsley Davis y Judith Blake Davis. "Estructura Social y la Fertilidad" y "El Desarrollo Económico y el Cambio Cultural" Vol. 4, 1956, pgs. 211 y 235.

- ii) Celibato permanente; proporción de mujeres que en ningún momento contraen uniones sexuales;
 - iii) Parte del período reproductivo transcurrido después de las uniones o entre ellas;
 - a) Cuando las uniones se disuelven por divorcio, separación o abandono;
 - b) Cuando las uniones se disuelven por defunción del marido.
- B) Factores determinantes de exposición a las relaciones sexuales dentro de las uniones.
- i) Abstinencia voluntarias.
 - ii) Abstinencia involuntaria (por impotencia, enfermedad, separaciones temporales inevitables).
 - iii) Frecuencia de Coito (excluidos los períodos de abstinencia).
- 2) Factores de exposición a la concepción (variables de concepción):
- A) Fertilidad o esterilidad, o influencia de ambas, de causas involuntarias,
 - B) Uso de métodos anticonceptivos
 - i) Por medios mecánicos y químicos,
 - ii) Por otros medios.
 - C) Fertilidad o esterilidad e influencia en ambas, de causas voluntarias, (esterilización sub-insición, tratamiento médico, etc.)
- 3) Factores de la gestión y del alumbramiento (variables de la gestación):
- A) Mortalidad fetal por causas involuntarias,
 - B) Mortalidad fetal por causas voluntarias.

Para estos autores consideran que en todas las sociedades existen normas sociales relativas a la fecundidad, a los intervalos entre parto y parto, a la edad del matrimonio y a otras variables intermedias importantes. Estas normas influyen en las variables intermedias y a través de ellas en la fecundidad.

Es de presumir que las normas están a su vez profundamente influidas por la estructura social y del medio ambiente.

También afirman estos autores que la estructura social y la economía de la sociedad, sin duda ejercerán una influencia profunda en las demás series de variables y que la mortalidad influye de varios modos en la fecundidad. El factor más importante a este respecto, quizá sea la determinación del número de niños que han de nacer por término medio si se quiere que un número dado de ellos sobrevivan en una familia.

Por lo que, teniendo presente estos factores, la Conferencia concluyó que este descenso de la fecundidad se da con mayor incidencia en los países más desarrollados.

Y por lo que se refiere a las tendencias anticonceptivas, se dijo en el seno de los debates de estas reuniones que las practicas anticonceptivas y el aborto provocado son probablemente las causas principales del descenso de fecundidad en los países más desarrollados. Siendo escasos los datos históricos de que se disponen sobre las diversas "variables intermedias" no es posible pronunciarse con mayor precisión pero la tesis de que el recurso creciente a los medios anticonceptivos y aborto han determinado el moderno declinar de la fecundidad, es probablemente compartida por la mayoría de las autoridades de la materia. Tan sólo en uno o dos países el nivel más elevado de la edad al

casarse puede considerarse también como causa. No hay indicios de que las modificaciones de otras variables intermedias hayan desempeñado un papel principal, si bien factores tales como la edad al casarse puede ser de importancia para diferenciar entre sí a los países de baja fecundidad.

Hay signos dispersos de que el aborto voluntario y legal, fue un factor importante del descenso de la fecundidad durante sus primeras fases, en los países de tradición occidental europea. El aborto parece revestir una importancia más o menos grande en casi todos los países durante el período de transición entre la alta y baja fecundidad, es decir, cuando las tasas de mortalidad declinan y la familia ha de enfrentarse con el problema de mantener un nivel de vida más elevado, el menor número de hijos supervivientes, mientras, por otra parte disminuye la importancia de los hijos en el proceso de producción económica. Nuestros conocimientos a este respecto son por desgracia limitados. Las primeras informaciones realmente sistemáticas sobre la importancia del aborto en los distintos sectores de la población proceden de los países en que el aborto voluntario ha sido legalizado y, en particular de las recientes investigaciones.

En una de las monografías de A. Klinger demuestran la profunda influencia de la legislación sobre el aborto en los países socialistas europeos. Es de lamentar lo poco que sabemos sobre del carácter, volumen y circunstancias del aborto clandestino e ilegal, que parece haber sido característico de los países en el período de transición entre la alta y baja fecundidad.

Y continua diciendo que los métodos anticonceptivos también de prácticas bastante corrientes en los países donde el aborto está legalmente admitido, y en todos los casos en criterio dominante parece ser favorable a los medios anticonceptivos en perjuicio del aborto. Es probable que en algunos de los países europeos donde el aborto y los medios

anticonceptivos son igualmente ilegales, el número de abortos voluntarios ilegales sigue siendo considerable. De otro modo sería difícil explicarse las bajas tasas de natalidad de esos países, en algunos de los cuales las encuestas de muestreo han permitido comprobar que el empleo de los medios anticonceptivos más eficaces está relativamente poco extendido.

Fue aceptado en esta reunión, que esos descensos de la fecundidad no fueron producto de un programa organizado o deliberado de las autoridades públicas, sino que fueron decisiones de millones de parejas que tomaron estas resoluciones. También es cierto, que en fechas más recientes las tasas de natalidad han bajado rápidamente en algunos de los países donde el aborto ha sido legalizado, esto respondió a la misma tendencia de la gente a utilizar este medio para el control de la natalidad, ya que lograron que muchos de los abortos voluntarios que antes eran ilegales ahora se hagan en Instituciones Médicas donde la operación puede llevarse a cabo con mayores garantías, lo que condujo a concluir a los participantes que no hay duda de que el declinar de la fecundidad ha sido mucho más rápido después de legalizar el aborto voluntario.

Es preciso hacer notar que para ese tiempo no existía aún una estrategia sobre la planificación de la familia debido a que ésta, estaba en sus primeras fases y en esta Conferencia se dice que es recomendable, como medio de reducir la distancia entre los comienzos de disminución de la mortalidad y de la baja fecundidad.

Una de las conclusiones de mayor relevancia a que se llegó en esta Conferencia, es que la sociedad menos desarrollada es donde existe la más alta fecundidad, y por el contrario es una sociedad desarrollada donde esta fecundidad ha disminuido, esto se debe de justificar por la alta cultura

de la zona en la cual tanto las mujeres como los maridos trabajan y por ende se han desarrollado, aún más su dinámica económica y por lo tanto su actitud o el interés por la superación cultural, en términos generales en estas zonas, las mujeres que trabajan y sus maridos han perdido todo interés en tener hijos como medio para reforzar una unidad económica familiar. Por lo que los programas de planificación familiar deberán ser aceptados y mucho mejor comprendidos en estas áreas desarrolladas en cambio tardarán en aplicarse en las áreas subdesarrolladas cuyo nivel de alfabetización es todavía relativamente bajo y existen zonas marginadas dentro de estos sectores, hasta donde los cuales la comunicación es más difícil de llegar en comparación con las zonas urbanas en donde es de más fácil acceso esta comunicación, aunque se ha observado que el proceso de organización avanza rápidamente, con lo que esa falta de comunicación se verá estimulada por el crecimiento económico demográfico de la población.

Al respecto y en la monografía presentada por Y.A. Sadvokasova nos dice que: Una vez en curso y ya avanzado los procesos de Urbanización e Industrialización, y también debido al control médico de la Mortalidad, todos los países socialistas o no, conocieron un período de considerables Inquietudes Individuales y descontento en relación con los problemas de la familia. Así lo demuestran el aumento considerable del número de abortos ilegales, el empleo de métodos anticonceptivos rudimentarios, y otros indicios probatorios de que muchas familias trataban, más o menos temerariamente de encontrar por sí mismas una solución a los problemas que su nueva situación social les creaba.

Por lo que este autor lanza una hipótesis en la cual considera como improbable que la planificación de la

familia sea ampliamente adoptada en ningún país, hasta en tanto que no se haya registrado en él una disminución sensible de mortalidad, acompañada de un grado de desarrollo social y económico suficiente para atenuar los estados de dependencia con respecto a instituciones locales o familiares y conseguir que las familias reducidas resulten de más provecho que las numerosas.

Por lo que se da por supuesto que la fecundidad habrá de declinar en primer lugar y con mayor rapidez bajo las siguientes condiciones:

- a) Si el desarrollo social está adelantado;
- b) Si la mortalidad es relativamente baja desde hace ya algún tiempo;
- c) Si hay signos de que muchas de las personas deseosas de limitar el tamaño de sus familias empiezan a tratar de realizar este deseo;
- d) Si existen sistemas de información eficaces para difundir más allá el ámbito local, las ideas sobre planificación de la familia, los servicios que puedan existir en este respecto y otras influencias modernizadoras;
- e) Si se procura difundir en gran escala, mediante esfuerzos organizados, ideas e informaciones sobre planificación de la familia; y
- f) Si puede disponerse efectivamente los nuevos medios anticonceptivos intrauterinos y de píldoras anticonceptivas.

Por lo que podemos observar que la costumbre es de nuevo la que impera sobre el derecho, ya que independientemente de los estudios socio-económicos que hayan de realizarse para

estructurar un programa nacional de planificación de la familia, deberá estar superitados más que nada a las costumbres de esas familias y a su "modus vivendi" tanto social, como económico.

Por otra parte y según la exposición del Sr. M. Elbradi, Director de Asuntos Social de las Naciones Unidas división de población dice que: "aunque es necesario reunir información más detalladas sobre los factores que han determinado el descenso de la fecundidad en los países desarrollados, los métodos anticonceptivos y el aborto voluntario fueron, generalmente considerados como las causas principales de este fenómeno. La edad al casarse tiene menos importancia general, sin perjuicio de que sea el factor principal en uno o dos países, son muy escasos los datos sistemáticos sobre la importancia que el aborto haya tenido en la transición de la alta a la baja fecundidad, pero es sabido que en algunos países donde el aborto voluntario no está prohibido por la Ley, el cambio a la baja fecundidad fue ocasionado principalmente por la práctica de este aborto.

Incluso en lo que respecta a las práctica anticonceptivas, la información de que se dispone es relativamente escasa, pese a que se trata probablemente de un elemento determinante del brusco descenso la fecundidad en algunos países occidentales, y la práctica parece ir en aumento en los países donde el aborto ha dejado de ser ilegal. "68/

En el curso del debate sobre medición o evaluación, se abordó la cuestión de la mortalidad fetal y de sus efectos. Mediante la aplicación de un modelo sencillo a una masa reducida de informaciones, se estima en una de las monografías presentadas a la conferencia, que, por término medio, el 30% de los embarazos termina en muertes fetales y

68/ Conferencia Mundial de Población, ONU, 1965, Informes Resumidos de las Reuniones, pg. 593.

que la ausencia de esa mortalidad aumentaría la tasa bruta de reproducción en un 14% aproximadamente. Se hace constar en la monografía, sin embargo que para una mejor comprensión del fenómeno es preciso contar con más información, tanto sobre el nivel y el calendario de las muertes fetales en cada grupo de edad de las madres como sobre el período de infecundidad temporal que sigue al alumbramiento o al aborto en cada uno de los grupos de edad. Es asimismo necesario contemplar los datos conocidos sobre el plazo de la concepción, según la edad de la madre después de terminada la amenorrea. También se hizo observar en el curso de la sesión que conviene recoger esa información en circunstancias medias sociales diversas, cuidando de tomar en consideración los factores que por su naturaleza influyen en la fecundidad y se indicó --- asimismo que una información más detallada y calificada por edad de la madre, sobre los efectos de la fecundidad de las relaciones sexuales en la fecundidad, contribuiría para facilitar el estudio de esta importante cuestión.

Por lo que la falta de información al respecto se hace evidente, debido al clandestinaje de ciertas prácticas como es la del aborto para controlar la fecundidad.

Aunque en varios países donde el aborto ha sido legalizado como una medida social necesaria de protección de la salud de la mujer y de respeto al derecho que le asiste de determinar si desea tener un hijo y cuando. Este derecho esta condicionado en algunos casos por circunstancias personales y familiares.

Sin embargo, el hecho de que en los países que no prohíben el aborto las mujeres utilicen el recurso en medida variable y que su influencia en la fecundidad difiera considerablemente, demuestra que el aborto no es sino una

de las medidas de control de la fecundidad. En realidad las políticas que se siguen actualmente a este respecto parecen encaminadas a favorecer los medios anticonceptivos en perjuicio del aborto. Se citó a este respecto el caso del Japón, donde la aspiración básica de factores del desarrollo social, económico, cultural y psicológico al propio tiempo que el país con recursos inadecuados, se encontraron sometidos a una presión demográfica. En estas condiciones la población, con la participación activa del medio de información de masas reaccionó vigorosamente en favor de una limitación de la natalidad. En atención a estas aspiraciones populares, el gobierno, adoptó una aptitud muy liberal ante el aborto voluntario, pero algunos años más tarde ese propio gobierno, alarmado por el número creciente de abortos voluntarios, decidió favorecer el uso de anticonceptivos mediante programas de educación y divulgación de los medios adecuados, y consiguió, con el tiempo que las cifras de abortos empezará a disminuir lentamente. Es importante observar a este respecto que los programas de las autoridades no iban principalmente encaminadas a despertar una motivación, sino más bien a conseguir que la población pudiera realizar sus deseos.

En la situación que se sigue dando en algunos países en los cuales aún las autoridades se resisten a liberar una práctica constante, una costumbre, un uso de las mujeres para el control de la natalidad, haciendo con esta actitud negativa que estas mujeres incurran en el clandestinaje y exponiendo la vida en una operación que puede ser tan fácil, debido a la inconciencia de las autoridades, se puede tornar en algo tan difícil como es su propia muerte.

Por lo que se refiere a la edad para contraer matrimonio como una causa para el control de la fecundidad se llegó a la conclusión de que la elevación en la edad media de

los contrayentes siempre se vera acompañada de una reducción del nivel de la fecundidad. Esto es perfectamente entendible, debido a que como todos sabemos, a mayor edad existe mayor responsabilidad, debido a una mayor continuidad a la información y en la vida misma que les va a dar un poco de mayor experiencia para pensar las cosas.

En la Conferencia se tocó el tema de las preferencias o tendencias en la mayoría de los países del lejano oriente, y se dijo que en estas regiones se prefería las familias de tamaño medio de dos a cuatro hijos, pocas mujeres deseaban no tener ningún hijo ni tener muchos, y pocas consideraban que el tamaño de la familia es una cuestión, sujeta al destino a la divinidad o a la naturaleza. Grandes proporciones de estas mujeres conocen ya los métodos anticonceptivos y aprueban su empleo. Así el 95% de las mujeres casadas entre 20 y 44 años en una encuesta realizada en Seul, y el 92% de las mujeres de las mujeres casadas entre 20 y 39 años en Taichung aprobaban la regulación de los nacimientos, pero los porcentajes son mucho más bajos en las zonas rurales.

En estos países, de las tres formas de regulación de nacimiento, entre ellos; anticonceptivos, aborto provocado y esterilización, el primero esta muy difundido en Japón. Alrededor del 68% de los matrimonios lo utilizaron en 1961 mientras que el 41% había tenido por lo menos un aborto. El uso de los anticonceptivos y el aborto provocado se practicaron con mucha menor escala en Corea y Formosa, pero también se manifestaron algunas esterilizaciones. Se

suele acudir a estos métodos después de los 30 años de edad y después de unos 10 años de matrimonio o después del nacimiento de 3 o 4 hijos. Muchas parejas acuden también al aborto provocado antes de poner en uso los anticonceptivos, aunque tanto en Corea como Formosa el aborto provocado es ilegal.

En el Japón los preservativos y el método de la continencia periodica son los más corrientes. En Corea hay una gran preferencia por métodos de comprimidos efervescentes, mientras que en Formosa se acude con más frecuencia al anillo de Ota y a la ligadura de las trompas.

Y según la Sra. K. Dandekar, Jefe de la Sección de Monografía de Estudios Políticos y Económicos de Jekhala, Toona, India (relatora); nos dice que en la India ciertos grupos llegaron a la esterilización fisiológica después de períodos más cortos de matrimonio que otros. Si la edad del marido era más alta, sería mayor en los intervalos entre las relaciones sexuales y por tanto entre los embarazos. No obstante, este orador se manifestó de acuerdo en que la baja de fecundidad de las mujeres de los labradores, podrían darse también en las pobres condiciones sanitarias y ambientales, que podrán resaltar también en un número más elevado de abortos. En su opinión, a esta reducción de la fecundidad también podría ser dada, debido a la participación de las mujeres en la actualidad social y económica, y es de la opinión de que es inútil incitar a las mujeres de categorías culturales más bajas de los países menos desarrollados en el uso de métodos anticonceptivos ya que solo adoptarían este sistema después de haber alcanzado un nivel cultural y socio-económico más elevado, esta opinión fue compartida por varios oradores que expresaron la creencia de que los países de reciente independencia sólo podrían lograr una reducción de la tasa de natalidad por medio del desarrollo económico y cultural en general.

Y en la reunión B. 13, al relacionar los estudios sobre la planificación de la familia el Sr. Jean Morsa de la Universidad libre de Brusuelas, Brusuelas, Bélgica^{62/}, expuso que dentro de las características en las que encuadra a los países en vías de desarrollo relativas al control o a la planificación de la familia enumera las siguientes:

- a) Una elevada tasa de natalidad (más alta que en Europa y principios de la era moderna);
- b) Una tasa de mortalidad a veces más baja que la de los países más desarrollados; y
- c) Un aumento de la duración de vida no relacionado con la evolución del nivel de vida.

A este respecto nadie discutió que con o sin un programa de planificación de la familia la tasa de natalidad acabará por reducirse espontáneamente. A este respecto la lección occidental ha sido bien aprendida. La cuestión es si se puede acelerar esa evolución, debido a que sucede que las decisiones de planificar la familia fueron determinadas en el seno mismo de ésta y no por programas o por campañas de orientación de las masas sino por la concientización dentro de la familia misma.

Cabe mencionar que dentro de técnicas más recientes en este tiempo (1965) aportaban elementos enteramente nuevos ya que en este tiempo llega al mercado el concepto oral que aparece en 1960 seguida en 1962 de la renovación de los contraceptivos intrauterinos, mismos que han sido utilizados como medios para lograr bajar la fecundidad en las regiones donde fue empleada. Una de las exposiciones de mayor contenido que se encuentran en los informes de esta Conferencia,

^{62/} Conferencia Mundial de Población, ONU, 1965 op.cit. pg.122

es la Exposición de You Poh Seng de la Universidad de Singapur, Singapur,^{70/} dice este expositor al referirse sobre la planificación de la familia y de las políticas demográficas, "que es un derecho fundamental de las familias el acceso a la información requerida para una paternidad responsable y que abarca factores socio-económicos, tales como las funciones de la familia, la situación de la mujer en la sociedad y las actitudes de los padres respecto al porvenir de sus hijos así como las decisiones que se necesitan para regular el número de hijos y la separación entre éstos, como una consecuencia de la acción recíproca de los factores que afectan a las familias. Por tanto, las parejas (para este expositor) deben tener acceso a la información requerida para tener el número de hijos que desean, y al mismo tiempo debieran llevarse a cabo estudios en término de análisis sociológicos de la familia como institución social".

Es de importancia la exposición de este relator debido a que es en este momento en que ya habla de un derecho fundamental de elegir de manera libre e informada, el número y espaciamiento de los hijos, siendo este uno de los principales antecedentes del derecho que asiste a la mujer de elegir el número de hijos que tener. (Al cual nos referimos en capítulo aparte). Por lo que es preciso ver a este derecho como la solución dada al problema de altos índices de fecundidad.

Y si los países deben tener derecho a determinar su política demográfica nacional, se les pide que no separen esa política de la necesidad del desarrollo económico y social, y se recomienda que ésta, esté basada en la asistencia necesaria, especialmente en forma de asesoramiento

^{70/} Conferencia Mundial de Población, ONU, 1965, Informes resumidos de las Reuniones, pg. 131.

de investigación, como podrían necesitarse para comprender la dinámica demográfica del país en relación a sus necesidades de desarrollo económico y social, y de las actividades conjuntas tales como las del tipo sanitario, relativas a los aspectos de los medios de la planificación familiar, la relación de esos métodos con las disponibilidades de Personal Médico al problema médico social del aborto, y otros. Existen también según el Sr. You Poh Seng, una necesidad de estudios especializados con intervención de demógrafos, economistas, sociológicos, etnógrafos, sicólogos, médicos y otros sobre el problema de la población y las relaciones recíprocas de los muchos aspectos de este problema en los desarrollos social y económico en general.

La planificación de la familia tiende a estar orientada predominantemente hacia el sexo femenino; debería ser mayor el empleo de personal masculino, que existieran métodos para el sexo masculino. Aunque esto no se ha podido dar en este tiempo, ni aún a la fecha. En algunos casos y en algunas zonas puede ser necesario considerar la legalización del aborto provocado, ya que se ha visto que cuando la fecundidad baja, el aborto ilegal tiende a aumentar. Asimismo, las mujeres practican la regularización de los nacimientos suelen sentirse profundamente afectadas por los fracasos que originan embarazos indeseable, y como ningún método es absolutamente seguro, puede requerirse alguna forma de servicio curativo, como el aborto provocado.

Podemos resumir que hubo una tendencia general en esta Conferencia a aceptar que el aborto provocado ha sido uno de los medios utilizados consuetudinariamente por las personas para lograr su control de natalidad, mismo que no ha respondido a programas gubernamentales, sino que a emanado de

la decisión misma de la gente, en especial de la mujer. Ahora, si es una tendencia natural y lógica de la mujer para controlar su propia fecundidad ¿porqué entonces no reglamentar su práctica en vez de seguirla panalizando? ya que provoca el clandestinaje y la insalubridad constantemente y a diario, por lo que al reglamentarlo se lograría ofrecer este servicio por medio de Instituciones de Seguridad Social a bajo precio y con un mayor índice de seguridad, seguida esta acción de una educación sexual dirigida a las personas que prefieren utilizar este método.

3.3.3 Conferencia Mundial de Población, Bucarest, Rumanía, 1974. Y El Plan de Acción Mundial sobre Población.

El año de 1974 fue proclamado por la Asamblea General de las Naciones Unidas como el año de Los Problemas de la Población. Del 19 al 30 de agosto de 1974 se celebró en Bucarest-Rumanía la Conferencia Mundial de Población de las Naciones Unidas.

La Conferencia, a la cual asistieron delegados de 136 países, escuchó un discurso de apertura del Secretario General Kurt Waldheim y otros pronunciados por el Presidente de Rumanía, Nicolae Ceausescu, y por el Secretario General de la Conferencia Dn. Antonio Carrillo Flores, de México.

Es importante hacer notar que, esta Conferencia tiene sus antecedentes en la resolución 1484 (XLVIII), de 3 de abril de 1970, que fue cuando el Consejo Económico y Social aprobó la recomendación de la Comisión de Población, de que en 1974 se celebrara una Conferencia Mundial de Población bajo los auspicios de las Naciones Unidas.

Más tarde y por resolución 1672 (III), de 2 de junio de 1972 el Consejo Económico y Social asignó a la Comisión de Población la función de Organo Intergubernamental Preparatorio para la Conferencia. Así la Comisión había de actuar también en lo relativo al año Mundial de la Población, título que se había dado al año de 1974 por resolución 2683 (XXV), de II de diciembre de 1970 emanada de la Asamblea General.

Así la Comisión celebró tres períodos extraordinarios de sesiones en su calidad de Organo Intergubernamental Preparatorio, la Comisión examinó también la labor

preparatoria para la Conferencia y el año, además de desempeñar sus funciones ordinarias. Así, bajo esta Organización se celebra en 1974 como ya se dijo, La Conferencia Mundial de Población, la cual aprobó un "Plan de Acción Mundial de Población", conteniendo recomendaciones y normas para lograr una mejor calidad de vida, y un desarrollo socioeconómico más rápido para todos los pueblos. Bajo el plan, los países que consideraban sus tasas de natalidad perjudiciales para sus propósitos nacionales, eran invitados a considerar la fijación de metas cuantitativas, y la aplicación de políticas que pudieran conducir a lograr tales metas para 1985. Si se deseaba que las tasas de natalidad de los países en desarrollo en conjunto fueran reducidas de 38×1000 a 30×1000 para 1985, se requerirían considerables esfuerzos nacionales, apoyados por una ayuda internacional adecuada.

Las tasas de mortalidad, particularmente entre los niños, en todas las regiones deberían ser reducidas al grado próximo. Cada país debería levantar un censo de población y campos relacionados con ella.

La Conferencia estableció 12 principios relativos a: la paz y la seguridad, fin de la carrera armamentista; la liquidación del subdesarrollo; el respeto a los derechos inalienables de cada país de ser el amo de sus recursos naturales; la expansión de la cooperación internacional especialmente en Ciencia y Tecnología; y la protección del medio ambiente humano.

Por la importancia que reviste el plan mundial de población es importante pasar a elaborar su análisis:

Plan de acción mundial sobre población.

Antecedentes.- Es importante mencionar que este plan emergió a través de los constantes esfuerzos realizados por la comunidad internacional y plasmados en los siguientes documentos: Proyecto de Plan Indicativo Mundial de la FAO para el Desarrollo Agrícola, el Plan Mundial de Alimento de Naciones Unidas y la FAO, El Programa Mundial de Empleo de la OIT, el Plan de Acción para el Medio Humano, el Plan de Acción Mundial de las Naciones Unidas para la Aplicación de la Ciencia y la Tecnología al Desarrollo, el Programa de Acción concertada para el Adelanto de la Mujer, y en forma más amplia, la estrategia internacional del desarrollo para el segundo decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

El Plan de Acción Mundial sobre Población. tiene la finalidad explícita de contribuir a armonizar las tendencias demográficas y las tendencias del desarrollo económico y social, la base para una solución efectiva de los problemas demográficos, es ante todo la transformación económica y social. De ahí que al igual que en los casos de las demás estrategias sectoriales, su contribución a la solución de los problemas del desarrollo mundial sea solamente parcial. En consecuencia el plan de acción debe considerarse como un elemento importante del sistema de estrategias internacionales y como un instrumento de la comunidad, internacional para la promoción del desarrollo económico, la calidad de la vida, los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Dentro de los antecedentes de esta Conferencia, se dijo que en la actualidad la esperanza media de vida al nacer es de 63 años en América Latina, de 57 años en

Asia y sólo poco más de 46 años en Africa, en comparación con más de 71 años en las regiones desarrolladas. Además, mientras que por término medio menos de uno de cada 40 niños mueren antes de cumplir un año de edad en los países desarrollados, uno de cada 15 mueren antes de llegar a esa edad en América Latina, uno de cada 10 en Africa. Más aún, se estima que en algunas regiones en desarrollo, especialmente en países africanos, la esperanza media de vivir al nacer es inferior a 40 años y que uno de cada 4 niños muere antes de cumplir un año. En consecuencia, muchos países en desarrollo consideran que la reducción de la mortalidad, y en particular de la mortalidad infantil, es uno de los objetivos más importantes y urgentes.

Es importante observar el criterio que han seguido las naciones respecto del derecho de las parejas a tener el número de hijos que deseen, muchas parejas en el mundo no pueden ejercer efectivamente este derecho. En muchas partes del mundo las malas condiciones económicas, las normas sociales, el insuficiente conocimiento de los métodos eficaces de regulación de la familia o el hecho de que no se dispone de servicios anticonceptivos, provoca situaciones en que las parejas tienen más hijos de los que desean o de los que a su juicio puedan atender debidamente.

Por otra parte y debido a factores económicos y biológicos en ciertos países existen problemas de esterilidad involuntaria y subfecundidad, con el resultado de que muchas parejas tienen menos hijos de los que desean. Por supuesto el grado de urgencia en que se considera cada una de estas dos situaciones depende de las condiciones internas de cada país de que se trate. Por lo que cabe hacer notar que este plan de acción sobre población, tiende a balancear

la explosión demográfica mediante dos sistemas; primero la planificación familiar y segundo combatiendo la esterilidad involuntaria y la subfecundación.

Estos dos medios para lograr el balance de la explosión demográfica están sentados en un derecho reconocido por el plan, en la resolución (XII) que a la letra dice:

"Recordando la declaración sobre el progreso y el desarrollo en lo social, proclamada por la asamblea general de las Naciones Unidas en la resolución 2542 (XIV), de 2 de diciembre de 1969, por la que con firma que: los Padres tienen el derecho de determinar libre y res ponsablemente el número y espacia miento de sus hijos, y hay que -- proporcionar a las familias los conocimientos y medios necesarios para que puedan ejercer estos derechos.

Reconociendo que el ejercicio del derecho de los padres a decidir libre y responsablemente el número y espaciamento de los hijos está estrechamente relacionado con el grado en que la mujer está integrada en el proceso de desarrollo social, económico, cultural y político de la sociedad en que vive".

Es de notarse que este derecho consagrado ampliamente a través de diversas Conferencias y consagrado nuevamente en este plan, hace alusión a que el derecho será de los padres, queriendo decir que sólo en la Familia o sólo las parejas y entiéndase los dos progenitores podrán decidir libre y responsablemente el número y espaciamento de los hijos, ¿pero cómo es posible decidir el número de hijos en una cierta situación en que la mujer está embarazada y es un hijo que la pareja no desea? entonces en ese caso ¿cómo funciona este derecho? o ¿cómo podría funcionar ese derecho? (ver inciso sobre el Derecho a elegir el número y espaciamento de los hijos) el plan mundial de acción sobre población nos especifica claramente como podría funcionar este derecho aunque al mencionar las recomendaciones para la acción en el documento D/5585 página 17 recomienda que los esfuerzos de los planes nacionales e internacionales para reducir los niveles de mortalidad y morbilidad vayan acompañados de otros esfuerzos y objetivos como los siguientes:

- "A) La reducción de la mortalidad Fetal, Infantil y en la temprana niñez, y la morbilidad y mortalidad derivadas de la maternidad;
- B) La reducción de la esterilidad involuntaria, la subfecundidad, los nacimientos defectuosos y los abortos ilegales".

Estas dos recomendaciones para la acción, nos parece que nos pueden explicar el derecho de elegir el número de hijos que tener, cuando recomienda, la reducción

de la mortalidad fetal, no especifica el medio o los medios que la producen, así como los medios para reducirla, aunque es de entenderse que ciertamente solicitan se cuide al producto materno, se reduzca su mortalidad y se proteja el nacimiento de ese niño es lo que recomienda, aunque en la segunda recomendación o sea en la del inciso B que recomienda la reducción de los abortos ilegales, se puede decir que se está contemplando la idea de abortos legales y que éstos son aceptados por la comunidad internacional como un medio más para lograr ese equilibrio en la explosión demográfica que se requiere.

Por otra parte se puede decir que según la encuesta de las Naciones Unidas sobre población y desarrollo, las tasas de crecimiento de la población podrían disminuir de aquí a 1985 del nivel actual de 2.4 anual a un 2% aproximadamente, en el conjunto de los países en desarrollo y a menos del 0.7% a los países desarrollados en tal caso la tasa mundial de crecimiento de población disminuiría de 2% a 1.7%, así mismo de dicha encuesta se puede decir que en opinión de Naciones Unidas, el fenómeno de crecimiento de la población en las regiones de alto desarrollo es sensiblemente menor que el de las regiones subdesarrolladas. Con lo que tenemos que para reducir las tasas de crecimiento, se requiere un mayor control en la natalidad. Ya la balanza está desequilibrada, ya no se solicita tanto eliminar la subfecundidad y la esterilidad involuntaria lo que se trata de combatir es la explosión demográfica reconociendo derechos de las parejas a decidir el número y espaciamiento de los hijos, más no señala los medios aunque si reconoce al aborto legal como un medio para lograr las metas y políticas demográficas enumeradas en las recomendaciones de acción y de éstas mismas recomendaciones inscritas en el documento E/5585 en página 18 como subtítulo aparece la siguiente:

" Procreación, Formación de la Familia y Condición de la Mujer.

Este plan de acción reconoce la diversidad de objetos nacionales con respecto a la fecundidad y no recomienda ninguna norma mundial en cuanto al tamaño de la familia.

Este plan de acción reconoce la necesidad de asegurar que todas las parejas puedan tener el número de hijos que deseen, espaciándolos asimismo como lo deseen, la necesidad de preparar las condiciones sociales y económicas para realización de ese deseo.

De conformidad con la proclamación de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, La Declaración sobre Progreso y Desarrollo en lo Social, los objetivos pertinentes del segundo decenio de las Naciones Unidas para el desarrollo y los demás instrumentos internacionales sobre la materia, se recomienda a todos los países que:

- a) Respeten y aseguren, independientemente de sus objetivos generales, el derecho de las personas a decidir, de manera libre, informada y responsable, el número y espaciamiento de sus hijos;

b) Promuevan una educación adecuada en lo que se refiere a la paternidad responsable y pongan a disposición de las personas que lo deseen asesoramiento y medios para ejercerla; Se aseguren que los servicios de planificación familiar, los servicios sociales conexos tengan por objetivo no sólo la prevención de los embarazos no deseados, sino también la eliminación de la esterilidad involuntaria y la subfecundidad, a fin de permitir a todas las parejas tener el número deseado de --- hijos; y faciliten la adopción de niños".

Con lo ya visto, se puede decir que el plan de acción mundial sobre población reconoce al aborto legal como un medio más para la planificación familiar, aunque si bien es cierto que este reconocimiento es implícito o está implícito en sus recomendaciones y resoluciones otorgan el derecho de decidir cuantos hijos tener y solicitando a los países aseguran que los servicios de planificación de la familia tenga por objetivo la prevención de los embarazos no deseados. Aunque también protege o trata de proteger al producto, esta protección sólo será en la medida en que la pareja decida.

Por otra parte es de hacer notar que también se reconoce a la mujer la posibilidad de planear sus nacimientos lo cual vendrá a mejorar su situación individual con lo que tenemos:

- 1.- El plan de acción mundial sobre población, reconoce el derecho a

la pareja de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos.

2.- Reconoce también que cuando la mujer tenga mayor posibilidad de planear los nacimientos mejorará con esto su situación individual.

3.- Recomienda también la reducción de los abortos ilegales con lo que se puede llegar a entender que los abortos legales que se practican en los países donde éste es permitido, son un medio para ejercer ese derecho de decidir el número y espaciamiento de los hijos, así como resulta útil esta vía para mejorar la situación de la mujer cuando ésta última se haya en el caso de un embarazo no deseado.

Mismos derechos que fueron consagrados en el plan bajo resolución 12 titulada la población y la condición de la mujer y la resolución 17 intitulada la familia y una fórmula expresa para señalar tanto los medios como el procedimiento para llevar a cabo el aborto aunque como se ha señalado implícitamente se deduce que existe un derecho de utilizar el aborto legal para decidir el número y espaciamiento de los hijos.

Conferencia Mundial de Población

Ya dentro de lo que sucedió en lo que fue la Conferencia, se aprobó un programa bastante amplio para unificar criterios en torno a las políticas demográficas, de este programa tocaremos sólo el tema número 7 que es "Las tendencias demográficas recientes y perspectivas futuras" y el 10, " La población y la familia", por lo cual pasaremos a analizar el primero:

Tendencias Demográficas Recientes Y Perspectivas Futuras.

En el contexto general del debate publicado por Naciones Unidas en documento E/5585 sobre el tema número 7, se dijo acerca de las tendencias demográficas que la manera y la orientación primordial para resolver el actual problema demográfico, era cambiar las antiguas y desiguales relaciones internacionales, establecer un nuevo orden económico internacional y desarrollar las economías y culturas nacionales. Los oradores convinieron en que la cuestión fundamental, era la del mejoramiento de la calidad de vida, pero también era claro que la realización de ese concepto no podía conseguirse mediante una definición o aplicación uniforme.

Dentro de los problemas mundiales de población se observó que en tanto que la tasa de crecimiento de la población tendía a estabilizarse en la mayoría de los países desarrollados, en los países en desarrollo era comparativamente mucho más elevada y tendría que constituir un factor primordial en sus estrategias para el desarrollo. Coincidieron los representantes que debido a la cantidad de recursos conocidos en el planeta y su eventual escasez era conveniente controlar el crecimiento de la población, aunque el problema no era tanto

del crecimiento de la población cuanto a las consecuencias de la injusticia social y económica, la cual debía ser objeto de la atención prioritaria de los gobiernos de la comunidad Internacional. Algunos oradores declararon que la comprensión de los factores que determinaban los aumentos de población en particular en los países pobres era todavía muy limitado y requería más investigaciones y conocimientos ya que este problema de la población, se refleja concretamente en los fenómenos sociales como el desempleo, la pobreza, el hambre y las elevadas tasas de mortalidad. Estos problemas se debían principalmente a la agresión y explotación del imperialismo, colonealismo y neocolonealismo.

Como algunas de las soluciones propuestas por los oradores, se mencionó la cooperación internacional a través de una educación en materia de población, una tecnología anticonceptiva, almacenamiento de alimentos, la desalación del agua, el aprovechamiento de los recursos minerales y energéticos, la lucha contra la contaminación y estudios sobre las consecuencias de los cambios genéticos.

Es evidente que desde 1974 los logros a estos propósitos han sido escasos, dado que la raquitica cooperación internacional que existe, esta basada por influencias de empresarios imperialistas que no buscan ni pretenden solucionar estos problemas, sino que en busca de un beneficio personal, alimentan a la explotación de las masas, al desperdicio de los recursos minerales y energéticos, a la gran a la contaminación y en sí el desequilibrio internacional que vivimos en la época. Y esto no sólo sucede a nivel internacional, sino que también a nivel interno de cada país donde abusando de la incultura en que se a convenio que caiga la población, ésta misma es utilizada para los fines propios o individuales de personas sin escrúpulos apoyados por los empresarios

imperialistas que tienden a favorecer y fomentar el colonealismo y el neocolonealismo.

Por lo que respecta a las perspectivas para el futuro que observó la Conferencia se puede citar que se tenía el criterio de que las tasas de crecimiento demográfico acelerado, debían de ser controladas a través de la planificación familiar, así como alentar el desarrollo socio-económico de la población. Cada país consideraba su propia evolución futura en materia demográfica a partir de los análisis que hacía de su capacidad social y económica, estas perspectivas eran desequilibradas, dado que la economía mundial, al no guardar un equilibrio entre las naciones, tendería a ser diferentes los medios para cada una de las naciones. Así los países asiáticos no veían al futuro con grandes esperanzas, dado que la grandeza de sus territorios y la escases de su economía les permitía en ese momento desembarazarse del problema demográfico no así para los pobres países de Latino América los cuales sin muchos recursos económicos, alentaban la planificación familiar y el desarrollo, claro, apoyados por el grupo de países desarrollados y super desarrollados los cuales están a favor del control de la explosión demográfica debido a su escaso territorio y a su gran potencial económico.

Por lo que se refería a las políticas y programas de población muchos oradores se refirieron a las medidas de las políticas que los gobiernos aplicaban a fin de influir en los procesos demográficos. Evidentemente muchos países estaban elaborando todavía criterios definitivos para hacer frente a situaciones que aún no habían sido adecuadamente estudiadas o analizadas. Varios oradores mencionaron el importante papel que desempeñaban las Naciones Unidas al prestar asistencia a las políticas y programas nacionales,

especialmente en relación con las investigaciones demográficas, inclusive encuestas y censos. El plan de acción mundial sobre población fue elogiado por todos los oradores que advertían en él, una amplia variedad de opciones de política y un marco flexible para la cooperación internacional, muchas sugirieron una transferencia de recursos en los países en desarrollo especialmente de capital, tecnología, conocimientos técnicos lo cual contribuiría de manera considerable a moderar el crecimiento demográfico en ellos, al influir sobre la estructura de fecundidad y mortalidad.

Unos pocos oradores dijeron que no aprobaban la constante difusión del control de la natalidad que llevaban a cabo en sus países las organizaciones internacionales, aunque por el contrario hubo consenso general en que la regulación de la fecundidad y la formación de la familia era un derecho inalienable de los individuos y las parejas, y en que se les debía de dar toda la ayuda posible para que ejercieran este derecho de manera responsable. Un pleno conocimiento de los medios de impedir que naciesen niños no deseados eran necesarios para difundir el derecho a la procreación libre y responsable.

Así los problemas demográficos analizados en la Conferencia bajo el tema de Políticas y Programas de Población lanzaron el apotema al decir que "El mejor anticonceptivo era el desarrollo económico social".

Es evidente que dentro de estos programas de población y política está contemplado también un derecho de la familia a elegir responsablemente el número y espaciamento de los hijos, así al decir "Con pleno conocimiento de los medios para impedir que naciesen niños no deseados" no nos dá

a entender otra cosa que dentro de los medios para impedir que los niños nazcan es el aborto, claro existen otros medios, pero uno de los medios tal vez sea el último de los medios, es la materia que nos ocupa, por lo que es evidente que bajo el tema número 7 dicho como "tendencias demográficas recientes y perspectivas futuras" el cual nos ocupa, y en el contexto general del debate, se tenía plena conciencia de difundir los medios para impedir nacimientos aunque, no se expresan claro está como también en el plan mundial de acción sobre población, no lo señalan expresamente, sino lo hacen explícitamente, tácitamente, no se refieren expresamente a que uno de los medios es el aborto, no, pero si no se refieren a ningún otro medio, dejando la puerta abierta para cualquier medio posible para detener el nacimiento de un hijo no deseado.

Y estas ideas se llegan a plasmar en el proyecto de resolución número 5 entitulado "Por un Mundo más Justo" así como en el proyecto de resolución número 6 sin título.

La Población y la Familia
(Informe de la Tercera Comisión)

La Comisión al analizar algunos documentos como el simposium sobre la población y la familia, informe del simposium sobre la población y los Derechos Humanos, los derechos de la mujer y la fecundidad, la población y la familia visión general, la política demográfica y la familia el caso Latino Americano, Estudio de la relación entre la condición de la mujer y la planificación familiar, el problema de la administración en los problemas de planificación familiar, los programas de planificación de la familia y la fecundidad de los países de la región de la CEPAL. así como algunos otros

estudios; determinó y consideró que las políticas relativas a la familia y el bienestar familiar estaban estrechamente relacionados con el desarrollo económico y social y con la elevación del nivel de ingresos de los pobres y el aumento de los salarios mínimos en todos los países, las cuestiones centrales del momento eran las de mejorar la calidad de vida y lograr condiciones de vida más justas para todos los pueblos. Una forma de considerar los medios más adecuados para el logro de estos objetivos y los obstáculos que se oponían su realización eran desde el punto de vista de la familia, también debían tenerse en cuenta las condiciones demográficas, económicas, sociales y culturales en que las familias se formaban, desarrollaban y se disolvían.

Por otro lado se señaló la importancia que tiene la información y los medios para determinar libre y de manera responsable el número y espaciamiento de los hijos, y que ese derecho debía ejercerse de pleno y libre, y que solamente se podría convertir en realidad, si las condiciones de vida fueran aceptables, por otra parte y en general se reconoció que la posibilidad de determinar el número y el espaciamiento de los niños influye en el bienestar de la familia, debido en parte a la influencia que ello ejercía en la salud de las madres y de los hijos, y ejercía en la salud de las madres y de los hijos, y en parte a las repercusiones que podrían tener las estructuras de reproducción en las relaciones entre los miembros de la familia y en las oportunidades que tenían esos miembros de realizarse plenamente como individuos. Muchos destacaron que lo que se buscaba era evitar los niños no deseados. Se reconoció ampliamente que la planificación de la familia tenía un valor por sí mismo, pero cada país debía formular sus propias políticas de planificación de la familia, incluyendo o no en esa política medidas encaminadas a reducir o aumentar la dimensión de la familia, según

fuera la situación del país. En el concepto de la planificación familiar debía incluirse pues, no sólo el conocimiento de los medios aptos para evitar los embarazos no deseados y el acceso a esos medios, sino también la asistencia en los casos de subfertilidad y la infecundidad incluidos los programas de adopción.

En la sexta sesión de esta comisión, el representante de México presentó un proyecto de resolución intitulado "Políticas de Población" y que en su número 3 decía a la letra:

"3.- Establecer que cuestiones, tales como la edad límite para contraer matrimonio y la legalización o liberación del aborto, dependen de las condiciones de cada país y competen exclusivamente a su soberanía, respetando en cuanto al segundo problema, la declaración unánime de las Naciones Unidas del 20 de noviembre de 1959 en cuanto a que: "El niño ... necesita principalmente una protección jurídica adecuada tanto antes como después de su nacimiento".

Después en la séptima sesión el representante de México revisó verbalmente su proyecto de resolución, a la vista de las observaciones y sujetó el mencionado número 3;

"3.- Que todas las políticas y programas de población dependan de las condiciones de cada país y competan a su soberanía con absoluto respeto de los derechos humanos y a las declaraciones de las Naciones Unidas al respeto".

En resumen esta tercera Comisión en su informe, el cual hemos señalado, manifiesta claramente la idea que se tiene sobre la planificación familiar en los lugares donde ésta es necesaria, señalando e instando a los países a proporcionar medios e información al respecto, con el fin de evitar el nacimiento de los hijos no deseados, por lo que es evidente que esta tercera comisión, reconocía plenamente el derecho de las parejas a decidir el número y espaciamiento de sus hijos, señalando a los gobiernos que se les otorgaran facilidades e información a estas personas con el fin de que ejercieran este derecho. Con lo que resulta evidente que dado que no se menciona en ningún momento un medio para el control natal en forma expresa, el Aborto puede estar incluido.

Es importante señalar las resoluciones por las cuales se insta a los países a que proporcionen a las parejas la información y los medios para prevenir y detener los embarazos no deseados y así poder ejercer su derecho de decidir cuantos hijos tener, por lo que citaremos las siguientes :

Resolución número 12 intitulada. La Población y la Condición de la Mujer;

Resolución número 13 intitulada. La Familia Rural;

Resolución número 14 intitulada. Población e Inversión;

Resolución número 16 intitulada. Políticas de Población;

Resolución número 17 intitulada. La Familia y el Desarrollo.

3.4. Conferencias Regionales de Población, su Relación con el Aborto.

3.4.1. Conferencia Asiática de Población, Nueva Delhi, India 1963, Conferencias Demográficas.

La primera Conferencia Asiática de Población se efectuó en la ciudad de Nueva Delhi, India en diciembre de 1963, estuvo patrocinada por la Comisión Económica de Naciones Unidas para Asia y el Lejano Oriente, la Comisión de Naciones Unidas para Asuntos Económicos Sociales y por el Gobierno de la India.

Uno de los antecedentes a esta Conferencia es la resolución 28 (XV) de la Comisión Económica para Asia y el Lejano Oriente, en la cual expresaban su preocupación por el acelerado crecimiento en la población en esta región.

Uno de los propósitos principales en esta Conferencia era el de proporcionar un foro, donde los expertos pudieran examinar los problemas sobre la planificación económica y social y desarrollo de la región así como la composición y distribución de la población. A esta Conferencia asistieron más de 200 personas representantes de los Gobiernos de los diferentes países que forman la Comisión Económica para Asia y el Lejano Oriente, así como representantes de los Organismos Especializados de las Naciones como: La Organización de Naciones Unidas para Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización de Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO), La Organización Mundial de la Salud (OMS), y el Fondo de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, así como también observadores

de Organizaciones no gubernamentales e invitados especiales expertos sobre la materia.

En esta Conferencia, según su agenda se trataron varios temas como fueron el de: La Situación Demográfica y Perspectivas de las Tendencias de Población en Asia y en el Lejano Oriente, implicaciones económicas y sociales y perspectivas de las tendencias de la población; políticas económicas y sociales para promover completamente la utilización de los recursos humanos; políticas que afectan a las tendencias de población; la promoción para la investigación, capacitación y propagación del conocimiento sobre la población y por último las contribuciones que aportaba esta Conferencia a las políticas y programas gubernamentales y las Organizaciones Internacionales. En esta Conferencia también se adoptaron varias resoluciones y recomendaciones, cabe recordar que para este tiempo la idea que se tenía sobre la planificación familiar a nivel gubernamental era aún muy débil, y aunque se reconoció en esta Conferencia el problema del rápido crecimiento de la población, por otra parte el tema del aborto no se tocó.

Por lo que se dijo antes los objetivos de esta Conferencia era sondear las tendencias de población del área y formular e implementar las políticas de población de cada Gobierno de la zona. Se reconoció también que el crecimiento de la población era un asunto de gran importancia y que a la limitación de la familia se le debería de dar la máxima prioridad posible en el desarrollo de los programas de planificación familiar. Y también se dijo que era urgente que los métodos voluntarios sobre el control de la fecundidad deberían ser más estudiados para lograr un método de control más efectivo.

Al analizar las resoluciones y recomendaciones de la Conferencia, encontramos en la primera de ellas que en el inciso a) se reconoce que el rápido crecimiento de la población en muchos países de la Comisión Económica, era el impedimento para que su desarrollo económico y social fuera rápido y efectivo y que la gran proporción de niños era un impedimento para el progreso en la educación por lo que en la Conferencia invitaba a los Gobiernos a que tomarán con urgencia medidas positivas para crear una política de población que regulara estas circunstancias.^{71/}

Por lo que se refiere a las demás resoluciones y en la segunda de ellas, recomiendan a los estados contribuir a controlar su explosión demográfica, debido a que el rápido crecimiento de la población en muchos de los países impedía el progreso económico y social, por lo que esta Conferencia recomendó a cada Gobierno decidir que tipo de acción tomar al respecto, mismas decisiones que deberían de tomar, en cuenta su relación con los demás países del área y debería estar apoyada con un programa de acción del cual debería de responder a un estudio sobre población en cada uno de los países del área.

Esta misma resolución y en su sección intitulada "Cuestiones Económicas Sociales, Políticas y Planificación de la Población", y en especial en el número 7 donde tratan los programas relativos a la fertilidad y a la planificación de la familia; encontramos lo que para nosotros es la problemática de esta región para este tiempo, ya que según esta resolución emitida por esta Conferencia sostiene que en vista de que el rápido crecimiento de la población, muchos países en la región incluyendo la India, Pakistán y la República de Corea, han implantado un programa de planificación familiar como una política nacional. Otros gobiernos en la región

71/ Reporte de la Conferencia Asiática de Población, Nueva Delhi, India 1963, ONU. Resolución No. 1 Capítulo VIII, pg. 48 y 49.

son asistidos voluntariamente por organizaciones especializadas en programas de planificación familiar y otros países han expresado su preocupación por la creciente explosión demográfica que se da en sus países.

Por lo que dada la experiencia de los países que ya tienen una planificación familiar como política interna de población, la Conferencia recomendó a los Gobiernos que aún no tuvieran dichos programas a solicitar ayuda al respecto a esos países que ya habían implantado estos programas de planificación de la familia.

Y por lo que se refiere a la utilización de métodos hubo varias disposiciones al respecto aunque no mencionó un método específico, si se pudo llegar a la conclusión de que en los programas que se implanten de planificación familiar, los individuos deberán en todos los casos tomar libre o elegir libremente el método que ellas prefieren para el espaciamiento y la limitación de los nacimientos en concordancia o en armonía con sus religiones, convicciones y otras --- referencias^{72/}.

Si bien es cierto que esta Conferencia con carácter limitado, no se trato a profundidad, sobre los métodos de planificación familiar, si se reconoció que el rápido crecimiento de la población era un impedimento para que los sistemas económicos y sociales se desarrollaran con mayor amplitud, debido a que entre mayor población, mayor era o es la desorganización de las políticas de población, las cuales deben de proporcionar alimento, trabajo y educación a las masas. Y en esta Conferencia por lo que hemos visto solo se reconoce el derecho a elegir cualquiera de los métodos existentes en la actualidad para hacer efectivo

^{72/} Reporte de la Conferencia Asiática de Población, Nueva Delhi, India 1963, ONU, Resolución No. 2, Capítulo VII, pgs. 54 y 55.

el control de la natalidad, al decir que: "En los programas de planificación familiar los individuos tendrán en todos los casos la libertad de elegir el método que prefieran con el objeto de espaciar y limitar los nacimientos, en concordancia en sus religiones y convicciones y otras referencias".^{73/} Al estarnos mencionando ésto, esa libertad de elegir cualquier método, condicionado a la religión, a las propias convicciones y a otras prioridades, se está dejando la puerta abierta para que las mujeres en este caso, puedan utilizar como uno de los métodos para hacer efectivo el control de la natalidad y hacer efectivas las resoluciones y recomendaciones de la Conferencia, al aborto, así como a todos los demás métodos que se identifiquen con las convicciones propias del individuo, por lo que se puede concluir que esta Conferencia no sólo reconoce que la explosión demográfica es un factor que hay que controlar sino que también propone el derecho y la necesidad de limitar los nacimientos, señalando que cualquier método para lograr estos objetivos es bueno, siempre que se acople a las propias convicciones de los individuos.

^{73/} Reporte de la Conferencia Asiática de Población, Nueva Delhi, India, 1963. ONU., Resolución No. 2, Capítulo VII, pg. 55.

3.4.2 Conferencia Regional Latinoamericana de Población,
México, D.F., 1970.

La Conferencia Regional Latinoamericana de población celebrada en la Ciudad de México, el día 17 al 22 de agosto de 1970 en la que se presentaron cerca de 200 trabajos representativos de los principales aspectos de la dinámica y características de la Población de América Latina.

Esta Conferencia fue organizada por la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, con la colaboración de la Comisión Económica para América Latina, el Centro Latinoamericano de Demografía y el Colegio de México. Esta Conferencia forma parte del programa de reuniones regionales destinadas a analizar los problemas demográficos de las distintas regiones del mundo, que la Unión en base a los esfuerzos tomados en la Conferencia General de Población celebrada en Belgrado en 1965, a iniciado en estos últimos años.

Esta Conferencia fue la primera en Latinoamérica sobre población, su principal objetivo fue la de reunir a los especialistas de América Latina y de otras regiones, que trabajaban en los campos de la demografía y materias afines, para examinar la investigación que se realiza en la actualidad, así como el estado de conocimiento de los problemas de la población de la región.

La participación de otras regiones estuvo condicionada a aquellos que realizaban investigaciones sobre América Latina o que estaban en aptitud de presentar contribuciones metodológicas importantes para el estudio de los problemas de la región.

El Comité organizador estableció un programa que comprendía, además de las sesiones de inauguración y clausura, 7 sesiones plenarias dedicadas a los temas demográficos de mayor interés e importancia para la región. Participaron a título personal, 220 especialistas, más de 200 provenían de América Latina, de Centros de Investigación, Universidades e Institutos, Directores de Estadística y diversas Dependencias Oficiales y Centros Privados, que llevan a cabo actividades en relación con la demografía, asimismo, se invitó a participar a un grupo selecto de Latinoamericanos que realizaban estudios de post-grado en demografía o campos afines en Universidades fuera de la región. Además participaron especialistas de otras regiones en especial de Estados Unidos y Francia y otros países.

Finalmente se invitó en calidad de observadores a diversas Instituciones Nacionales e Internacionales, que llevan a cabo actividades en demografía o campos afines o que están interesados en el tema. Designaron representantes; la Organización de los Estados Americanos, el Banco Interamericano de Desarrollo, El International Planned Parenthood Federation, el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, la Organización Panamericana de la Salud, el Instituto Internacional de Estadística y diferentes organizaciones que forman parte de las Naciones Unidas.

También participaron observadores de las Direcciones de Estadística y de otras Dependencias Gubernamentales de varios países de la región y se contó con la presencia de representantes de Instituciones Públicas, Directores y diversos Institutos de Investigación de México. Por lo que Gracias a la participación y a las contribuciones recibidas, el Comité organizador pudo financiar la participación de 117 delegados y en esa forma lograr una buena representación de demógrafos de la región.

Del total de los 200 trabajos presentados en la Conferencia, 156 fueron trabajos solicitados por los organizadores de cada sesión, 14 correspondían en forma presentados en los organizadores y relatores, 4 trabajos no solicitados, 14 presentados durante la reunión y 12 documentos de carácter informativo. La mayoría de estos trabajos se refieren a los problemas de población de la región y unos cuantos tratan aspectos teóricos y metodológicos. En este sentido, la Conferencia cumplió uno de sus principales objetivos; promover a través de los documentos solicitados y de la discusión en las sesiones, la oportunidad para revisar la información y las experiencias acerca de las tendencias y características de la población en América Latina.

De estos trabajos, encontramos el de Walter Mertens que fue el organizador de la sesión número 2 y la intituló "Investigación sobre la Fecundidad y la Planificación Familiar en América Latina", y nos dice este autor que, habiendo hecho estimaciones sobre los niveles y tendencias de la fecundidad en los países de la América Latina, se podrían establecer las siguientes generalidades:

- a) La fecundidad es alta en América Latina,
- b) A pesar de que esta alta fecundidad general, existe en varias excepciones.
- c) Si bien el nivel general de fecundidad en América Latina es y ha sido elevado, podremos estar equivocados al pensar que a estado siempre exento de cambios y fluctuaciones importantes,
- d) Aunque la información reciente sobre la fecundidad puede mostrar tendencias ambivalentes, no parece haber todavía ninguna evidencia de que el total tienda a señalar las posibles iniciaciones de un descenso.

Al redundar sobre las anteriores afirmaciones este autor nos dice que para el período de 1960 y 1965, sólo dos países Latinoamericanos tuvieron tasas de natalidad inferiores al 30% y el resto tuvieron tasas de natalidad superiores al 40%.^{74/} Y continua diciendo este autor que en el período de 1965 a 1970, 4 países: Argentina, Cuba, Puerto Rico y Uruguay registraron tasas de natalidad inferiores al 30%. La tasa de natalidad para toda la región se estima en un 36.6%

Es también un hecho bien conocido que las excepciones a que se refiere este autor en el inciso b) de las citadas generalidades, son Argentina y Uruguay las más conocidas y los más extremos casos de excepción. Cuba, Puerto Rico, y Chile aunque menos extremos difieren sin embargo substancialmente del patrón de alta fecundidad característico de América Latina.

Si se considera la fecundidad recíproca a la mortalidad y a sus efectos combinados sobre el crecimiento natural se puede distinguir varios tipos de países según su posición presente en la transición demográfica. Esta combinación de alta fecundidad con la baja o decadente mortalidad, es la causa de la gran diferencia entre la situación de la fecundidad de América Latina y la de las Naciones Occidentales que tienen los mismos niveles de mortalidad.

Por lo que se puede decir que en la América Latina se distinguen dos clases de países: Por una parte, aquéllos cuya fecundidad ha disminuido sustancialmente, y en segundo lugar, aquéllos cuya fecundidad nunca había demostrado disminución, o la mostrado muy recientemente, pero donde, sin embargo, ha experimentado importantes fluctuaciones en el pasado.

^{74/} Miro, Carmen y Jorge Somoza, Características demográficas de América Latina. 1964.

Por esto se dice que también en América Latina existe la tendencia natural a planear la familia y a elegir el número y espaciamiento de los hijos. Aunque para 1960 los programas de planificación familiar elaborados por las Instituciones o los Gobiernos de los países, no eran muchos, para los finales de la década de los '60s., las actividades de planeación familiar de su fase inicial han aumentado considerablemente. Los esfuerzos que se hicieron antes de la década de los '60s, pocos y aislados, se han convertido en una serie de esfuerzos públicos y privados para proporcionar a las masas los beneficios de la planeación familiar. La mayor parte de la participación de las Instituciones tanto públicas como privadas en los programas de planificación familiar, principalmente fue debido al reconocimiento del problema del aborto inclusive ilegal.

Por tanto es en esta misma segunda sesión en la que se habla ya de la importancia que tiene el aborto como medio de planificación de la familia, aunque si bien es cierto que en esta Conferencia "El derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos", no fue tratado de manera profunda como en otras Conferencias, sí se reconoce al aborto inducido (que generalmente en América Latina es ilegal), como uno de los medios utilizados por las personas para llevar a cabo el control de la familia, cabe hacer notar que aún antes de que las instituciones públicas y privadas, se preocuparan por una planificación familiar, este medio fue y ha sido utilizado clandestinamente con el fin de lograr la planificación de la familia, aunque esta idea de programar la familia no estuviera tan en boga como lo está ahora en la actualidad.

Por lo que no hay duda de que el interés por el aborto inducido ha dado impulso a la organización

de los programas de planeación familiar y desarrollo de la investigación sobre el aborto, la fecundidad y la planeación familiar. Chile fue uno de los primeros países de los que el interés inicial por este aspecto fue más agudo. Durante la década de 1950, varios estudios de los hospitales indicaron la seriedad del problema. Romero y Valdosa^{75/} basándose en una investigación realizada en hospitales descubrieron que 3,038 mujeres habían sido hospitalizadas para producir o a causa de un aborto. El 26.5% de las embarazadas terminaron abortando, y dos terceras partes de esos abortos fueron inducidos. Otros investigadores obtuvieron resultados semejantes en Chile y Uruguay.

En esta sesión se percibió que las estadísticas de los hospitales eran insuficientes para presentar un cuadro exacto de la incidencia del aborto inducido, debido al interés creciente por el mismo. Se organizaron, por lo tanto, varias encuestas por muestreo con objeto de conocer la epidemiología del aborto en la población general. Los estudios más conocidos son los de Armijo, Montreal y Requena^{76/77/}; CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía). Por lo común dirige un conjunto de encuestas comparativas sobre el aborto en varios países de América Latina, con lo que viene a incrementar nuestro conocimiento sobre la materia. Un resumen de los estudios hechos sobre el aborto, se podrían sacar las siguientes conclusiones sobre el mismo:

-
- 75/ Romero, H. y J. Valdosa, "Introducción al Problema del Aborto", Revista chilena de Higiene y Medicina Preventiva, Vol.14,pg. 197-211
- 76/ Armijo R. Y T. Moreal "Epidemiology of Provoked Abortion en Santiago Chile" Population Dynamics, Maramutsu y Harpers (Eds) Baltimore 1965 pp. 147-159., Véase también Armijo R. Y T. Moreal "The Problem of Induced Abortion en Chile", Milban R. Memorial. Found Quartely Vol. XLIII, No. 4, octubre de 1965, pp. 33-49.
- 77/ Requena Mariano "Social and Eomic Correlates of Induced Abortio in Santiago,Chile" Demography, Vol 2, 1965 pp.33-49.

- a) La incidencia del aborto inducido en ciertas áreas y entre ciertos grupos de América Latina es alta. Al estudiarse el aborto inducido en 3 ciudades de Chile, Armijo y Monreal descubrieron que aproximadamente el 23% de las mujeres entrevistadas, la mayoría de las cuales tenían una edad de 20 a 45 años, habían inducido por lo menos uno o más abortos. Requena descubrió una mayor incidencia de abortos inducidos en una clase predominantemente proletaria y en la clase media baja que habita en la vecindad de Santiago. De cualquier modo, Requena y Monreal, aunque carecen de indicios suficientes, mencionan que el aborto inducido es uno de los factores más importantes que determinan el nivel de fecundidad en Chile.^{78/}
- b) La religión no parece ser un factor importante. Requena señala en los estudios mencionados que el aborto inducido fue significativamente más alto entre los católicos que entre los adeptos de otras regiones y, extrañamente, que está positivamente relacionado con la religiosidad, si ésta se mide por la frecuencia con que se asiste a la Iglesia. La incidencia de mujeres católicas es menor que en otras investigaciones, sin embargo, no hay duda de que un número considerado de mujeres que se declaran católicas han recurrido al aborto inducido.

^{78/} Requena, Marino y Tegualda, Monreal "Evolution of induced abortion Control", Mil Bank Memorial Found Quarterly, Vol. XLVI, No. 3, Julio 1968, p. 191.

c) La epidemiología del aborto inducido entre las clases sociales es interesante y contradictoria. En Santiago, Concepción y Antofagasta, Armijo y Monreal descubrieron que el aborto inducido estaba inversamente relacionado con la clase socio-económica, sin embargo, descubrieron que las mujeres de clase media abortan más a menudo que las mujeres de los obreros, Requena descubrió que el riesgo de aborto en una mujer embarazada es mayor en los -- niveles socio-económicos más altos. Hall descubrió que en Lima la proporción de embarazos que terminan en aborto provocado fue mayor en el grupo socio-económico medio^{79/}. Sospecha, sin embargo, a partir de la evidencia circunstancial, que es mayor el número de abortos provocados en el grupo socio-económico superior.

d) Un problema interesante es el de la interrelación entre el uso de anticonceptivos y el Aborto Inducido. Existen ciertos indicios de que el aborto inducido es más frecuente entre las mujeres que usan anticonceptivos, esto parece indicar la existencia de un poderoso deseo de evitar el número de hijos. Requena piensa que específicamente este es el caso de los grupos socio-económicos superiores, los cuales tienden a usar anticonceptivos con mayor grado

^{79/} Hall, M. Françoise, "Family Planning in Lima, Peru", Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol XLIII, No. 4, Octubre 1965, 2a. parte pg. 100-111

y recurren al aborto en casos de que fracasen. El aborto inducido tiene en este grupo la característica de ser un recurso extremo. Las mujeres de clase media inferior también recurren al aborto inducido, no como un último recurso, sino como una forma normal de limitar el número de hijos. Esto es lo que ocurre aproximadamente cuando se inicia un programa de motivación de planeación familiar, y de educación, en una comunidad de bajo nivel socio-económico sin un programa bien articulado sobre suministro y distribución de anticonceptivos.

En esta misma reunión y debido a los trabajos presentados sobre la fecundidad y la planeación de la familia se requirió una evaluación de las actividades sobre la planeación familiar de la cual en resumen se puede decir lo siguiente:

- a) La evaluación de la planificación familiar es una actividad nueva en América Latina (hay que recordar que esta Conferencia se celebró en 1970 y este era el criterio que se sustentaba para los efectos de planificación de la familia)
- b) La mayoría de los esfuerzos se han realizado en forma diseminada y a menudo su alcance está limitado geográficamente.

- c) El hecho de que los programas de planificación familiar se hayan realizado en forma diseminada y sin coordinación, ha determinado que sea muy poca la información evaluada que puede usarse en los programas experimentales y de demostración. Algunas excepciones son el proyecto de San Gregorio en Santiago de Chile, el programa EMKO en Puerto Rico, y un experimento para reunir voluntarios en la zona rural de Puerto Rico.
- d) La organización de la evaluación es a menudo inadecuada y por tanto solo permite una evaluación superficial. Las unidades de evaluación cuando existen, carecen generalmente personal adiestrado. La evaluación rigurosa se ve limitada por la carencia de independencia de las unidades de evaluación.
- e) La evaluación de las actividades de planeación familiar puede dificultarse por no existir una formulación clara de las metas y propósitos del programa. Las características de la evaluación variaran según la meta principal del programa, es decir la reducción del aborto o de la fecundidad.
- f) La distinción entre evaluación de metas a corto y mediano plazo no se define a menudo con precisión.

- g) Aunque la información de servicio y de encuesta son dos importantes fuentes para la evaluación apropiada de la planeación familiar existe poca coordinación entre ambas.
- h) No se presta la atención debido a la distinción entre los efectos directos e indirectos de un programa.

Por lo que en esta reunión y referente al tópico sobre la planeación de la familia en esta Conferencia se dedujo que en la próxima década se caracterizaría por cambios continuos de importancia en la modernización, urbanización y otras importantes variables sociológicas. También se distinguiría por la intención de planificar más efectivamente el crecimiento de la población.

También se dijo en esta Conferencia sobre de un trabajo de el Sr. Raúl Benítez Centeno de la Delegación Mexicana quien fue relator de la sesión sobre fecundidad; que al respecto de los niveles actuales de la fecundidad, continuando este investigador los trabajos de la CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía) analiza nuevamente los resultados generales de las encuestas hechas en nueve ciudades Latinoamericanas, en donde la Cd. de México muestra el más alto nivel, y Buenos Aires el más bajo. Se observa aquí, como en Buenos Aires el aborto y el control de la fecundidad llevan a las familias a tener pocos hijos, en Santiago de Chile, la elevada proporción de abortos lleva a un nivel intermedio de fecundidad, no obstante el nivel relativamente elevado de embarazos. Las encuestas muestran un nivel más o menos reducido de abortos en la mayor parte de las ciudades, similar a los que se conocen para poblaciones occidentales desarrolladas, lo que lleva en parte a concluir que aún la información

de estas encuestas no es lo suficientemente adecuada para la medición del aborto. De ahí la importancia de encuestas específicas sobre el tema del aborto. Las estandarizaciones efectuadas llevan a mostrar nuevamente los elevados niveles de -- fecundidad de los centros urbanos latinoamericanos, salvo Buenos Aires y Santiago de Chile, comparados con los niveles generales de los países desarrollados.

Por otra parte el Sr. Mony Nag, de los Estados Unidos, investigador sobre temas de fecundidad, después de un trabajo elaborado en Barbados y otros países del Caribe demuestra que los abortos inducidos han sido el factor determinante para disminuir la fecundidad.

Para este tiempo (1970) existían 16 países en Latinoamérica que habían impuesto un programa de planificación familiar en 6 países existen, con distintos grados de desarrollo, organizaciones privadas, en dos países no existe ninguna actividad; normalmente los objetivos que se persiguen están referidos a la salud, en relación con el aborto y la mortalidad infantil; solo en 5 de ellos, además de las razones de salud, existen metas demográficas sin que especifiquen que hayan definido una política de población.

Como fue el caso del estudio elaborado en Santiago de Chile y presentado por Faúnds Rodríguez Hardy y Mozo en el cual el propósito de programa se orientó hacia la disminución del aborto a través de un programa de planificación familiar mediante el uso de anticonceptivos de alta eficacia. Sus efectos en la disminución de la fecundidad fueron considerados. En primer término, se logró que la mayoría de las mujeres (el 90%) conocieran por lo menos un método efectivo que estuviera a su alcance; se triplicó su uso; se redujo el aborto a un 63% y se logró un descenso de la fecundidad de un 45%. A la vez hubo cambios en la nupcialidad y disminuyó, moderadamente la mortalidad fetal.^{80/}

^{80/} "Conferencia Regional Latinoamericana de Población" México 1970, Colegio de México, pg. 244.

y aunque si bien es cierto que hubo bastante información sobre el aborto, en esta Conferencia, sus tendencias y diferenciales aún no han sido establecidas; lo mismo puede decirse de la planificación familiar. No se determina el papel de ésta dentro del programa de modernización.

En esta Conferencia se observó que el aborto inducido ha sido utilizado por las mujeres latinoamericanas como un medio de control de la familia, sin que medie o que normatice su conducta un programa institucional sobre la materia, por lo que esta tendencia de decidir el número de espaciamiento de los hijos, eligiendo al aborto inducido como uno de los medios para ejercer este derecho, ha sido utilizada por las mujeres del mundo sin que medie un programa de planificación familiar o algo similar. Es de concluirse que la costumbre de las mujeres, antes de que hubiera esta corriente sobre la planificación familiar, fue o es de utilizar al aborto inducido con el fin de controlar su fecundidad.

3.4.3 Conferencia Africana de Población, Acera, Ghana 1971.

El tema principal de esta Conferencia fue el de el desarrollo de la población en Africa, a esta misma concurren alrededor de 350 participantes de todo el mundo incluyendo delegados de 40 Gobiernos africanos, esta Conferencia fue convocada por la Comisión Económica de Naciones Unidas para el Africa y la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población y fue abierta por el primer ministro de Ghana, el Dr. Cofi A. Busia.

Esta Conferencia marcó un paso significativo en Africa, sobre las funciones de población, se discutieron aspectos demográficos, la aplicación de planes demográficos para el desarrollo socio-económico y de las políticas y programas de población. Esta Conferencia fue un eslabón en la cadena de las Conferencias Regionales que culminaron en la Conferencia Global de 1974, (a la que nos referimos en capítulo aparte) año que fue designado por las Naciones Unidas como el Año Mundial de la Población.

En su discurso de apertura el Dr. Busia hizo notar que; "Las Poblaciones Africanas estaban experimentando un rápido crecimiento en los índices de población, y que los descensos de los índices de mortalidad como resultado de la aplicación de la moderna tecnología no estaban acompañados por el descenso de la fertilidad en la región."^{81/}

El representante de Ghana afirmó que este rápido crecimiento que experimentaba la zona iba a incrementar más la pobreza y la degradación humana, y si no se tomaban las medidas necesarias para controlar este crecimiento poblacional, los recursos naturales del área no estarían en coordinación con el crecimiento económico del mismo territorio. He hizo notar que cuando menos 8 países en el Continente habían hecho políticas de población.

^{81/} African, Target, Volumen IV, No. 5, Marzo de 1972.

En esta Conferencia no se esperaba que hubiera conclusiones formales o recomendaciones tan sólo fue un encuentro para identificar los intereses del área a las políticas demográficas que debían seguir todos estos países, aunque las principales conclusiones a que se llegaron en esta Conferencia las podemos resumir en cinco puntos:

- 1) Los demógrafos deberían de seguir de cerca el problema demográfico asociados con las políticas gubernamentales de los países de esta región señalando los --- problemas y sus posibles soluciones;
- 2) La planeación económica debía ser un esfuerzo de grupo en el cual se incluyeran a expertos de las diferentes materias que trabajaban juntos con el fin común del bienestar económico y social de las naciones;
- 3) La inadecuada cultura del Africa debería de ser superada, mientras tanto se le debería más atención a la investigación pagada sobre estrictamente cuestiones relativas al Africa.
- 4) La población como un componente económico y social debería de ser estudiado e integrado así como dirigido hacia una mejor comprensión de desarrollo económico y social del trabajo del campo. Y en esos estudios se deben de incluir los problemas del congestionamiento del desempleo en las áreas urbanas como un resultado de la emigración rural hacia las ciudades.

- 5) La planificación familiar se debe considerar como un aspecto de la política nacional y debería ser vista como un tema de salud y bienestar de los individuos y la familia en especial de la madre y el hijo.

Por lo que al respecto de la planificación familiar se propuso que en la salud de la madre y el niño debía incluirse los servicios de planificación familiar a aquellos a quienes desearan seguir este método.

Al respecto del aborto en esta Conferencia no se debatió este tema debido tal vez a que se tiene escasa información del mismo ya que el Continente Africano es de las áreas del mundo donde es amplio en territorio y es necesario poblarlo, aunque si bien es cierto que el rápido crecimiento demográfico preocupa en algo a los gobernantes de ese territorio, también lo es que esta zona está tan extendida que puede recibir o sostener a más gente, por lo que la planificación familiar en estas zonas es de menor importancia a las inmigraciones del trabajo del campo a la ciudad, mismas que quisieran evitar los gobiernos de estas regiones, ya que dejan el trabajo del campo, para convertirse en empleados o subempleados y tal vez desempleados en las ciudades. Por lo que es evidente que el problema principal de esta área es el personal para el trabajo del campo para obtener la alimentación necesaria e indispensable para toda la gente que habita en esta región. Aunque si el movimiento de planificación familiar se da en esta Conferencia no se profundizan en estudios y trabajos por lo que no podemos afirmar que la planificación familiar se esté dando en el seno de la familia africana y mucho menos que utilicen el aborto como medio para decidir el número y espaciamiento de los hijos, ya que como lo hemos dicho se carecen de los estudios formales para afirmar tales cosas y la región es tan

subdesarrollada y con tan amplio territorio que nos parece que aún en esta área se piensa que el tener más niños es conveniente para la economía familiar.

4. Conferencia con Sentido Limitado, Relacionadas con el Aborto.
 - 4.1. Conferencia Internacional sobre la Planificación Familiar en los '80s., Yakarta, Indonesia, 1981.

Esta Conferencia Internacional sobre planificación familiar en los '80s, fue hecha en abril de 1981 en Yakarta, Indonesia. A la misma asistieron 123 participantes interesados en los movimientos de planificación familiar, algunos gubernamentales y otros no, de 63 países de Organización y Agencia Internacionales interesados sobre la materia.

Los Objetivos de esta Conferencia fueron:
tres:

- 1 . Identificar los problemas relevantes y la forma de ayuda para los mismos en las operaciones de planificación familiar;
- 2 . Proponer estrategias viables y accesibles de servicios de planificación familiar de acuerdo con las necesidades y preferencias de las zonas;
- 3 . Sugerir a la comunidad Internacional y Nacional la importancia de la planificación familiar como un componente esencial en el desarrollo de los pueblos.

Esta Conferencia fue patrocinada por la "International Planned Parenthood Federation", el "Consejo de Población", y el "Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población", así como también la asistencia del Gobierno de Indonesia. Se propuso un Comité que integrara

los trabajos correspondientes para esta Conferencia el cual hizo el estudio correspondiente que sirvió de base para las discusiones de la Conferencia, este documento fue escrito por S.B. Shearer en compañía con el Sr. N. Firancioglu, y contribuyeron para la organización del mismo los señores F. Peri, J. Brown, B. Baron, M. McEvoy, S. Isaacs. Y este documento fue publicado antes de que se realizara la Conferencia para que fuera estudiado por todos sus participantes, asimismo, hubo un anexo a este documento o estudio que también sirvió de base para las discusiones, y este fue realizado por Stephen, Isaacs y contribuciones de Barnett Baron, Donald Lauro, Deborah Maine, y Dorothy Norma, S. Bruce Shearer y Walter Watson.

Y aunque en esta Conferencia se platicó de varios temas sobre planificación familiar para nuestro estudio sólo nos va a interesar lo referente a las costumbres del aborto. Al respecto del derecho a elegir el número y espaciamiento de los niños, este derecho se declaró ya reconocido en esta Conferencia, así como en las Naciones Unidas en sus resoluciones y declaraciones que datan desde los '60s, (a este derecho nos referimos en capítulo aparte), por lo que la Conferencia a la que nos estamos refiriendo agregó a este derecho que los Gobiernos deben de hacer tangible este derecho adoptando planes o programas de planificación familiar acordes a las necesidades de sus propios lugares. Así también en contraposición a esta aseveración se dijo que; "Aquellos Gobiernos que negaran los servicios de educación en materia de planificación familiar a los individuos y a las parejas, deben saber que están negando a la humanidad los beneficios tan grandes como son los de su propia salud".^{82/}

^{82/} Informe de la Conferencia Internacional sobre la planificación familiar en los 80's, Yakarta, Indonesia abril 1981, Family Planning in the 80's "Challenges and opportunity", pg. 6.

Por lo que este derecho a decidir el número de hijos a tener, no sólo se vio reconocido sino también reafirmado y condenado a quien no lo respetara.

El tema del aborto se vio incluido en los métodos de anticonceptivos que circulan en el mundo y se dijo al respecto; que debido a tan gran cantidad de abortos ejecutados, y que estaba estimado entre 30 y 35 millones de abortos al año que fueron hechos en el mundo, no sorprendió que algunos participantes propusieran que se legalizara el aborto en el mundo, lo cual no puede ser aceptado por el consenso de la Conferencia ya que ésto se ha dejado a la soberanía de cada Estado decidirlo, y ponen como ejemplo lo restrictivo de las leyes en América Latina y en Africa y un poco más permisivas en Asia y en los países desarrollados, (no profundizamos sobre las legislaciones de estas regiones debido a que en el siguiente tema sobre el estudio del derecho del aborto en las diferentes regiones los veremos) se incitó a las compañías investigadoras a realizar más experimentos con los anticonceptivos usuales y que sus tecnologías incluyan a la píldora, a las soluciones inyectables, a los condones y esterilizaciones, así como al desarrollo de las técnicas abortivas.

Se estimó que alrededor de 200 millones de personas utilizan alguno de los métodos anticonceptivos, alrededor de 2/3 partes en los países desarrollados, 1/3 en los países en desarrollo, alrededor de 1/3 ha sido esterilizado, aproximadamente un 20% utiliza la píldora, un 15% utiliza aparatos intrauterinos y un 10% utiliza el condón. El otro 20% usa anticonceptivos inyectables, el diafragma y varios tipos de espermaticidas diferentes, la abstinencia periódica, son utilizados por la población mundial en adición con los ya estimados 30 a 35 millones de abortos inducidos hechos al año alrededor del mundo.

El índice de utilización de los diferentes anticonceptivos en los países desarrollados se eleva a un 20% en los países desarrollados y es un poco menos en su uso en los países africanos y los de medio oriente; Pakistán, Bangladesh, Bolivia, Ecuador, Haití, Afganistán y Paraguay en otros países como Costa Rica, Cuba, Hong Kong, Mautania, Panamá, Singapur y Taiwan este índice se ha elevado a un 50% más y aun es mayor el índice observado en América Latina y en algunos países de Asia y el Medio Oriente. Uno de los desarrollos recientes sobre anticonceptivos es la esterilización voluntaria, que ha tenido sus mayores índices en El Salvador, República Dominicana, Corea, Fiji, India, Srilanka y China.

Y de acuerdo a algunos estudios realizados sobre fertilidad en el mundo se resumieron dos puntos a saber:

- 1.- La mitad de los matrimonios entrevistados en los 15 países examinados no quieren más niños.
- 2.- En 7 de 8 países donde los datos son accesibles, más del 25 % de los matrimonios o mujeres casadas, entrevistadas con un niño, manifestaron que su última preñez no la habían deseado.

A ésto se le debe agrega los miles de millones de mujeres que determinan, o deciden terminar con su preñez por medio del aborto.

También se dijo que la comercialización de los anticonceptivos se lleva a cabo más que nada por empresas europeas, americanas y japonesas con filiales para la producción local en cada uno de los países en donde explotan sus patentes, y aunque proporcionan o invierten algun capital

para la investigación, no han conseguido un anticonceptivo 100% eficaz, por lo que en esta Conferencia se reconoció que la esterilización y el aborto eran los dos métodos anticonceptivos 100% eficaces para llevar a cabo el control de la natalidad.

Es importante hacer mención de las resoluciones que se abocaron al estudio del aborto y vamos a citar el punto número 2 de la resolución intitulada "Tecnología y Abastacimiento de los Anticonceptivos", que dice en el punto número 2 lo siguiente: "Se debe de legalizar el acceso al seguro aborto, con técnicas modernas que deberán ser ofrecidas a todos los segmentos de la población donde las leyes locales, actitudes y creencias lo permitan, mientras que la investigación sobre un anticonceptivo eficaz lleguen a ofrecer una completa protección. En los países donde el aborto no es permitido, los programas deberán de ofrecer servicios médicos que se encarguen de mujeres que han sufrido las consecuencias de los abortos ilegales mal hechos. En estos países urge que se establezcan programas de investigación sobre estos problemas de los abortos clandestinos. Es también de vital importancia que a estas mujeres se les ofrezcan la asesoría en anticonceptivos efectivos para prevenir futuros abortos"^{83/}.

Y por otra parte en lo que fuera la declaración de Yakarta de 1981 en el número dos, dice que: "Un ancho campo sobre los métodos de regulación de la fecundidad deben de ser viables para hombres y mujeres, con información de sus ventajas y desventajas. Estos deben incluir métodos reversibles y que sea legalmente aceptados, voluntaria debe ser la esterilización de hombres y mujeres. Mientras la in-

^{83/} Informe de la Conferencia Internacional sobre planificación familiar en los '80s, op.cit. pg. 31

investigación sobre de un contraceptivo efectivo viable y completamente seguro para detener la preñez no deseada, el acceso al seguro y moderno aborto debe ser ofrecido donde las leyes lo permitan. Donde el aborto no es legal, medicamentos y servicios adecuados deben de procurarse para ayudar aquéllas personas que han sufrido las consecuencias de los abortos mal hechos 84/.

A continuación vamos a citar el número 7 y 8 de esa declaración que nos parece importante para nuestro estudio debido a que habla sobre los anticonceptivos, ya que en esta Conferencia se aceptó como un método anticonceptivo al aborto.

El No. 7 dice así: "Adecuadas dotaciones de anticonceptivos deben asegurarse para toda la gente, porque el rápido exparcimiento de éstos en los '80s., y su investigación es necesaria para detener la explosión demográfica y centros apropiados de manufacturación de anticonceptivos debe ser establecidos en el mundo desarrollado".

El No. 8 dice así: "Mejores técnicas sobre la regulación de la fertilidad son urgentemente necesarias. Los métodos seguros aceptables y efectivos son demandados. El incremento a la investigación para probar y desarrollar nuevos métodos y tecnología que deben de ser acrecentadas" 85/

84/ Ibidem, pg. 35.

85/ Ibidem, pg.36

Como hemos visto en la resolución y en la declaración vista en esta Conferencia, el aborto significó uno de los medios para llevar a cabo la planificación familiar, solicitando a los países que ya lo permiten, dar el servicio eficientemente, para que las diferentes personas recurran a éste, y asimismo, en los países en donde no es permitido el aborto ofrecer el servicio de atender a las personas a quienes se les ha ejecutado mal el aborto en forma clandestina para que pueda ser remediada su situación. Es evidente que al reconocer que en los países en donde no se acepta el aborto se dé el servicio de terminar los abortos mal hechos, nos están diciendo que se reconoce que aún en los países en donde no es legal el aborto, éste se lleva a cabo, ya que el aborto aún en los países donde es ilegal, ha sido utilizado por las mujeres que deciden tener o no hijos, sin esperar a que se les reconozca este derecho por sus legisladores, o por sus médicos, sino que son las mujeres, que ha decidido el número de espaciamiento de sus hijos, aún sin la existencia del derecho y sin que se les permita la práctica del mismo.

Un dato importante que quisiera hacer notar es el dato por el doctor Fred T. Sai que el fue el Jefe de la Conferencia y que habló en la Sección de Inauguración diciendo que; "Una de las herramientas del imperialismo capitalista y no capitalista, es la planificación familiar, ya que en sentido interno elimina a la mayor competencia y en sentido externo proporciona mano de obra barata".^{86/} Esto en mi parecer creo que es el punto por el cual las potencias quieren que los países pobres del sur sigan creciendo en cuanto a población, aunque en sus propios países tengan que controlar a toda su población permitiendo el aborto, ya que con esto logran lo antes dicho y es una menor competencia en el mundo interno y una mejor y más barata mano de obra

^{86/} Ibidem, pg. 40.

a nivel externo, ya que debido a su potencial económico y bélico, pueden traspasar sus fronteras y mediatizar y controlar a sus beneficios e ideologías a las demás personas que no son más que personas semejantes a ellas mismas.

En este mismo discurso y al hablar de las reformas legales sobre la fecundidad, y en sí sobre el aborto mencionó este documento, que el aborto habrá sido y es un problema latente y que deberá continuar así hasta en tanto surga un anticonceptivo eficaz, y agregó que el tremendo avance tecnológico, se ha logrado donde el aborto es legal y las mujeres recurren a este medio de manera segura y eficaz, cosa que no sucede así en los países donde no es legal el aborto, ya que éste estará bien hecho para las personas con dinero que podrán pagar un buen hospital y una buena atención, en cambio, las pobres personas que tienen que hacerse un aborto en casa o en un lugar totalmente insalubre están expuestas a la gran infección o los problemas de la hemorragia que puedan poner en peligro su vida, además de tener que pagar un dinero que para esas personas es mucho, exponiendo su salud y su vida.

Para efectos de esta Conferencia se dividió al aborto, en aborto temprano y aborto tardío, el aborto temprano se calificó como el efectuado durante los primeros 3 meses de embarazo los cuales según la técnica puede ir desde el equipo de aspiración, hasta el legrado o raspa éstos últimos métodos son efectuados en los países donde el aborto es ilegal, exponiendo con esta raspa a ulcerar, infectar y a veces a provocar hemorragias, que cuando no se tienen los instrumentos adecuados para controlarla puede producir la muerte de la paciente.

Por lo que respecta al aborto tardío esta técnica se establece después de los tres primeros meses de embarazo y hasta los 7 meses del mismo, y ésta no debe ser efectuada clandestinamente, ya que se requiere de conocimientos médicos especializados para efectuarla, así como instrumento y personal capacitado para llevarla a cabo.

Asimismo, se habló de la legislación sobre el aborto en diferentes países, que a reserva de aumentar este conocimiento en el enciso respectivo, platicaremos un poco sobre ésto, y en esta Conferencia se dijo que hay causas éticas religiosas con fundamentos naturales que permitan o restringen la práctica del aborto, estas restricciones son encontradas con mayor incidencia en Africa, en América Latina y en algunas partes de Asia, donde el aborto está prohibido completamente, y es permitido sólo para salvar la vida de la mujer. Hay en algunos países desarrollados de Asia incluyendo China y la India donde el aborto es viable ya sea por fundamentos sociales y económicos, para prevenir el nacimiento de niños deformes, o por la simple demanda de aborto.

En Asia es donde se está dando la liberación para el aborto por lo que desde 1976, cuarenta países han extendido las causas del aborto mientras que cuatro de ellos han restringido el acceso a éste mismo. Por lo que es en América Latina y Africa donde el aborto clandestino tiene sus mejores raíces, ya que como lo hemos sostenido continuamente la mujer seguirá determinando el número de espaciamiento de sus hijos cuando ella quiera, utilizando los métodos que a ella le convengan mejor.

En resumen podemos decir que los objetivos de la Conferencia que fueron, reformar y apoyar la planificación familiar lograron impactar a la comunidad internacio-

nal y en lo referente al aborto, esta Conferencia lo reconoció como uno de los métodos que utilizan las mujeres para llevar a cabo su planificación familiar.

4.2. Conferencia Internacional sobre el Aborto,
Hot Springs, Virginia, U.S.A. 1968.

Esta Conferencia fue convocada por la Asociación para el estudio del aborto y se celebró en Hot Springs, Virginia, en noviembre de 1968. Cinco sesiones plenarios fueron realizadas sobre la ética, la legislación, la medicina, lo social, y aspectos globales sobre el aborto. A esta Conferencia asistieron alrededor de 87 participantes de 19 diferentes países y 27 observadores.

El objetivo principal de esta Conferencia fue el de intercambiar ideas sobre el aborto y publicar ese conocimiento sobre el mismo.

Esta Conferencia es demasiado técnica en sus exposiciones y estudios, y ese tecnicismo no es el objetivo de este trabajo ya que nos estamos limitando de observar tan sólo el derecho a elegir el número y espaciamiento de los hijos, por medio del Aborto Inducido, por lo que trataremos de resumir lo más someramente posible cada una de estas reuniones. Aunque si usted mi querido lector le interesa conocer en detalle lo que sucedió en esta Conferencia, le recomiendo que lea un libro que se llama "The Abortion in a Changing World", editado por Robert E. Hall, m.d., Columbia University Press, New York and London, volúmenes I y II.

En los debates se admitió la definición del aborto como "la terminación de la preñez antes de que el feto fuera viable" y para ese tiempo se habla de un feto como de unos 400 gms., más o menos (ver fotografías) , y

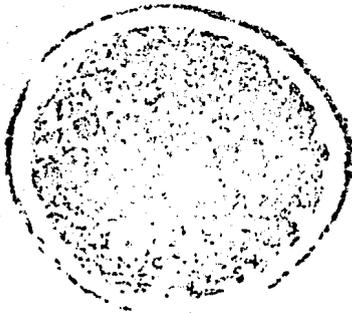
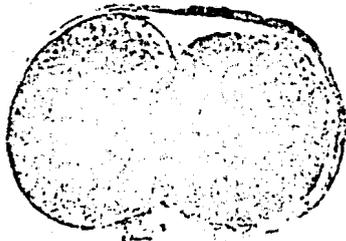


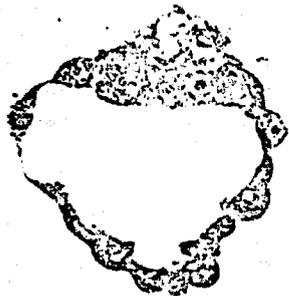
Fig. No. 1 Ovulo sin fertilizar.
(Esta y las demás fotografías contenidas
en "Abortion in a Changing World".
varios autores. Editado por Robert E. Hall
Columbia University Press, Nueva York y
Londres. 1968 VI pp. 5 a 10.



Dos Ovulos Humanos Unidos



Embrión humano tres días después
de la ovulación.



Embrión humanos cinco días d.
después de la ovulación.

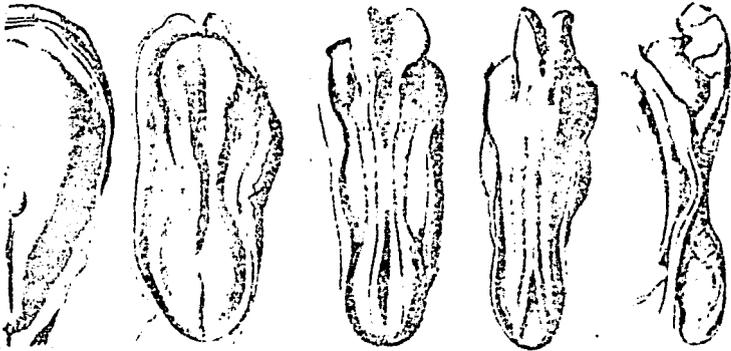


Fig. Evolución del Embrión en la segunda y tercera semana vista dorsal excepto el de la extrema derecha.



Embrión Humanos a los 25 días, el de la izquierda muestra una vertebra débil.



Embrión Humano al comienzo de la quinta
Semana (X 12)



Feto Humano, al final
de la septima semana
(X 3)



Feto Humano, en la placenta y membranas, cerca de las quince semanas.

Feto totalmente terminado
séptimo mes en adelante.



asimismo, se afirmó que un feto será viable o se deberá tener considerado como viable, a partir del séptimo mes de embarazo, para ese tiempo ya el niño puede tener vida propia aunque éste sea ayudado por incubadoras. Al observar las fotografías en páginas anteriores, podemos notar la evolución del feto, y aunque se puede hablar ya de una vida independiente a los siete meses, también se puede hablar de una vida casi formada a partir de los tres meses.

Por otra parte y en relación a lo que es el derecho a elegir el número de espaciamiento de los hijos, se dijo en esa Conferencia que ese derecho solamente lo podía tener la madre, debido a que ésta era la única que podía decidir ha ejercerlo. Yá que es ella misma la que soporta el embarazo y el nacimiento de los niños. Esta idea fue aceptada en los debates sobre las éticas de aborto.

Otra de las interrogantes que más se discutieron en esta sesión fue la de que hasta que punto se debe considerar como infanticidio y hasta que punto se debe considerar como un aborto, sobre de ésto el Dr. Lidz nos dice que: No se puede hablar de vida humana sino hasta que el feto o el ser viviente pueda tener vida independiente, ya que esa es una virtud o elemento esencial para catalogarlo como una vida humana, por lo que, él consideraba que no se podía hablar de infanticidio mientras que el niño no tuviera vida independiente. Esto también fue confirmado con la exposición del Dr. Rodríguez de Lima, él afirma que en su país se considera como preñez desde el momento de la ovulación hasta el momento en que dá a luz la mujer a una vida nueva e independiente.

Como dijimos en el proemio de este capítulo, no podemos adentrarnos a las disposiciones técnicas que se suscitaron en cada una de estas sesiones, ya que tendríamos que profundizarnos en materias que no son del campo del Derecho, por lo que pasaremos a analizar la siguiente sesión.

En esta sesión se trato sobre los aspectos médicos del aborto y se trato de justificar la práctica del aborto por parte de los médicos, diciendo que ¿Quién podía decir si un aborto era legal o ilegal?, y proponían este razonamiento, todas las leyes o cuando menos la mayoría de estas están protegiendo tanto la libertad sexual como la vida humana, ha habido veces en que se han efectuado abortos respetando estos principios de derecho universalmente reconocidos, y por otra parte se definía que existía otro principio también universalmente reconociendo que era el de elegir el número de espaciamiento de los hijos, y que en uso de este derecho las personas podían recurrir al aborto para facilitar el ejercicio de este derecho, por lo que la opinión de los médicos que intervinieron en estos debates, técnicamente no podía haber impedimentos para realizar abortos, ya que éstos estaban justificados. Aunque lamentaban que en la practica sí hubiera penalización para este tipo de cirujfa.

Y para hablar un poco de la parte técnica de estos debates vamos a referirnos a la opinión del Dr. Franc Novak, el cual afirma que por el método de succión (a este tipo de métodos por máquina succionadora nos referimos en el inciso intitulado "Investigación sobre Aspectos Biomédicos Anticonceptivos", al principio de este estudio,) que se utiliza en los países donde el aborto es legal, y que permite atender una mayor cantidad de abortos al día, ya que

en Belgrado, Yugoslavia, donde el Dr. Novak trabaja, es tal la demanda de abortos que hay veces que se tienen que hacer los abortos fuera del hospital debido a que no hay suficientes camas para realizarlo, y por este método, esta operación no dura más de tres horas, en el que el paciente puede llegar completamente vestido no se necesita prepararlo de ninguna manera, ni siquiera una anestesia o medicamento alguno, y lo que si pasa, es que se inyecta una anestesia local y el procedimiento al encender la máquina no dura ni siquiera cinco minutos desde el principio al final, y el paciente una vez terminado, camina hacia una área donde podrá recobrase de inmediato, esta persona se va a casa y en cinco días regresa para tenderle de cualquier complicación, este método se puede utilizar hasta la 14a. semana de embarazo, o sea tres meses y medio, pero es más recomendable hacer el aborto cuando la preñez se inicia; o sea en el primer mes. También hubo una discusión sobre las personas especializadas para realizar este tipo de cirugía y en opinión del Dr. Novak, dice que ésto debe ser utilizada sólo por ginecólogos especializados con la suficiente técnica y experiencia para realizarlo, aunque por el contrario en opinión del Dr. Oladel Akinla, del Departamento de Gineco-Obstetricia de la Universidad de Lagos en el Colegio de Medicina de Lagos, Nigeria, opinó que en lo que respecta en su región, esto no podía suceder, ya que la ausencia de especialistas o cuando menos de doctores no lo podía permitir, por lo que él estaba a favor a que se ayudara a todos aquellos paramédicos para que pudieran aprender la técnica y desarrollarla y así poder controlar la explosión demográfica.

Hubo consenso en el sentido de la preocupación de los médicos al respecto de que no existe un anticonceptivo verdaderamente eficaz que pueda controlar la explosión

demográfica, hubo muchos médicos que expresaron sus experiencias de personas que utilizaban tanto aparatos intrauterinos como píldoras y demás dispositivos, que llegaron a embarazarse aún utilizando los anticonceptivos conocidos, por lo que instaron a la investigación de un anticonceptivo eficaz para llevar a cabo el control de la natalidad.

Otro de los casos expuestos en esta sesión sobre aspectos médicos del aborto, fue el de la idea de tener que detectar el doctor a los niños mongoles porque nacen con deficiencias físicas y la pregunta o cuestión que se hacían era que : Si la mujer deberá o estará obligada a tener y sobrellevar a ese niño mongol?. Hay una práctica según afirmaciones del Dr. Hellman de que ninguna de las mujeres a las cuales se les detectó que sus hijos podrían o serían mongoles, ninguna de ellas aceptó el nacimiento del niño. Por lo que este caso también debe de tenerse en cuenta en la legislación para controlar la explosión demográfica.

En conclusión sobre de esta sesión se puede decir que hubo un consenso sobre la idea de aumentar más la investigación sobre los anticonceptivos y sobre las técnicas de aborto, así como también se aceptó al aborto como una práctica constante y en grandes cantidades, para llevar a cabo la planificación familiar.

El siguiente tema examinado en esta Conferencia fueron los aspectos legales de la práctica del aborto en el mundo, los cuales debido a su gran importancia que representa para este estudio vamos a sacar toda esta información que nos proporciona esta Conferencia y la vamos a incluir junto con otras fuentes de investigación en el siguiente capítulo en el cual examinaremos las cuestiones

legales del aborto en las diferentes regiones del mundo que examinaremos. Por lo que pasaremos ahora a examinar el siguiente tema de la Conferencia que estamos viendo y que fueron los aspectos sociales del aborto.

Uno de los puntos importantes de debate sobre los aspectos sociales del aborto fue que se reconoció la obligación de los padres americanos de decidir responsablemente el número o tamaño de la familia, se reconoció asimismo que ese derecho tendría que ser evolucionado o desarrollado a través de campañas gubernamentales que proporcionaran información a las personas sobre del mismo, y esta clase de información debería de ser dada de la mejor manera posible, ya que se reconoció que los hospitales en la actualidad no estarían capacitados para atender la demanda de tan gran cantidad de abortos que se solicitan en el mundo.

Por otro lado se dijo también que son los estudiantes las personas jóvenes más interesadas sobre del tema, y son las personas que más investigan sobre el tema, ya que es lógico pensar que son los jóvenes los que enfrentan este problema.

Se habló también de que la clase pobre, es la más expuesta a los abortos clandestinos, los cuales se efectúan en forma antihigiénica, ya que estas personas carentes de los medios económicos suficientes para proporcionarse un buen servicio, acuden a personas que se dedican a hacer abortos sin tener conocimientos de medicina o enfermería. Asimismo se reconoció que es por esta razón que el enemigo principal para el control de natalidad en América Latina es la extrema pobreza en que se vive en esa área. Por lo que encontramos de nuevo que el sistema económico tan desequilibrado va ha producir que las personas de escasos recursos, expongan la vida con tal de poder vivir un poquito más cómodamente.

Se reconoció que el fenómeno llamado "machismo", es uno de los efectos psicológicos del hombre que afectan el control de natalidad, ya que al dejar embarazadas a las mujeres o tratar de embarazarse a muchas mujeres sólo va a producir problemas para esa mujer, debido a que este fenómeno de "machismo" en los hombres, los incita a tener mucho contacto sexual sin responder a las consecuencias del mismo.

En resumen podemos decir que los resultados arrojados en esta Conferencia fueron la gran investigación tan profunda que se hizo sobre el tema en todos sus aspectos, y que sirve para obtener criterios y evaluaciones sobre un problema que es latente en toda la sociedad mundial, y un derecho que la mujer no ha esperado de sus legisladores, un derecho que la mujer ha tomado para sí en forma natural, para poder controlar el número de su familia y poder vivir cómodamente, ya que debido al desequilibrio económico en que vivimos sólo los que tienen poder económico podrían tener más hijos y los que no, deben tener menos hijos. Para los que piensan que el problema del aborto es un problema temporal les recomiendo que lean esta Conferencia.

87/ Con la lectura de esta Conferencia nos daremos cuenta de la grave crisis que provoca el desequilibrio económico en la explosión demográfica, y se puede observar que el derecho a elegir del número y el espaciamiento de los hijos no fue producto de la iniciativa de los legisladores, sino que respondió a una costumbre dada y elegida por las mujeres quienes se han sometido a los anticonceptivos y al aborto con tal de tener una familia reducida que pueda mantener y así poder vivir un poco más cómodamente.

CAPITULO CUARTO

5. E. Desarrollo del Derecho del Aborto en el Mundo.

El aborto inducido que, es o ha sido el método para el control de natalidad más antiguo, aunque éste es peligroso, cuando se hace clandestinamente, ha sido preferido por muchas mujeres en el mundo, y gracias a la aparición de los métodos anticonceptivos modernos el aborto ha caído hacia un tercer lugar como método para un control de la natalidad, al lado de la esterilización voluntaria (aproximadamente 10 millones de personas la han usado en el mundo) y los contraceptivos orales (aproximadamente 54 millones de usuarios en el mundo)^{89/}.

Actualmente se estima que uno de cada cuatro nacimientos es terminado por aborto inducido, y que actualmente serán cerca de 40 millones de personas al año las que recurren este método.^{90/} Cerca de la mitad de este número de abortos es clandestino, y representa una de las causas sobre mortalidad de los países. En América Latina y Medio Oriente, donde el aborto no está permitido, los abortos clandestinos en que se cree que se efectúen como si fuera epidemia, con las complicaciones que acarrea una operación aséptica.

Este movimiento de la mujer por preferir el aborto a llevar a cabo su planificación familiar se identifica con la necesidad de la misma familia desde pequeña, por razones económicas y sociales, ya sea en el medio rural o en el medio urbano.

^{89/} "Population", Documentos y Ayudas Nacionales e Internacionales e Importancia de la Población, preparado por el Comité de Población No. 9, Septiembre 1982, pg.1

^{90/} Ibidem, pg. 1

Para observar un poco mejor el número de abortos en el mundo vamos a pasar al mapa No. 1 en el cual podemos observar que es en todo el mundo un medio empleado para llevar a cabo la planificación familiar, sea cual fuere la religión, las costumbres y su sistema económico.

En el mapa No. 2 podremos observar como las legislaciones del mundo han podido otorgar a la mujer el derecho y en otras partes le han restringido, provocando con ésto el clandestinaje del aborto y poner en peligro de la mujer al someterse a este tipo de operaciones en condiciones asépticas.

Por último vamos a pasar al cuadro No. 17 y 18, en el cual podemos observar los índices de los abortos legales efectuados recientemente, estos cuadros por si solos se explican.

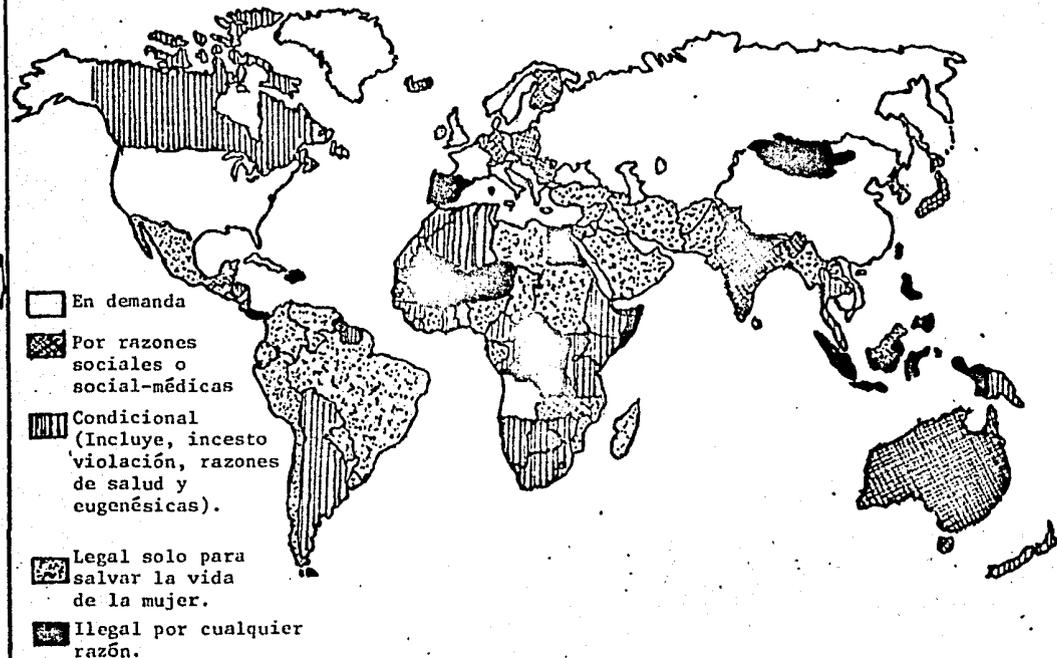
Después de haber visto estos mapas y cuadros, es necesario que pasemos a estudiar separadamente cada uno de estos países para poder estar en aptitud de tener un criterio amplio y definido sobre como se debe de reglamentar este tipo de operaciones por lo que pasaremos a observar cada una de las legislaciones.

VISTA MUNDIAL DE LA PRÁCTICA DEL ABORTO



Fuente: People, Vol. 5, No. 2, 1978, p. 18 Basado en "Unmet Needs in Family Planning Survey..." "International Planned Parenthood Federation", 1977.

ESTATUS LEGAL DEL ABORTO INDUCIDO



Fuente: Population Reports, Serie F, No. 7, "Population Information Program",
The Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland 21205, USA.

Cuadro No. 17 LEGISLACIONES SOBRE EL ABORTO EN LOS DOCE
PAISES MAS POBLADOS.

PAIS	POBLACION, 1972	ABORTO LEGAL
CHINA	786,000,000	Si
INDIA	585,000,000	Si
URSS	248,000,000	Si
USA	209,000,000	Si
INDONESIA	129,000,000	No
JAPON	106,000,000	Si
BRASIL	98,000,000	No
BANGLADESH	79,000,000	Legislación pendiente
PAKISTAN	66,000,000	No
ALEMANIA OCCIDENTAL	59,000,000	No
NIGERIA	58,000,000	No
REINO UNIDO	57,000,000	Si

Fuente: Oficina Consultiva sobre Población; Centro Internacional de Consulta sobre Investigaciones del Aborto, Instituto Transnacional sobre Investigaciones de la Familia.

Cuadro No. 18 POBLACION EN LOS PAISES DONDE EL ABORTO ES LEGAL.

PAIS	POBLACION
BULGARIA	8,700,000
CHINA (REPUBLICA POPULAR)	786,100,000
CHECOSLOVAQUIA	14,900,000
CHIPRE	600,000
DINAMARCA	5,000,000
FINLANDIA	4,800,000
ALEMANIA ORIENTAL	16,300,000
HUNGRIA	10,400,000
ISLANDIA	200,000
INDIA	584,800,000
JAPON	106,000,000
NORUEGA	4,000,000
POLONIA	33,700,000
RUMANIA	20,800,000
SIERRA LEONA	2,800,000
SINGAPUR	2,200,000
SUECIA	8,200,000
TUNEZ	5,400,000
UGANDA	9,100,000
URSS	248,000,000
REINO UNIDO	56,600,000
ESTADOS UNIDOS	209,200,000
VIETNAM (NORTE)	22,000,000
YUGOSLAVIA	21,000,000
ZAMBIA	4,600,000
URUGUAY	3,000,000
POBLACION TOTAL CON ABORTO LEGAL	2,188,400,000
TOTAL DE LA POBLACION MUNDIAL	3,782,000,000
PORCENTAJE DE LA POBLACION MUNDIAL EN LOS PAISES CON ABORTO LEGAL.	58%

FUENTE: Oficina Consultiva sobre Población; Centro Internacional de Consulta sobre Investigaciones del Aborto, Instituto Transnacional sobre Investigaciones de la Familia.

5.1 EUROPA ORIENTAL

Desde los últimos 20 años la mayoría de los países socialistas de Europa Oriental han tomado medidas definitivas en contra de la práctica ilegal de aborto. Uno de los puntos de vista importantes que contienen estas legislaciones es el que; todas las mujeres deben de tener el derecho a decidir el destino de sus embarazos, y que el estado debe establecer requisitos para garantizar esta libertad. Por lo que el aborto y la planificación familiar en los países socialistas está basada en el principio general de "igualdad de trato para todos los individuos", así como el reconocimiento al "derecho de decidir el número y espaciamiento de sus nacimientos, en forma libre responsable e informada". Y para concretizar estos derechos, y proteger a la mujer contra el aborto clandestino, el aborto ha sido legalizado en la Unión Soviética en diciembre de 1955, Polonia y Bulgaria en abril de 1956, Hungría en 1956, Rumanía en septiembre de 1956, Checoslovaquia en 1957 y Yugoslavia en febrero de 1960^{91/}.

El aborto fue escogido como uno de los medios de planificación familiar debido a tres razones:

- a) No existe un anticonceptivo 100% eficaz y aceptable para todas las clases sociales.
- b) Fue necesario por razones humanitarias el intensificar una campaña contra el aborto clandestino, porque éste ponía en peligro la vida y la salud de las mujeres.
- c) Era necesario que el aborto que se realizaba clandestinamente por comadro-

^{91/} Carl Heinz Mehlan, M.D. Dr. Sc., M.P.H. "Abortion in Eastern Europe".
in: The Abortion in a Changing World, op. cit. VI pg. 302.

nas y seudomédicos, fuera realizado por personas especializadas dentro de establecimientos médicos, sobre la supervisión médica así como su tratamiento.

BULGARIA. Por instrucciones dadas en Bulgaria el 27 de abril de 1956 describen que, de conformidad con la sección 135 del Código Penal, la interrupción de la preñez en cualquier mujer embarazada que haya expresado su deseo de terminarla, está permitido. Y asimismo agrega esta misma sección que el aborto no será permitido cuando se presentaran complicaciones en los órganos genitales, como; focos de pus en este órgano reproductor, una aguda enfermedad contagiosa; cuando haya tenido un aborto previo durante los seis meses anteriores y cuando la preñez tiene más de doce semanas de duración, aunque sí se puede llevar a cabo después de las 12 semanas de embarazo por circunstancias que pusieran en peligro la salud y la vida de la mujer ^{92/}.

Y debido a la gran cantidad de abortos hechos después de que esta ley salió, hubo la necesidad de que en 1968 se reformara este estatuto. Estas nuevas prescripciones venían a regular la interrupción de la preñez y prevenían el aborto criminal. Así en decreto número 61 del 28 de diciembre de 1967 y una reforma mayor en la sección 126 del Código Penal promulgado por decreto el 16 de marzo de 1968. El aborto estaba reglamentado bajo las siguientes restricciones:

- a) El aborto se había prohibido en los casos en que la mujer no tuviera ningún niño nacido, solamente si por indicaciones médicas esas circunstancias

^{92/} "Abortion Laws, A. Survey of Current World Legislation" en the International Digest of Health Legislation, Vol. 21 No.3, Ginebra 1970, pg. 482

- estuvieran previstas por fundamentos de naturaleza grave;
- b) El aborto estaría autorizado en los casos en que la mujer tuviera uno o dos hijos, pero requeriría la autorización especial de una junta de médicos;
 - c) Para la interrupción del embarazo no se requeriría de la autorización de esta junta de médicos si la mujer tiene 45 años de edad o que ya haya tenido más de 3 niños;
 - d) Para el aborto realizado en mujeres que no son casadas también se requerirá el consentimiento del comité especial de médicos, el cual se deberá sujetar a las siguientes circunstancias:
 - 1 Si la mujer tiene 16 años de edad estaría sujeta al consentimiento de los padres.
 - 2 Si la mujer ha sido embarazada por una persona con la cual no se pueda casar a causa de su parentesco cercano;
 - 3 En los casos de violación;
 - 4 En los casos en que existan serias complicaciones sociales establecidas por el centro de salud de la mujer.

En abril de 1973 y 1974, se dictan limitaciones para el acceso de aborto; elegido por mujeres casadas con más de dos niños; para mujeres solteras sin observar su edad y mujeres casadas sobre los 40 años con un hijo viviendo. Además, se estipula que el máximo de duración de la preñez en que se podía efectuar el aborto es de doce a diez semanas de embarazo.

CEHCOSLOVAQUIA. Una ley específica fue dictada en Checoslovaquia en 1957, esta ley derogaba lo previsto en la sección 218 del Código Penal de 1950. Y como se prevé en la introducción de esta ley el objetivo de la ley de 1957 era el de prevenir los daños causados en la salud y la vida de la mujer, por los abortos efectuados en ellas, por personas no calificadas o seudomédicos y fuera de establecimientos especializados. Antes de 1957, el número de abortos criminales se estimó en aproximadamente 100-300 mil por año, comparada con los abortos legales efectuados después de esta ley que daba el resultado de 70-90 mil por año.^{93/}

En los términos de la ley del '57, el aborto podría ser efectuado con el consentimiento de la mujer, aunque había que obtener una autorización anterior, esta autorización debería de estar fundamentada por razones de salud de la mujer y emitida por comité de aborto, y el aborto debería ser efectuado en hospitales exclusivamente.

Hubo posteriormente un decreto emanado en diciembre de 1962 el cual fue enmendado en julio de 1966. Y los detalles sobre el procedimiento para realizar abortos, fueron descritos por instrucciones ministeriales dictadas en septiembre de 1966. Dentro de éstas se incluían las razones de salud de la mujer, la edad tan avanzada de la mujer encinta; tener tres o más hijos; la muerte o la incapacidad del esposo; la destrucción de la familia; la falta de economía que no se pueda satisfacer las necesidades primarias; la difícil situación que le acarrea el embarazo a una mujer soltera; cuando el embarazo haya sido producto de una violación o cualquier otro acto criminal. También el aborto no podrá ser autorizado en ciertas condiciones, como son las siguientes; Si en caso que la preñez ya tenga más de

^{93/} Ibidem, pp. 483.

las doce semanas de duración; cuando existen inflamaciones crónicas en los órganos reproductivos de la mujer; cuando existen focos de infección o pus debido a los cuales no se podría realizar una operación satisfactoria; cuando el paciente tiene una enfermedad contagiable.

Una nueva directiva respecto a la materia fue tomada en 1973, emergen nuevas reglamentaciones que previenen los casos de aborto en las mujeres casadas, sin niños, o con un niño, a las cuales se les podrá autorizar en casos en que lo soliciten. El aborto por razones médicas está regulado por una lista en la que se previene o que considera los desordenes mentales que podría tener en determinado momento la mujer embarazada, los cuales conducen en algunas veces a una reacción de depresión e incitan a la mujer a suicidarse, por lo que ya esta lista de situaciones médicas previene una circunstancia de esta índole.

REPUBLICA DEMOCRATICA ALEMANA. Durante el período en 1946 a 1947, el aborto legal en este país fue permitido solamente por razones médicas, después se revocó la sección 218-220 del Código Penal en este país, aceptando que se hiciera el aborto por razones médico-sociales, éticas y eugenésicas, con lo que se suprimió en algo al aborto criminal y uno de sus resultados más sobresalientes fue el gran incremento de abortos legales.

Tiempo después, un cambio ocurrió en 1950, con la promulgación de la ley del 27 de septiembre de 1950, sobre "maternidad y protección del niño y los derechos de la mujer", la cual eliminaba las razones antes mencionadas para realizar abortos, exceptuando los fundamentos médicos y eugenésicos que permitirían a la mujer abortar, con lo

que vino a disminuir la cantidad o número de abortos legales hechos en este país. En la sección 11 de esta ley prescribe que el aborto sólo podrá ser hecho cuando la vida o la salud de la mujer estuviera en serio peligro o cuando se tenía la sospecha fundada de que el producto podría enfermarse o tener algunas enfermedades hereditarias. La autorización debía de estar dada por una comisión compuesta por doctores y representantes de los "Servicios de Salud" y de la "Liga Democrática de la Mujer", y el aborto debía ser hecho en hospitales especializados. Según estimaciones para estas fechas los abortos legales y criminales que en 1950 sumaban la cantidad de 150 mil, ahora para 1962 había decrecido a la cantidad de 70 mil - 90 mil en un año, conservándose esta cantidad hacia 1964 94/.

En vista de el incremento tan grande de abortos, en marzo de 1965 se fijaron instrucciones en las cuales permitía el aborto bajo las siguientes circunstancias:

- a) Por razones basadas en que de continuar la preñez, la vida de la mujer estaría en peligro y también la salud física y mental debido al embarazo;
- b) Se permitía el aborto libre para las mujeres mayores de 40 años;
- c) Permitido también a las mujeres menores de 16 años de edad con consentimiento de los Padres.
- d) Se les permitía también a las mujeres que tenían hasta 4 hijos, con un intervalo entre ellos de un promedio de 15 meses entre cada parto y que en su último parto haya sido dentro de los 6 meses al nuevo embarazo;

- e) También a la mujer casada o no, que legalmente tenía la responsabilidad de 5 o más hijos y que vivieran en la misma casa;
- f) A los embarazos que fueran producto de violaciones;
- g) Que hubiera la probabilidad de que el niño tendría defectos mentales o serias complicaciones físicas.

Estas condiciones también reglamentaban que el aborto debería ser efectuado dentro de las 12 semanas del embarazo excepto cuando había peligro en la salud y la vida de la mujer, el aborto podría ser practicado en el momento necesario.

Por lo que el índice general de abortos durante el período de 1965 y 1967 fue aproximadamente de 6.1% por cada 100 nacimientos. Por lo que en este país a partir de 1968 se le está dando mayor prioridad a las campañas de planificación familiar a través de anticonceptivos, apoyada ésta por una educación sexual.

Y para 1972 se dictó una ley por la cual además de las condiciones ya mencionadas para realizar el aborto se le otorgaba a las mujeres el derecho de solicitarlo en demanda durante el primer trimestre de embarazo.

HUNGRIA. Desde 1952 el aborto fue autorizado solamente por indicaciones médicas. En 1953 la ley agregó a esta circunstancia las razones médico-sociales y eugenésicas y para 1956 año que hubo reformas una de 3 de junio y otra de 24 de junio, convirtieron a la ley húngara en una de las más liberales en Europa. Con el resultado de

que fueron incrementando cada día más y más el número de abortos legales, y según cálculos iban de 1700 en 1952 a 152,400 en en 1959 y 187,500 en 1967 ^{95/}. Algunos autores opinan que aún a pesar de la liberación del aborto sigue existiendo el aborto ilegal en este país, ya que Hungría tiene un índice de natalidad muy bajo en comparación a los demás países europeos. Las razones médicas para la terminación de la preñez van o alcanzaron solamente el 4% de los casos, comparados con el 10% en Checoslovaquia y el 1% en Rumanía ^{96/}.

En ordenanza de junio de 1956 en la cual transcribe la competencia de la Junta que autoriza la interrupción del aborto señala las siguientes características:

- a) Se autoriza si es necesario para salvar la vida o la salud de la mujer y en los casos en que se sospeche fundadamente que el niño pueda tener defectos físicos o mentales;
- b) Se autorizará también si existen circunstancias que justifiquen la terminación del embarazo, las cuales estarán evaluadas bajo el criterio de la comisión, circunstancias que pueden ser sociales, económicas, familiares etc., aunque esta autorización esta limitada para los tres primeros meses del embarazo. Para llevar a cabo este tipo de abortos se requiere que sea efectuado en hospitales especializados, los cuales estarán obligados a elaborar un informe sobre los abortos efectuados. Asimismo la junta que autoriza esta

95/ Ibidem, pg. 487-488

96/ Ibidem, pg. 488

clase de operaciones deberá estar obligada hacer un reporte anual de sus actividades.

Desde 1974 de junio, el acceso al libre aborto ha sido significativamente restringido. La terminación del aborto en demanda, sigue siendo viable para las solteras, divorciadas, separadas, así como las viudas que lo requiera; a las mujeres casadas sobre los 40 años (hasta el 31 de diciembre de 1978 la edad límite era de 35 años); y las mujeres casadas que tengan tres hijos viviendo en el mismo techo, o que tengan la experiencia de tres nacimientos, o que tengan tres hijos y que hayan sufrido alguna intervención quirúrgica recientemente. Y las mujeres que no llenan esos requisitos pueden obtener su autorización para abortar por razones médicas, eugenésicas y por fundamentos judiciales.

En 1978 y por la ley No. 4 sección 169 del Código Criminal de Hungría; se reglamenta la situación de aborto, tanto criminal como el legal, siendo punible este tipo de operaciones cuando; no ha habido consentimiento de la mujer; o se ha tomado como una actividad lucrativa; cuando se hayan causado serios daños en el físico de la mujer que pongan en peligro su vida o causan su muerte.

Según la justificación ministerial publicada en la gaceta oficial de Hungría No. 92 en diciembre de 1978 se manifiesta que esta ley tiende a proteger a la sociedad en contra del aborto criminal y además sirve para proteger a la salud pública. Un aborto ilegal no sólo pone en peligro la salud de la mujer embarazada, sino que también afecta a la salud y condiciones de toda la población. Por lo que esta ley debe de tomarse como una medida para protección contra los abortos ilegales, los cuales no son la salida para realizar la planificación familiar.

Tomando en consideración estos conceptos este proyecto de ley, no necesariamente debe considerarse al aborto como criminal ya que en los casos en que bajo ciertas condiciones se permite la terminación del embarazo, esto no constituye un acto criminal.^{97/}

Por lo tanto es lógico pensar que esta ley va encañinada a regular los abortos clandestinos que nada más ponen en peligro la vida y la salud de la mujer, poniendo a la mujer en delito cuando no recurre a las condiciones y juntas que le permiten el aborto.

Hoy en día en este país se autoriza la intervención del aborto, únicamente cuando sea menor de 12 semanas de embarazo. A solicitud de la mujer, sometera personalmente a la comisión competente siempre que no pueda invocar motivos de orden médico, eugenésicos o social. Cada vez que lo estimara conveniente, dicha comisión se esforzará en convencer a la mujer de que permanezca en su estado de embarazo, pero en última instancia la solicitante es quien decide. La intervención correspondiente se realizará en hospital exclusivamente. Cuando el embarazo sea mayor de 12 semanas, la comisión es la que tiene el derecho a decidir si se efectua la oposición o no.

POLONIA. Como en el caso de Hungría, en Polonia la liberación de aborto ha venido desarrollándose progresivamente. En los términos de la ley del 28 de octubre de 1950 sobre la profesión médica, el aborto está permitido sólo para resguardar o salvaguardar la salud y la vida de la mujer y cuando la preñez había sido resultado de algunas violación o de alguna relación sexual ilegítima, desde que

^{97/} Gaceta Oficial de Hungría No. 92 del 31 de diciembre de 1978. pg. 1068.

se promulgó la ley el 27 de abril de 1956 (en el preámbulo de la ley se decía que; el objetivo de la misma sería proteger a la mujer contra los efectos de los abortos mal hechos y que fueran realizados clandestinamente) el aborto legal fue accesible o permitido por fundamentos médicos así como dificultades en las condiciones de vida o cuando se presumía avidentemente que el embarazo había resultado de una unión sexual ilegal. Esta ley bajó considerablemente el número de abortos ilegales y paralelamente redujo la mortalidad producida por el aborto (de 76 muertes en 1969 a 26 en 1965)^{98/} Es interesante observar las estadísticas ya que en el año de 1968 los abortos legales ascendieron a 121,700, de los cuales 120 mil fueron realizados por razones sociales y otros 1700 por razones médicas.^{99/}

En diciembre de 1959, se dicta una Ordenanza que complementaba la ley del 27 de abril del 56 y que suprimía la Ordenanza fechada el 7 de mayo de 1956, y por la cual cualquier mujer que deseaba que se le realizara este tipo de operaciones requería un certificado médico. Y si el aborto se solicitaba por motivos sociales sobre las condiciones de vida, también se le deberían de poner o declarar esas razones al especialista. (desde 1960, con una declaración oral hecha por la mujer, era suficiente para establecer su difícil situación social). Y de esta manera el especialista era el que debería determinar si era viable o no el realizarle el aborto a la mujer, asimismo este especialista que emitía el certificado para que la mujer aborte, está obligado para asesorar a la mujer en materia de anticonceptivos indicándole el mejor anticonceptivo para ella y solicitarle a la mujer concurrir a los centros o instituciones en donde se le podría efectuar el aborto. Cuando algún médico especialista

^{98/} Abortion Laws, op. cit. pg. 488.

^{99/} Ibidem pg. 488.

le negara el derecho de abortar a la mujer, ésta podría concurrir a las juntas médicas de su distrito de residencia para que se le considerara esta determinación, estas juntas que son compuestas por tres médicos, debían determinar la procedencia o no de realizarle el aborto a la mujer. Todos los especialistas que hacen abortos en este país deben de llevar un cárdex o estadísticas de sus operaciones; asimismo, están obligados a mandar un reporte del número de sus operaciones al departamento de salud. Por lo que en este país la liberación de la terminación de la preñez se ve regulada de manera muy sencilla.

RUMANIA. En este país la liberación del aborto fue introducida por el decreto del 30 de septiembre de 1957 aunque uno de los efectos más drásticos de esta legislación fue que la tasa de natalidad bajo y se dieron estadísticas de la siguiente manera: en 1955 el promedio era de 25.6 mil el cual cayó en 1962 hasta un 16.2 y en 1965 llegó a 14.6 por mil. Otra de las consecuencias de este decreto el cual liberaba el aborto casi totalmente, fue el incremento del número de abortos legales, el cual en 1958 fue de 112 mil en 1959 de 219,600 y en 1965 llegó a 1 millón 155 mil abortos legales en este país.^{100/} Era tan liberal esta legislación que hasta 1966 (que fue fecha que se dió marcha atrás a esta política de población), la formalidad para obtener un aborto se expedían rápidamente e inclusive los turistas extranjeros llegaban a Rumanía para practicarse este tipo de operaciones, especialmente porque no se requería que éste fuera hecho en un hospital especializado.

Por decreto de 29 de septiembre de 1966, se trató de componer en algo tal libertad de aborto, poniendo a éste tipo de operaciones como delito penal, aunque era

^{100/} Ibidem, pg. 489.

permitido los casos en que la misma ley lo especificaba (en esta disposición vino a tomar parte de la nueva versión de Código Penal del 21 de junio de 1968). Y lógicamente las consecuencias de esta nueva reducción del número de abortos legales (de acuerdo con los datos proporcionados por el Ministerio de Salud de Rumanía, en 1967 el total de abortos legales fueron de 51,659). Después de este decreto más tarde en octubre el día 19 del mismo año se hicieron disposiciones para complementar el mismo. No obstante que la interrupción del embarazo está prohibido, podrá ser autorizado en las siguientes causas:

- a) Cuando el embarazo causa o pone en peligro la vida de la mujer y no existe otro remedio para salvarla;
- b) Cuando uno de los padres sufre una enfermedad hereditaria o cuando existen fundamentos de que el feto nacerá con deformaciones;
- c) Cuando la mujer en sí sufre complicaciones serias mentales o cualquier desorden en sus sentidos;
- d) Cuando la mujer es mayor de los 45 años;
- e) Cuando la mujer tiene en esos momentos 4 niños que estén bajo su cuidado;
- f) Cuando el embarazo ha sido causa de una violación o cuando ha sido producido por algún incesto.

La autorización para realizar este tipo de operaciones por causas médicas deben ser dadas por una

junta de médicos establecidas en los diferentes distritos y pueblos, las cuales deberán estar establecidas en los hospitales o sanatorios donde el aborto debe ser practicado. Este tipo de aborto puede ser practicado sólo durante el primer trimestre de la preñez solamente por causas excepcionales cuando deba salvarse la vida de la mujer, puede ser llevado a cabo un aborto hasta el sexto mes. En los hospitales que realizan abortos están obligados a llevar un registro de todas las operaciones hechas en sus establecimientos.

Después de practicado el aborto a las mujeres, también los hospitales están en el deber de asesorar a las mujeres sobre su educación sexual y el control de la natalidad, encausando su conocimiento para indicarles el anti-conceptivo apropiado para la persona.

Cabe mencionar que por disposiciones emanadas en el año de 1972 la edad de la mujer para abortar ya no se requería que fueran 45 sino que cambian ahora para que la mujer de 40 años de edad pueda recurrir a este método de control de natalidad. ^{101/} Así también por disposiciones emanadas del 6 de julio de 1978, emanó la ley sobre la "Salud Básica en la Terminación de la Preñez" que reglamenta esta situación.

UNION DE REPUBLICA SOVIETICO-SOCIALISTAS.

Antes de 1920, el aborto en Rusia estaba totalmente prohibido inclusive no se hacía ni siquiera la excepción por el hecho o por razones médicas. En decreto de noviembre 18 de 1920, se prevé las circunstancias de que se podía llevar a cabo el aborto por doctores en hospitales, y el Código Criminal del país en 1920 (art. 140 (1)) reflejó este cambio de política

^{101/} Christopher Tietze, "Induced Abortion", a World Review, 1981 Ed. Population Council Fact Book, New York, pg. 12.

demográfica. En 1936, el aborto volvió a ser prohibido excepto cuando la continuidad de la preñez podía poner en peligro la vida o la salud de la mujer o cuando los padres sufrían una seria enfermedad hereditaria como la epilepsia, o la parálisis progresiva.^{102/}

En septiembre 2 de 1954, la ley sobre el aborto fue enmendada y por un decreto emanado del "presidium" de la Suprema Corte se abolen las penas a las mujeres que consentían con la interrupción de su embarazo. Y por el decreto del 23 de noviembre de 1955 el aborto era permitido si éste era hecho por personas calificadas o practicantes y con facilidad médicas para practicarlas. En los comentarios de este decreto se dice que; "fue hecho en orden para darles a las mujeres la posibilidad de elegir por ellas mismas la cuestión de la maternidad por lo que el presidium soviético supremo ha decidido derogar la ley que previene el aborto". Estos comentarios también apuntan que esta medida permitiría a la mujer incorporarse con mayor ímpetu a la actividad económica, social y cultural del país. Y continuaban los comentarios diciendo que: "en la derogación de la prohibición del aborto permitiría limitar los daños causados en la salud de la mujer por los abortos hechos fuera de los hospitales"^{103/}

Y por instrucciones del Departamento de Salud del país emanadas en diciembre 28 de 1955, previene una lista de contra-indicaciones dentro de las cuales el aborto no podría ser realizado, la lista incluye las siguientes:

- a) Cuando exista una gonorrea crónica.
- b) Cuando haya inflamaciones en los órganos sexuales;
- c) Cuando existan focos de infección o

^{102/} Luke Lee, "Brief Survey of Abortion Laws of Five Largest Countries" Population Report Series, f. No. 1 Abril de 1973, pg. f.4.

^{103/} Ibidem, pg. f. 4.

- o de pus;
- d) Cuando exista una enfermedad infecciosa aguda; y
- e) Cuando haya tenido un aborto anterior a los 6 meses.

Por lo regular es un ginecologo quien asesora a las mujeres y las previene de los efectos de este tipo de operaciones, aunque si la mujer persiste en su intento, se le podrá practicar un aborto con costo a su cargo, aunque los abortos terapéuticos son completamente gratis. Se autoriza la interrupción del embarazo, únicamente también cuando el embarazo sea menor de 12 semanas a simple solicitud de la mujer que estará sometida personalmente a la Comisión competente, siempre que no pueda invocar motivos de orden médico, eugenésico o sociales; cada vez que lo estimare conveniente, dicha comisión se esforzará en convencer a la mujer de que permanezca en su estado de embarazo, pero en última instancia la solicitante es quien decidirá. La intervención correspondiente se realizará en un hospital exclusivamente. Es interesante observar los efectos de estas disposiciones que se reflejan en la cantidad de abortos hechos, y según MEHLAN ^{104/} reporta que fueron aproximadamente 6 millones de abortos legales hechos al año en Rusia. Asimismo otro de los investigadores David ^{105/}. Este investigador nos proporciona los siguientes datos. En 1960 fueron en relación 1.6 los nacimientos y de 2.5 - 3.0 abortos por cada nacimiento en 1965. Es evidente que la utilización de este método para el control de natalidad en este país es utilizado constantemente.

^{104/} Mehlan, Heinz Carl, op.cit. VI pg. 302-314

^{105/} David H. P. Family Planning and Abortion in the Socialist Countries of Central and Eastern Europe, New York, The Population Council, 1970, pg. 58.

YUGOSLAVIA. Es el único país en Europa Oriental en donde el derecho al decidir el número y espaciamiento de los nacimientos está escrito como una garantía a nivel de su Constitución Federal, la cual fue adoptada en 1974; Pero antes de pasar a este derecho escrito en su Constitución vamos a ver su evolución, y empezaremos que en los términos del decreto emanado el 11 de junio de 1952, el aborto era autorizado en Yugoslavia por razones médicas, eugenésicas, éticas (cuando el embarazo hubiera sido resultado de una unión ilegal) y excepcionalmente por fundamentos médicos sociales. Estas indicaciones fueron derogadas por el decreto de 16 de febrero de 1960 el cual extendía aun más las indicaciones por las cuales se podría abortar. Este decreto antes citado también fue derogado por el decreto emanado el 26 de abril de 1969 en el cual de acuerdo de sus provisiones de la sección tercera decía que la preñez podría ser terminada con arreglo a las siguientes disposiciones:

- 1) Por razones médicas en casos de que no hubiera otra forma de salvar la vida de la mujer o por advertir serios daños en la salud de la mujer durante la preñez o el parto;
(En este caso el aborto puede ser hecho en cualquier estado de la preñez);
- 2) Cuando existen fundamentos científicos de que el niño puede venir mal formado resultado de una enfermedad de los padres. (En este caso el aborto puede ser efectuado después del 1er. trimestre de la preñez y solamente si la operación no causa daños en la salud de la mujer o pone en peligro la vida de la mujer embarazada);

- 3) Cuando la concepción ha sido resultado de una unión ilegal (como la violación, incesto, etc.) En este caso también se aplica la regla anotada en el No. 2);
- 4) En la sección cuatro de este decreto, que analizamos prescribe que la interrupción de la preñez podrá ser realizada por causas personales serias; familiares, financieras u otras dificultades, y deberá ser realizado dentro del primer trimestre del embarazo;
- 5) Este decreto también prescribe que la mujer deberá ser informada lo mayormente posible sobre las consecuencias del aborto y sobre la vialidad de otros métodos de contracepción.
- 6) Establece también que el aborto debe ser hecho en los establecimientos de salud en buenas condiciones, el cual deberá notificar cada operación hecha en su establecimiento;
- 7) Se previene también que exista una comisión tanto de primera estancia como de apelaciones que autorice el aborto según las razones y condiciones impuestas por el decreto, la cual informa a la paciente que de no estar de acuerdo, podrá recurrir a la Comisión de Apelaciones.

Es interesante observar que aún así el número de abortos ilegales no ha disminuido y se tiene un promedio oficial de que los 200 mil abortos efectuados al

año, el 70% de ellos son legales. ^{106/} En adición a ésto parece ser que son las mujeres del ambiente rural las que prefieren exponerse a un aborto ilegal, en vez de seguir con el procedimiento establecido para solicitar su derecho de interrumpir el embarazo.

En 1974, exactamente el 24 de febrero, Yugoslavia incorpora a su constitución federal bajo el artículo 191 ^{107/}. Y que a la letra dice: "Artículo 191.- El hombre tiene derecho de decidir libremente el nacimiento de sus hijos. Este derecho puede ser limitado únicamente por razones de salud". Con lo que este principio viene ha asegurar el libre acceso al aborto en Yugoslavia, aunque claro, éste está reglamentado ya que cada una de las provincias yugoslavas ha emitido cierta reglamentación para llevar a cabo este derecho, misma que se identifica con los principios antes vistos. Y como ejemplo de los estatutos regulando la terminación de la preñez vamos a dictar algunos principios de la ley de la República Socialista de Serbia del 30 de junio de 1977, que en su texto invierte algunos de estos principios:

- 1) El derecho a elegir el número y espaciamiento de los hijos será libre y para la limitación de este derecho sólo podrá tenerse en cuenta la salud de la mujer embarazada;
- 2) La terminación del embarazo sólo podrá ser hecho en demanda oral de la mujer embarazada, durante las diez semanas desde el momento de la concepción;
- 3) Durante el tiempo de las diez semanas pero no más de 20 semanas esta interrupción del embarazo podrá ser hecha sólo

^{106/} Bortion Laws, op.cit. pg. 493

^{107/} Levenka Petric, "The Human Right to Free Choice on Childbirth in the Socialist Federal Republic of Yugoslavia", Vice-Presidente del Consejo Federal de Planificación Familia. Belgrado, 1975. pg. 61.

con la autorización de la "Comisión sobre la terminación de la preñez" con el consentimiento y asesoría de un médico practicante o alguna trabajadora social, con bases o motivos médicos, eugenésicos o sociales.

ALBANIA. Este país junto con la República Democrática Alemana no liberó la práctica del aborto siguiendo el ejemplo de la URSS en 1956-57, actualmente en este país sólo se admite el aborto por razones médicas y sólo para salvar la vida o la salud de la mujer.

GRECIA. En este país en el que el aborto está permitido bajo las siguientes circunstancias:

- a) Por razones médicas para salvar la vida y la salud de la mujer;
- b) Por razones eugenésicas cuando el feto sea probable que nazca con defectos o exista alguna enfermedad hereditaria de los padres;
- c) Por razones judiciales, lo que quiere decir que cuando el embarazo ha sido producto de una violación o incesto o alguna otra violación sexual ilegal.

Bajo los auspicios del "Planned Parenthood Federation", así como de la "Sociedad Eugénica Elenica" se elaboraron estudios sobre estadísticas de población sobre las tendencias de aborto en Grecia, estos estudios los realizó el Centro Demográfico de la Universidad de Atenas en los años de 66 y 67. 108/

108/ Basilio G. Valaoras, M.D. Dr. P.H. Dimitri Trichopoulos, M.D. "Abortion in Grace", en el Abortion in a Changing World", op.cit. pg. 284-290.

Estos estudios comprobaron que las mujeres utilizan el aborto inducido para llevar su control de natalidad y en cifras que van de las 6,513 mujeres incluidas en la investigación 6831 (89.5%) usan uno o más de los siguientes métodos para realizar su planificación familiar: Interrupción del coito, 49.2%; Condón 22%; aborto inducido 20.6% y otros métodos el 8.2%. Por lo que es evidente que también en este país las mujeres aún sin que se les este permitido por la ley utilizar el aborto inducido, es un método el cual no deja de ser practicado también en esta área del mundo.

5.2

EUROPA OCCIDENTAL.

REINO UNIDO de la GRAN BRETAÑA e IRLANDA del NORTE. De acuerdo con la ley británica, desde 1327 a 1803 no reglamentaba o no normaba la hipótesis del aborto, después en 1861 ya fue una ofensa en contra de la persona y con esto estaba declarado ilegal el aborto inducido aunque este reglamento no definía exactamente la palabra ilegal o hasta donde podría ser ilícito este acto, es en 1938 en el caso de Rex contra Bourne^{109/}. En este caso se indicó que el aborto cuando ha sido efectuado en buena forma y para preservar la vida de la mujer, no podía ser éste ilegal, aunque era requisito indispensable que existiera el peligro en la salud o de la vida de la mujer a causa del embarazo, y para clasificar esta circunstancia se dejaba a criterio y opinión del Doctor que asistiera a la mujer en su preñez.

Otro caso que fue precedente para que la legislación sobre el aborto se diera, fue el del eminente ginecologo Mr. Aleck Bournee, el cual tuvo que hacer un aborto a una niña de 14 años de edad, que había sido violada por varios sujetos, lo cual significó una circunstancia que de hecho se tenía que tener en cuenta para la nueva ley.

Por lo que antes de abril 27 de 1968, en este país era legal para cualquier doctor, no necesariamente ginecologo, efectuar abortos si en su opinión era necesario realizar esta operación para preservar la vida o la salud del paciente, y por salud debía entenderse la salud física o mental, ya que no había restricciones sobre de ello, se podía llevar a cabo en hospital, en el consultorio del doctor o hasta en la residencia del paciente, y la notificación de que iba a realizar un aborto no era obligatoria.

109/ Quaye E. (1961), Georgetow Law J., 49, pg. 521

Y ya dentro de la "Ley del acto de Aborto" de 1967, la cual entra en vigor el 27 de abril de 1968, en ésta se dice que para efectuarse un aborto se requiere que; en primer lugar; deberá efectuarse de manera necesaria, amparada esta necesidad por un certificado firmado por dos doctores en el que se conste que el aborto debe ser necesario; en segundo lugar, la operación deberá ser llevada a cabo en un hospital reconocido y aprobado por las autoridades; y como tercera condición imponen que todo aborto deberá ser notificado a las autoridades. Cabe hacer notar que esta ley va a tener vigencia en Inglaterra, Escocia y Gales pero no en Irlanda del Norte. Sobre las estadísticas, se puede decir que de 1968 a 69 inclusive, se registraron 6241 abortos legales como promedio, en relación al promedio de abortos ilegales anterior a la ley que era de 80 a 100 mil abortos por año. ^{110/}

Las diferentes sociedades como la "British Medical Association Committee on Therapeutic Abortion" y "The Abortion Law Reform Association", opinan que las condiciones que la ley previene son pocas y que en ella debería estar incluida las diferentes complicaciones de la salud como; la insuficiencia cardíaca, enfermedades congénitas cardíacas, hipertensión pulmonar, la diabetes, la epilepsia, así como otras enfermedades que pueden ser hereditarias y que podrían poner en determinado momento en peligro no sólo la vida de la mujer sino la del producto, y que son razones suficientes para poder realizar abortos terapéuticos para salvar la vida de la mujer.

Otro de los efectos producidos por esta ley de 1967, es de la creación de sociedades, como la "Birmingham Pregnancy Advisory Service", creada en respuesta

^{110/} Dr. Leopoldo García Aguilar, "El Aborto en México y en el Mundo" Ed. B. Acosta. Amic. Mex. 1973, pg. 99-98 y sgs.

a que los servicios de los hospitales privados que virtualmente son pocos en Inglaterra, debido a sus altos costos no eran del alcance de personas con oportunidades menores y los servicios de esta beneficencia se extienden no sólo a colocar a las personas que deseen aborto en hospitales, sino que también a asesorarlas sobre la necesidad o no de su aborto, así como la de proporcionarles el servicio médico y levantar estadísticas sobre la materia.

Antes de concluir debemos precisar el dato de que; después de que entró en vigor esta ley se ha visto que el porcentaje de las mujeres casadas y no casadas, que recurren al aborto, se ha estabilizado justo un poco más arriba del 50% para las mujeres casadas, aunque se ha visto que existe un crecimiento angustiante de la necesidad del aborto para niñas sobre los 16 años de edad que representan el 2% del total de las mujeres del país y que su número ha venido en aumento desde 553 a 2952 en 1971 y el 70% de estas niñas no usan métodos anticonceptivos. 111/

A causa de las diferentes demandas sobre la ejecución y abuso de esta ley por parte de la comunidad británica, en 1971 se creó un comité para el estudio de esta ley de 1968 y en 1974 hizo su reporte en la cual contenía 3 recomendaciones y la más importante o la principal era que; había que regular de manera completa la realización del aborto en pacientes que no se internan en ningún hospital.

Por otra parte, cabe mencionar que varios intentos se han hecho en el parlamento para restringir la ley de aborto de 1967 aunque éstos siempre han fracasado.

111/ International Children's Center, "Family Help and Family Planning" 1973 pg. 110.

Por lo que podemos concluir que la Ley Británica, es muy sencilla y flexible para detener o terminar con la preñez.

FRANCIA. En este país donde el número de abortos ha sido estimado en un promedio de 250 mil a 300 mil por año, el aborto hasta últimas fechas ha sido recién reglamentado, para acabar con la práctica del aborto clandestino. Hasta el 17 de enero de 1975 la legislación francesa vigente en materia de aborto, dictada entre 1920 y 1923 y complementada en 1939, después de las matanzas de la primera guerra mundial, era esencialmente prohibitiva y represiva. A partir de los años 50's empezó a asentarse el contraste entre la severidad de esta reglamentación y los hechos cotidianos, sin que el desajuste existente lograra llamar la atención de los poderes público y les incitase a dictar medidas oportunas antes de que se planteara a escala nacional un agudo problema social y legal. En 1974 el contraste era violento entre la legislación caduca y la realidad social. En efecto, la ley había dejado de ser respetada en el país ya que según estimaciones del "Instituto Nacional de Estudios Demográficos" a partir de 1971 el número anual de abortos clandestinos era de alrededor de 250 mil para 865 mil nacimientos 112/. Por lo que era evidente que esta ley no era aplicable, inclusive ni siquiera en los tribunales el vigor de los preceptos era de aplicación. Por su parte la opinión pública dividida entre las tendencias opuestas de "dejenme vivir" y escoger" a la vez de la desconcertada esperanza de una iniciativa de los gobernantes para poner orden a esta gran confusión que ya resultaba un gran problema el aborto clandestino.

112/ Monique Lions "La evolución de la Legislación Francesa sobre el Aborto y la Ley de 17 de enero de 1975 "Relativa a la interrupción voluntaria del embarazo", En el boletín mexicano de derecho comparado, Instituto de Investigación Jurídica, México, UNAM. No. 42 sept.-Dic.-1981 pp.1200

Aunque para 1939 ya se permitía el aborto terapéutico sólo con el fin de preservar la vida de la madre, y debido al empuje social que representaba esta situación, para enero de 1975 se dictó la ley relativa a la "interrupción voluntaria del embarazo", aunque para este momento ya se había desechado proyectos como el de 1973 que solicitaba la liberación de aborto, así como algunas opiniones públicas realizadas en 1971, como el famoso "Manifiesto de 331 médicos para la liberación del aborto" en el cual declaraban que; practicaban el aborto y favorecían su realización, el cual suscitó emoción y perplejidad entre los dirigentes y sorpresas en todos los círculos de la opinión pública, así también la "Asociación Nacional para el Estudio del Aborto" que presionó para que esta nueva ley fuera vigente.

Dentro de los principios contenidos de esta nueva ley podemos citar como los principales los siguientes: Esta ley garantiza el respecto a todo ser humano desde el comienzo de la vida y agrega que este principio podrá sufrir excepciones únicamente en el caso de necesidad y en las condiciones que determinara la ley misma; también la aplicación de la ley imponía un término de 5 años a partir de la expedición de la misma la cual dejaba de aplicar los cuatro primeros apartados del artículo 317 del Código Penal cuando la interrupción del embarazo se practicaba antes del fin de la décima semana conforme a las modalidades que la misma ley establecía; como tercer principio previene que este tipo de operaciones se realizaran en establecimientos públicos especializados o establecimientos privados que llenaran los requisitos establecidos por la ley; así como un certificado de consulta hecho en un centro de planificación familiar o de servicios social u otro organismo reconocido; así como también establecía que los médicos después de practicado el aborto debían informar al paciente los métodos anticonceptivos.

para que no volvieran a incurrir en la misma situación; también deben de reportar cada aborto que se practicara.

Esta ley fue ratificada en octubre de 1979 después de transcurridos los 5 años de su vigencia, dentro de este tiempo, el gobierno tomó nota de varias lagunas de la ley y propuso formulas que tienden a asegurar una aplicación más satisfactoria. En 1976 y gracias a que ya se reportaban los abortos se pudo obtener conocimiento del número de personas que recurrían a este método y en este año se practicaron 132 mil 500 interrupciones voluntarias de embarazo, 85,200 en el sector público y 47,300 en clínicas privadas. Es obvio que existe una gran diferencia entre la referida cantidad y las estimaciones que se publicaron antes de que se adoptara la ley, recordemos que el Instituto Nacional de Estudios Demográficos evaluaba entre 250 y 300 mil el número anual de abortos clandestinos, mientras fuentes más radicales indicaron que era un total de un millón.

Por lo que esta ley de reconducción como fue llamada en 1979, permitía evaluar con mayor veracidad la situación sobre de esa materia, por lo que en un información presentada ante la Comisión de Asuntos Culturales, Familiares, y Sociales de la Asamblea Nacional en el debate de noviembre de 1979 se reconocía que:

- A.- Se había sobrestimado considerablemente el número anual de abortos clandestinos y que en consecuencia no podía sostenerse las estimaciones anteriores manifestadas erróneamente;
- B.- También se reconoció que había bajado el índice de accidentes graves o fallecimientos a causa del aborto clandestinos.

tino; Y en este dominio inclusive las personalidades más hostiles al texto, principalmente los representantes del episcopado, reconocieron los resultados positivos y benéficos de la nueva legislación;

- C). La actividad mal controlada de los servicios de salud en este país, lo cual propicia más el monopolio de este sector de la iniciativa privada, a engendrado que en algunos hospitales de tendencias religiosas no se practiquen esta clase de operaciones;
- D) Se reconoció que las repercusiones --- socio-demográficas de la interrupción voluntaria del embarazo son mínimas, y que el número de esta categoría de intervenciones es constante desde 1976; Contrariamente al pronóstico pesimista de los detractores de texto de 1975; la ley "no incitó al aborto" sino que, al hacer incapié en el carácter del último recurso de la interrupción del embarazo, contribuyó a moderar cuantitativamente este fenómeno.

En efecto en el último informe publicado el 23 de junio de 1980 el "Instituto Nacional de Estudios Demográficos" consigna que la población de Francia sigue aumentando ligeramente. Ya que al 1° de enero de 1980 contaba con 53 millones 478 mil habitantes o sea 216 mil más de lo que totalizaba un año antes; este crecimiento se debe al excedente de los nacimientos en relación con los fallecimientos.

Por lo que podemos concluir que en Francia la situación que de "Facto" se daba con el aborto clandestino, se vino regularizando desde 1975 y no ha interrumpido en gran manera el crecimiento demográfico de esta zona.

SUIZA. En este país el aborto esta regulado en su Código Penal en sus artículos 118, 119 y en especial el 120 que permite el aborto por razones de salud y cuando está en peligro la vida de la mujer, éste último artículo determina entre otras cosas las siguientes condiciones. El aborto deberá ser efectuado por un médico calificado o especializado, 2° Que este sea efectuado con el consentimiento escrito de la mujer encinta, 3° Deberá tener un certificado de un segundo doctor también especializado en el que deberá constar que la preñez podría poner en peligro la vida y la salud de la mujer.

Por otra parte en el distrito de Genova y según las regulaciones sobre la materia dictadas en diciembre del 53 y subsecuentemente enmendadas en febrero del 54 y otra vez en junio de 1960, en el cual prevenían las circunstancias de las mujeres que no estaban domiciliadas en el país, todo esto claro bajo los principios del artículo 120 del Código Penal; además prevenía que los médicos practicantes de abortos se coaligaran en una asociación y que ésta misma, llevara estadísticas de los abortos efectuados, haciendo un reporte sobre de esta situación a una sub-comisión médica de la Comisión para la Supervisión de la Profesión Médica y Auxiliares, por lo que esta sociedad determinaba que los certificados a que se refiere el artículo 120 del Código Penal debían contener entre otras cosas la fundamentación suficiente probada con documentos fehacientes de que si no se practicaba el aborto se podría poner en peligro

la vida de la mujer o la salud; así como los documentos necesarios para establecer la identidad, nacionalidad y domicilio de la mujer encinta; y sin estos requisitos no se debería permitir a las mujeres abortar en el país.

ESCANDINAVIA. Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia son cinco países en donde la cultura, tradición e historia son comunes, siendo creado para su desarrollo común el Consejo nórdico que ha venido trabajando desde 1952, y que ha propiciado una identidad en las legislaciones de cada uno de estos países, por lo que es evidente que también en materia de aborto se identifiquen entre sí.

La interrupción de la preñez es ilegal en esos países, aunque esta permitida bajo ciertas condiciones y que podemos enmarcar en tres: 1.- Por razones médicas cuando existe el peligro de muerte o que la salud de la mujer se vea afectada ya sea física o mental, debido al embarazo; 2.- Cuando el embarazo fue producto de una unión ilegal o cuando vino por una violación o incesto, o por extorsión sexual o si la mujer tiene ya cierta edad; 3.- por razones eugenésicas, eso significa que cuando hay peligro de que el niño nazca con ciertas complicaciones o defectos, ya sean físicos o mentales debido a alguna enfermedad como la rubéola que le haya afectado a la mujer dentro del embarazo.

Además de las ya mencionadas circunstancias, en Dinamarca por la ley de 1956, emanada de la ley del 39 y 50 previene sobre la sospecha fundada del estado de enfermedad o que ponga en peligro la vida de la mujer, en este caso el aborto podrá ser también efectuado. En Islandia en la ley de 1935 la más vieja en Escandinavia la cual parece ser más liberal ya que incluye en su ley algunas

razones sociales como; la cantidad de hijos ya tenidos; el intervalo entre cada uno de estos; las condiciones en que viven y si pueden soportar un niño más, la pobreza o el estado de enfermedad también son causas que fundamentan el derecho de aborto en este país. En Noruega por la ley de 1960, pone como un valor mayor que la vida del feto, la vida y salud de la mujer, por lo que son condiciones y razones suficientes para que en caso de peligro de muerte o de enfermedad el derecho de aborto podrá ser utilizado.

Unas diferencias que encontramos entre esas legislaciones escandinavas consisten en el tiempo límite para hacer el aborto; en Islandia se mencionan 8 semanas, en Noruega 12, en Dinamarca y Finlandia 16, en Suecia 20 y cuando hay una situación especial otorgada por motivos de salud, podría detenerse la preñez hasta las 24 semanas, otra de las diferencias encontradas es sobre el certificado médico que se necesita para la realización del aborto. En Dinamarca se requiere la opinión de un médico y la opinión del Comité especial para la decisión del aborto, en Noruega, Finlandia, y Suecia, se requiere la opinión de dos médicos y en éste último país podrá ser dado este certificado por un Comité especial.

Las razones para establecer las condiciones para realizar el aborto en Escandinavia son practicamente dos; la primera es para contener el creciente número de abortos ilegales que sólo causaban la muerte y enfermedades a las mujeres. Esta razón fue común a todos los países y estados que consideraban su legislación de aborto. La segunda razón fue la idea de pensar un desarrollo social efectivo, otorgando a las mujeres el derecho de elegir el número y espaciamento de los hijos verdaderamente, ya que se

piensa que un niño que no es querido podrá traer complicaciones sociales^{113/} .

En algunos países de Europa Oriental fue demostrado que el aborto criminal sigue siendo un problema aunque la ley sobre el mismo haya sido liberada, lo mismo pasa en Escandinavia en donde las mujeres con tal de no pasar con todos los requisitos administrativos que se les imponen, prefieren abortar clandestinamente, aunque su legislación sea bastante permisiva sobre la materia. Esto en Noruega fue debidamente observado y en junio 13 de 1975 se emitió una ley para el "Acto de la Terminación de la Preñez" la cual fue emanada el 16 de junio de 1978, mediante ésta se permitía el aborto por razones sociales antes de que pasaran las doce semanas de embarazo, liberando trabas administrativas y dejando un acceso más libre para la realización de este tipo de operaciones. En Dinamarca bajo la ley de 1970 se autorizaba el aborto en demanda durante las 12 semanas de embarazo y a mujeres sobre los 38 años de edad domiciliadas en Dinamarca y que ya no querían tener más niños, cosa similar sucedió en Finlandia donde la edad promedio para abortar libremente es de 40 años de edad. El más reciente estatuto en Dinamarca es el emanado el 1° de octubre de 1973 en donde se autoriza el aborto en demanda durante el 1er. trimestre del embarazo, y ya después de esta fecha sólo se puede realizar el aborto por las razones vistas anteriormente. En Suecia dada la innovación a la ley sobre la materia de 1° de junio de 1975, en la cual se reconocía el derecho de todas las mujeres de utilizar cualquier método para controlar el número y espaciamiento de sus hijos inclusive la terminación de la preñez, aunque ésta estaba limitada a las 18 semanas de embarazo y después de ese punto excepcionalmente podría llevarse a cabo el aborto bajo el asupicio y determinación de la Junta Nacional de Salud y Bienestar.

^{113/} Gunnar af Geijerstam, M.D. :Abortion in Scandinavia: En el Abortion in a Changing World: op.cit. pp. 315 a 324.

REPUBLICA FEDERAL ALEMANA. En este país por ley de 1974 autoriza al aborto en demanda durante el primer trimestre del embarazo. Esta ley fue hechada abajo por una Corte Constitucional la cual, al seguir con el estudio sobre la materia, emitió en mayo de 1976 un nuevo reglamento sobre el aborto el cual lo permitía conforme a las siguientes condiciones:

- a) Cuando se ponía en peligro tanto la vida como la salud mental y física de la mujer debido a la continuación del embarazo, aunque esto debería estar justificado por un certificado médico en el que se comprobara los problemas presentes y futuros que implicaba la preñez;
- b) Debía hacerse el aborto en el lapso de 22 semanas desde la concepción de acuerdo con la opinión médica;
- c) Se permite el aborto eugenésico o sea aquél en que se aplica cuando hay sospecha fundada de que el niño podría nacer con deficiencias mentales o físicas debidas a enfermedades hereditarias sufridas por la madre. También por una unión sexual ilegal o sea por violación o cualquier forma de abuso de la libertad sexual, en estas dos hipótesis el aborto debe ser efectuado dentro de de las 12 semanas de embarazo;
- d) Y también, cuando se exponga a la mujer a soportar riesgos serios debidos al embarazo que impidan a la mujer que continue con su preñez. Este criterio deberá estar sujeto a la opinión del médico practicante.

Para todos los demás tipos de aborto en los que se demuestre que hay riesgo o peligro en la vida o salud de la mujer se deberá consultar, bajo la supervisión de un médico, a Instituciones tanto privadas como públicas para determinar la procedencia o no del derecho de terminar con la preñez voluntariamente.

ITALIA. En mayo de 1978 se emitió una ley en la cual se liberizaba el aborto bajo estas circunstancias: Las mujeres mayores de 18 años podían obtener el derecho a que se les hiciera el aborto dentro del primer trimestre del embarazo por razones económica, social, familiar o psicológicas, o se veía algún defecto sobre el desarrollo del feto. Estas mujeres ahora pueden obtener este derecho después de 7 días de conocido su embarazo.

El aborto también podrá ser hecho en este país después del primer trimestre si existe peligro en la vida o en la salud de la mujer debido al embarazo o si existen fundamentos para creer que el feto o el producto vienen con defectos. Cabe mencionar que en este país a las mujeres menores de 18 años para que se les otorgue este derecho, se requiere el consentimiento de los padres o tutores.

BELGICA, LUXEMBURGO Y PAISES BAJOS. También una legislación un tanto prohibitiva y represiva analoga a la que observaremos en Francia antes de 1975. En estos países se infringe la Ley constantemente, son muy pocos los encausamientos. Y el número de aborto clandestino, a menudo realizados en condiciones pésimas, es elevado. Estas legislaciones severas, ofrecen un ejemplo elocuente del ajuste que va acentuándose entre las costumbres de la legalidad entre el país real y el país legal.

En los Países Bajos por ejemplo en 1972 y 73 el número anual de aborto varió entre 30 mil y 40 mil. Las severidades de la legación holandesa tuvo otras consecuencias como son viajes hechos por holandeses a Inglaterra para que se les practicará este tipo de operaciones, y otra consecuencia fue la que esta ley dejó de ser respetada por parte del cuerpo médico ya que varios médicos efectuaban abortos en hospitales públicos. Además los tribunales evitan aplicarla, y la jurisprudencia ya acentó el principio que no debía formularse causa al médico que llevara a cabo semejantes intervenciones siempre que consultará un colega. 114/ En 1976 la Cámara Alta del parlamento holandés hechó abajo una iniciativa aprobada por la Cámara baja que autorizaba el aborto en demanda. Por lo que es evidente que ya hay indicios en este país para que el aborto en demanda sea un hecho aunque a la fecha esté restringida su practica.

MALTA, PORTUGAL, ESPAÑA E IRLANDA. En estos países ninguna disposición legal autoriza la practica del aborto ni siquiera para salvar la vida de la madre. En regla general y absoluta el aborto es siempre una infracción sancionada con severidad.

114/ Frappat Bruno, "Une Liberté illégale" Le Monde, París, No. 1311
6 diciembre de 1973.p.8

5.3

AMERICA

En el continente Americano el derecho del aborto encuentra su contra-posición entre los países desarrollados y subdesarrollados. En el "Norte" el aborto es permitido bajo ciertas condiciones, mientras que en los países del "Sur" oprimidos explotados y subdesarrollados, es donde este derecho se haya penalizado. Por lo que pasaremos a observar los movimientos del derecho al aborto en los diferentes países que conforman esta área:

CANADA. En 1861 las leyes inglesas contra delitos en contra de la persona prohibían o ponían como ilegal a la práctica del aborto según la sección 237 del código penal criminal del Canadá de 1953-54^{115/}, por lo que la -- practica del aborto era ilegal en el Canadá y sólo era permitido el aborto terapéutico en este tiempo. De acuerdo con algunas investigaciones efectuadas por Katz 1978. ^{116/} El número de aborto criminal o ilegal efectuado en este país lo estimó alrededor de 50 mil abortos al año.

Por lo que debido a esta gran incidencia sobre esta practica, en 1969 con la promulgación del "Criminal Law Amendment act" 1968-96, Sección 18 que arreglaba o modificaba a la sección 237 del código criminal o penal de este país, incorporaba provisiones que permitían el acceso al aborto hecho ya en hospitales. Estas reformas fueron emitidas en los tiempos en que Pierre Elliott Trudeau era ministro de justicia en este país y fue él quien dió impulso a estas nuevas iniciativas que traían un moderno pensamiento.

^{115/} Abortion Laws, op.cit. pg. 464

^{116/} Ibidem. pg. 464.

La iniciativa citada, que viene a reformar la sección 237 del código penal, y permite la elaboración de un aborto bajo las siguientes condiciones: El aborto deberá ser hecho por un médico especialista y calificado y deberá ser hecho o efectuado en un hospital debidamente acreditado; el practicante o especialista deberá recibir primero un certificado escrito por un Comité de aborto adscrito al hospital, en el cual se haga notar que de no ser efectuado el aborto, la vida de la mujer podría correr peligro; el Comité de aborto deberá consistir en no menos de tres miembros, siendo uno de ellos un médico practicante; y por último el médico practicante que efectuara el aborto no podrá formar parte del Comité.

Este proyecto fue pasado para un estudio en mayo de 1969 al parlamento, fue ganado por una votación de 149 contra 55 y vino a hacerse vigente hasta agosto de 1969, aunque este proyecto tuvo sus oposiciones de parte de la comunidad canadiense ya que las organizaciones católicas que tenían bajo sus dependencia hospitales, se opusieron totalmente a que éste fuera aceptado e inclusive después de emitido el decreto, estas organizaciones no efectúan abortos dentro de los hospitales a su cargo, con lo cual vienen a desequilibrar la gran demanda de abortos, por el número de camas que estas organizaciones tienen, y que no están al servicio del público para realizar abortos terapéuticos. Es obvio que dada la gran demanda que existe en este país de aborto y en consecuencia de la reforma a la ley, estas camas que no están en servicio para practicar esta clase de cirugías, provocan que las mujeres tengan que hacer una larga espera para poder efectuar su operación. Según datos elaborados por el Toronto Daily Star que levantaron una estadística sobre los abortos hechos en los diferentes

hospitales 117/ , muestran que las reformas a la ley son de aceptación voluntaria por parte de los hospitales, lo que quiere decir que si un hospital no quiere dar el servicio no está obligado a proporcionarlo y además pone en evidencia la gran cantidad de personas que recurren a este medio.

Debemos agregar que las condiciones sobre certificado del Comité de aborto, que nos dice que será para salvaguardar la salud de la mujer, esa palabra "salud", no está limitada y se deja al criterio de cada Comité considerarla tanto como salud mental o como física, y algunas razones para cuidar de la salud mental de la mujer están relacionadas en los aspectos socio-económicos de las circunstancias en que vive ésta, como son la edad; su estatus matrimonial, su habilidad para soportar un niño más; su situación económica para mantenerlo y algunas otras. Por lo que el aborto puede ser hecho aún protegiendo su salud mental de la mujer , y como ya dijimos este criterio lo sostienen los Comités de aborto terapéutico para cuidar la salud de la misma, ya que la ley no especifica si va tener que ser nada más la salud física.

La Asociación Psiquiátrica de Canadá en Reunión de julio de 1970 en Winnipeg, dió un paso más sobre su posición respecto a la terminación de la preñez y solicitaron que el aborto fuera sacado del código criminal o penal. Este cuerpo fue el primer cuerpo médico que se declara en favor del aborto, previniendo que éste mismo debía ser una decisión de la mujer y de su marido o de ella sólo o en compañía de un médico. Este paso fue tomado después de una evaluación sobre la ineficacia de la legislación vigente, sobre habilitar a los médicos a tratar en esta área del sufrimiento humano 118/ .

117/ Autor Eleonor Wright Pelraie, Abortion in Canada, Editado por Adrienne Clarkson, New Press, Toronto, 1971, pg. 38

118/ Canadá Medical Association, 1970, No. 103 pg. 298.

En resumen podemos decir que en este país las mujeres tienen también la necesidad de recurrir al aborto para controlar el número y espaciamiento de los hijos, y siendo este país super-desarrollado en el que las campañas, de educación sexual se da en la educación secundaria, es evidente que la falta de un anticonceptivo eficaz es resultado de esta demanda de aborto, con lo que podemos decir que en el Canadá el aborto puede ser efectuado sólo por razones de salud de la madre y como ha quedado establecido.

ESTADOS UNIDOS. Este país ha seguido la tradición británica de no considerar el aborto como un crimen cuando este se realiza dentro de los 3 primeros meses de la preñez. Massachussetts fue el primer estado e incorporar a su legislación, la reglamentación del aborto. En 1860 alrededor de 20 estados tenían provisiones o normas sobre el aborto, 17 Estados consideraban que el aborto debería ser permitido antes de los tres meses de embarazo y los otros tres Estados no tenían ningún estatuto sobre el aborto 119/.

El instituto Americano de Legislación propuso en 1962 que se seguiera a las legislaciones europeas en su reglamentación sobre el aborto, y consistían su proposición de un modelo del código penal que reglamentara esa situación, el cual permitía el aborto sólo si un médico con cédula, creía que había riesgos sustanciales para que la continuación de la preñez se viera impedida o que provocará defectos físicos y mentales en la salud de la madre o del niño que iba a nacer, o si esa preñez había sido producida por uraviolación o incesto (American World Institute 1962-pp.189-191) y empezando por Colorado en 1967, cerca de una decena de estados adoptaron este moedelo de legislación, con lo que se vino a controlar en algo los abortos clandestinos que ponían en peligro la vida de las mujeres.

En Alaska donde el aborto se ha definido como una operación para la terminación de la preñez cuando el feto no es viable ^{120/}. Por lo que entendido de esta manera, se autoriza el aborto a las personas, siempre que éste sea efectuado por un médico o cirujano con licencia, y se lleve a cabo en un hospital privado o federal. El consentimiento de los padres o tutor de las hijas menores de edad que no esten casadas, se requiere para practicarles esta operación, otro de los requisitos es que la mujer debe estar domiciliada, en el estado por lo menos 30 días antes de que el aborto se efectue.

La definición del aborto en Hawai fue hecha el 11 de marzo de 1970 es muy similar a la de Alaska con la única diferencia de que la mujer debiera estar domiciliada en el estado, 90 días antes de que se lleva a cabo el aborto.

Por lo que se refiere a la legislación de los demás Estados de la Unión Americana, ésta se puede clasificar en 5 razones para abortar, y que son las siguientes:

- 1.- Que se ponga en peligro la salud física y mental de la mujer. 5 de los nuevos estatutos permiten el aborto para proteger la salud física, mental de la mujer. California, Colorado, Georgia, Maryland, Carolina del Norte y Mississippi.
- 2.- Preñez causada por violación o incesto. 6 Estados autorizan la terminación del embarazo por violación y

^{120/}"Abortion Laws", op.cit. ppg.463

California, Colorado, Goergia,
Maryland, Carolina del Norte y
Mississippi;

- 3.- Probabilidades de que el niño que viene, tenga debilidad mental o alteraciones mentales o sea retrasado mental o que tengan deformidades físicas. Los Estados que previenen esas circunstancias son Colorado, Georgia, Maryland, Carolina del Norte, Colorado;
- 4.- Requisito de la residencia. Sólo dos Estados, Carolina del Norte y Colorado son las que imponen un cierto tiempo de residencia en el Estado para poder realizar el aborto.
- 5.- Tiempo en el que el aborto es permisible. La mayoría de las legislaciones que permiten el aborto coinciden que el aborto sólo podrá ser hecho en el primer trimestre del embarazo cuando la madre tiene menos peligro que recorrer 121/

En junio de 1970 en la reunión del American Medical Association celebrada en Chicago indicaron que "el aborto debería ser hecho sólo por doctores con licencia para ejercer y efectuado este en un hospital con los mejores instrumentos que la teconología podría aportar y en un Estado donde la ley lo permitiera. Y alegaron que los abortos deberían ser hechos de acuerdo con el parecer de los doctores y que ninguna persona o hospital debería de requerir o forzar a los médicos a la violación de sus éticas profesionales 122/ .

121/ Roy Lucas J.D. "Laws of the United States", en el "Abortion in a Changing World", op.cit. pg. 131 y 132.
122/ Abortion Laws, op.cit. pg. 464.

Es importante citar algunas resoluciones y casos de los tribunales americanos donde se ha discutido este derecho y para empezar vamos a citar las decisiones en el caso de Roe V. Wade, sobre de las personas no casadas en Texas, La Suprema Corte de Estados Unidos en junio 22 de 1973, normó que:

- a) En los tres primeros meses de la preñez la decisión de abortar debe caer en la mujer y en su doctor;
- b) A los seis meses de embarazo las leyes del Estado deben de regular el procedimiento de aborto, de la manera que sea la salud de la madre la única razón para abortar;
- c) Para las últimas semanas de la preñez cuando el feto es jurídicamente capaz de sobrevivir y nacer, ningún Estado podrá regular o permitir el aborto, sólo cuando éste es necesario para preservar la vida y salud de la madre ^{123/}.

Esta decisión que transcribimos se identifica con el criterio que deben seguir los Estados para garantizar a la mujer sus derechos básicos de elegir el número y espaciamiento de sus hijos.

Otras de las decisiones de la Suprema Corte que es interesante observar, es la emitida en el caso de Belotti contra Baird 443 u.s. 622, John L. ed. 2d. 99s-ct. 3035 (1979). En este caso la Suprema Corte de Justicia de los Estados Unidos decidió sostener el derecho de la menor al aborto. Esto emanó de una decisión del Estado de

^{123/} United States, Supreme Court. Roe Et Al V. Wade 70-18, junio 22, 1973 En Luke Lee, op.cit. pp.f.5

Massachusset que permitía que las menores pudieran abortar con el consentimiento de sus padres o de algún Juez Superior comprobando una causa legítima o justificada de su acto. Esta decisión provocó innumerables oposiciones inclusive llegó a tacharse de inconstitucional por las Cortes Federales de Distrito, aunque la decisión final fue la de la Suprema Corte en el sentido de que; si el Estado decide que como requisito para que puedan abortar las menores de edad se les requiere del permiso de uno de los padres, entonces se debe prevenir la alternativa sobre el procedimiento de autorización cuando este permiso de los padres no pueda ser obtenido.

La menor embarazada deberá estar segura y además deberá probar las siguientes circunstancias:

- 1) Que ella es suficientemente madura, así como estar informada para hacer la decisión de abortar, en consulta con su médico, independientemente del deseo de sus padres;
- 2) Aún si ella no puede hacer su decisión independientemente, el deseo de abortar será de acuerdo con sus mejores intereses.

Por lo que no sólo en la Unión Americana el abortar estará permitido para mujeres maduras sino que también se prevé las circunstancias de las menores de edad.

También basta citar el caso de Colautti v. Franklins, US-58 led. 2d. 596,99s. ct. 675, 47 U.S.L.W. 1049 (1979) en la que la Suprema Corte hechó abajo los

estatutos del Estado de Pensylvania en su sección cinco sobre el control del acto de aborto, el cual mencionaba que cuando el feto no era viable estaba permitido el aborto, y cuando se fundamentara medicamente que iba a nacer con deficiencias físicas o mentales estaba permitido, pero requería este estatuto otras circunstancias como la que cuando se suponía que el feto podría ser viable aunque éste presentará complicaciones, obligaba a los doctores a recibir y ayudar a vivir al feto. Lo que la Corte consideró como una condición que no correspondía al derecho, ya que en todos los casos los fetos en determinado momento podrían ser viables aunque nacieran con taras mentales, por lo que hechó abajo este estatuto dejando el derecho de decidir de tenerlo o no a la mujer.

Aunque estas decisiones han encontrado algunas oposiciones, ya que han sido declaradas anticonstitucionales por los Juzgados del Distrito del País, aunque ha prevalecido el criterio de que la mujer debe de decidir si aborta o no. Otra de las oposiciones, es el conjunto de organizaciones católicas que se oponen también a esta manera de ver las cosas, por lo que existe, también aquí, el problema de no proporcionar el servicio de aborto, ni con fondos de la nación, ni por los hospitales encargados de organizaciones religiosas.

AMERICA LATINA. Las leyes sobre el aborto en América Latina son bastante restrictivas y no permiten esta clase de operaciones. Alrededor de 22 países independientes donde habitan más de 11 millones de seres, tres de éstos prohíben totalmente el aborto bajo cualquier circunstancias, 12 lo permiten para preservar la vida de la mujer, 6 países lo permiten por disposiciones médicas y 7 lo autorizan por casos de violación o incesto ^{124/} .

Si observamos el cuadro No. 19 presentado por Mario Requena, en la Conferencia sobre el aborto realizado en Hot Spring Virginia en 1968, podremos observar las incidencias sobre el uso de contraceptivos y sobre el uso del aborto en las cinco principales ciudades que ahí se representan, haciéndose notar que es en la ciudad de México en donde existe mayor incidencia sobre el aborto inducido.

Según esta misma exposición de este autor citado, la incidencia de aborto se encuentra en mayor parte entre la gente de un nivel medio social, con una cierta preparación, y es la mujer de la edad entre los 20 y 45 años la que se expone a este tipo de operaciones, por lo que se puede decir que:

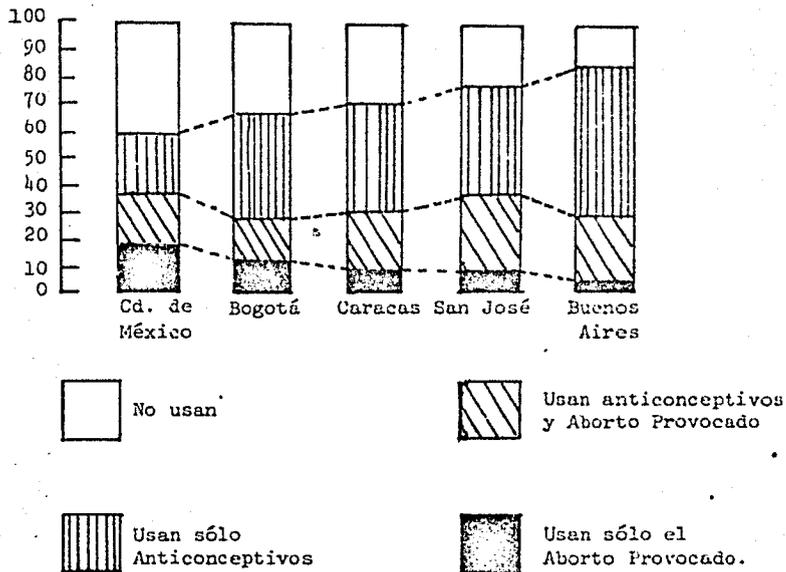
- 1.- La mujer latinaamericana entiende mejor el aborto en su estado de madurez y es evidente el incremento en la demanda de aborto cuando la madurez de la mujer es mayor.
- 2.- Es la mujer que tiene 3 o más hijos la que prefiere esta salida para controlar el número y espaciamiento de su familia.

MEXICO. Se encuentra entre los países que permiten el aborto terapéutico, y se exime de la punibilidad el aborto causado por imprudencia de la mujer embarazada o cuando el embarazo sea consecuencia de una violación. A través de pocos estudios que se conocen en nuestro país, se puede hacer una caracterización de la mujer mexicana que más comúnmente recurre al aborto; casadas o que viven en unión libre 65%, católicas 86%, madres de numerosos hijos 70%

CUADRO No. 19.

Porcentaje Distribuido de las Mujeres no solteras, que utilizan algún método anticonceptivo, en algunas Ciudades de América Latina.

Porcentaje de Mujeres.



FUENTE: Rodríguez Lima. "Abortion in Latino América". En el "Abortion in a Changing World", Editado por Robert E. Hall, Columbia University Press, N/Y/ y Londres 1968, VI. p. 339.

de 26 a 40 años 53%, de bajo nivel educativo 68%; de ingresos familiares insuficientes o precarios 76% amas de casa 49%, dedicadas a los servicios o a la industria 19% ^{125/} . También algunas de las razones que inducen al aborto a las mujeres, son en primer lugar el número excesivo de hijos en un 52%; mala situación económica 27%; desaveniencias conyugales 12%, ocultación social 6%; problemas profilácticos o terapéuticos 3% . Los abortos permitidos por la ley dan apenas el 3.5% de los indicios, lo cual arroja un abrumador 96.5% de abortos ilegales ^{126/} . Por otra parte y según datos de la Dirección General de Estadística de la Secretaría de Industria y Comercio, el aborto es la 5a. causa de mortalidad materna en todo el país y que va en aumento. En 1970, las muertes por aborto representaron el 5.4% del total, mientras que en 1973 alcanzaron el 6.4% . Los métodos más usuales para abortar son principalmente el legrado, muy seguido por la introducción intrauterina de cuerpos extraños principalmente sondas, que provocan hemorragias y abortos mal hechos o no consumados, (esta clase de abortos son los más peligrosos y que ponen en peligro la vida de la mujer) la ingestión de infusiones de diversas hierbas e inyecciones así como los medicamentos orales y ejercicios bruscos, son menos preferidos por las mujeres para provocarse el aborto. El método de la succión, por aspiración por ser éste un país que considera al aborto inducido como ilegal, no se ha podido desarrollar aunque existe clandestinamente y su costo es demasiado elevado.

Cabe hacer notar que este país ingresó a su Constitución en el artículo 4 el derecho de las personas a elegir libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Derecho que esta restringi-

^{125/} Mateos Furnier, Manuel. :Nuevas aportaciones para la Evaluación del aborto criminal en México:. pp.5-10

^{126/} Ibidem. pp.6

do como a quedado expuesto.

CUBA. En este país el aborto se empezó a permitir desde octubre de 1938 a través del Código de Protección Social en su sección 443, el cual le permitía para salvar la vida de la mujer y cuando la preñez era producto de algún delito, como la violación, y también era permitido el aborto eugenésico para prevenir las enfermedades hereditarias. Ya en los 60's este derecho se permitió a la gente sin razones específicas siempre que fuera realizado en hospitales del gobierno, ésto vino a hacer reafirmado en el nuevo Código Penal en el capítulo VI en los artículos del 320 al 324 de 1979, en el que se sanciona al aborto efectuado fuera de la reglamentación en materia de salud, al efectuado para lucrar, al hecho fuera de los hospitales oficiales y al efectuado por alguien que no sea un médico.

PUERTO RICO . Se puede decir que este país esta sujeto a la Jurisdicción de la Suprema Corte de los Estados Unidos que ya vimos anteriormente.

REPUBLICA DOMINICANA. La ley número 1690 de abril de 1948 referente al aborto, que fue introducida como una nueva versión en la sección 317 del Código Penal, proviene que bajo sin ninguna excepción el aborto estará prohibido en este país.

COSTA RICA. En la sección 199 del Código Penal de agosto de 1941, especifica que el aborto puede ser hecho por un doctor practicante cuando existe el peligro sobre la salud de la mujer; aunque esto debe ser certificado por otros dos médicos que la examinen.

ECUADOR. En la sección 423 del Código Penal de marzo de 1938, previene que el aborto puede ser realizado por un médico practicante con el consentimiento de la mujer embarazada o con el consentimiento del marido o algún pariente cercano cuando la mujer pueda estar incapacitada, bajo las siguientes circunstancias:

- 1.- Si existe el peligro inminente de que la vida de la mujer o su salud pueda estar en peligro.
- 2.- Si el embarazo ha sido producto de una violación o de una relación ilegal.

HONDURAS. Según la Ley fundamental concerniente a la Asociación de Médicos, ratificada por el decreto del 25 de junio de 1964, solamente permite el aborto terapéutico, con el consentimiento de la mujer por escrito y su marido o cualquier otro pariente cercano, asimismo un certificado o confirmación de una comisión médica que certifique el estado de necesidad de aborto para salvar la salud de la mujer y este no se podrá efectuar mientras no existan esas circunstancias.

COLOMBIA. De acuerdo con la sección 10 del Código ético de medicina promulgada por el decreto de 25 de septiembre de 1954, especifica que los médicos no deben de prescribir o tratar de hacer cualquier acto encaminado a destruir la vida, tales como el aborto, la Eutanacia y la contracepción. Después el Código Penal promulgado por el decreto de 14 de septiembre de 1936 prescribe en su sección 389 que el aborto puede ser efectuado únicamente para salvaguardar la vida de la mujer.

PERU. De acuerdo con su Código Sanitario promulgado por decreto el 18 de marzo de 1969 previene que; el aborto terapéutico solamente podrá ser realizado cuando existe la amenaza de muerte para la madre, y con asistencia de dos doctores que apureben la operación. Este mismo Código especifica la prohibición del aborto basado en éticas sociales, económicas y también prohíbe los métodos de control de la natalidad.

VENEZUELA. El aborto está reglamentado en su sección 435 del Código Penal promulgado en el decreto del 22 de junio de 1964 en el cual se prohíbe totalmente la práctica del aborto, solamente en casos esenciales en el que la vida de la mujer está en juego, es cuando se permite la confección de ese tipo de operaciones.

BRASIL. Según decreto No. 2848 del 7 de diciembre de 1940, prescribe que el aborto hecho por un médico no es delito siempre que concurran estas circunstancias:

- 1.- Si sólo con este método se pueda salvar la vida de la mujer.
- 2.- Si el embarazo fue producto de una violación, y para esto se requiere la autorización de la mujer y si esta incapacidad de su esposo o algún representante legal.

Y de acuerdo con los estudios de Rodríguez Lima^{127/}. La decisión para autorizar este tipo de aborto, debe ser hecha por un Comité integrado por tres médicos, los cuales tiene que emitir un certificado médico en donde conste la emergencia del caso y en donde se autorice al médico para realizar el aborto, además deben de rendir un informe confidencial al Consejo Regional de Medicina.

^{127/} Rodríguez Lima, O. 970 en Abortion in a Changing World. op.cit. Vol. 2 p.77.

Y desde que esta ley fue aprobada los abortos fueron en aumento, ya que según las estadísticas hechas en 1964 por Rodríguez Lima y presentadas en la Conferencia sobre el aborto realizada en Hot Springs ^{128/} el 22.4% de las camas destinadas a maternidad fueron ocupadas por casos de aborto . de éstos el 63.4% fueron abortos inducidos.

Por lo que este autor Octavio Rodríguez Lima, resume sus investigaciones con los siguientes 3 puntos:

- 1.- Que las leyes en vigor no han tenido gran éxito, ya que de todos los cientos de aborto inducido efectuado en este país solamente 14 fueron perseguidos en un sólo año y ninguno fue condenado ya que no hubo pruebas suficientes para condenarlos.
- 2.- Propone la Legalización del aborto voluntario, aunque ésto vaya en contra de la moral del pueblo, especialmente en contra de las creencias del pueblo brasileño.
- 3.- Que el desarrollo económico y la planeación familiar tenga el mayor auge en el país para prevenir los los abortos futuros.

PARAGUAY. Según la sección 352 del Código Penal del 18 de julio de 1914 la confección de un aborto solamente esta permitido exclusivamente para salvar la vida de la mujer que se haya en peligro por su embarazo.

^{128/} Ibidem. Vol. 2 p.77

CHILE. Y según su Código Sanitario promulgado por decreto del 11 de diciembre de 1967 prescribe que el embarazo solo puede ser interrumpido por razones terapéuticas, acompañado de una certificación de dos médicos en la que se comprueba que la operación debe ser llevada a cabo, y que de lo contrario la vida de la mujer estaría en peligro.

URUGUAY. En donde el aborto fue legal en 1933-1938, (Thevenet 1978, pp. 52-53) ahora la penalidad de la confección de abortos va a estar condicionada a salvar la vida de la mujer, por embarazos por incestos o violaciones, o por razones socio-médicas, y la penalidad podrá ser desistida cuando el aborto este hecho dentro del primer trimestre de la preñez y este se haya efectuado por razones económicas bastante serias, de acuerdo con las siguientes condiciones que establece la sección 328 del Código Penal que fue enmendado por la ley número 9763 de junio 24 de 1938, el cual previene como condición primero que; el aborto haya sido efectuado para salvaguardar el honor de la mujer de su esposo o de un relativo cercano, con lo cual la penalidad se reduciría a la mitad, aunque podría ser reducida toda la penalidad después de examinado el caso. Como segunda circunstancia señala que si el aborto que fue producido por un incesto o por una violación fuera efectuado sin autorización de la mujer la punibilidad podría también bajar a la mitad y en el caso en el que la mujer diera su consentimiento no habría ninguna punibilidad. Como tercera condición señala que: Se requiere del consentimiento de la mujer cuando la vida de ella este en peligro a causa de la preñez, y aumenta que; cuando no existe este consentimiento, será punible el delito, y cuando existe este consentimiento no será punible. Como cuarto requisito señala que; cuando el aborto ha sido efectuado por dificultades

económicos "angustia económica" como lo nombra el Código y existe el consentimiento de la mujer, la punibilidad puede ser reducida a cero, en cambio cuando no existe el consentimiento de la mujer entonces esa punibilidad puede reducirse a la mitad o un tercio; Y como quinto requisito señala que; para la reducción total o parcial de la punibilidad se requiere que el aborto haya sido efectuado dentro del primer trimestre de la preñez.

Por lo que tenemos que este país es el primer país en América Latina que libera casi totalmente el aborto, con una reglamentación bastante accesible.

ARGENTINA. Debido a la sección 86 del Código Penal que fue enmendada por una Ley del 6 de diciembre de 1967, específica que el aborto puede practicarse por los médicos, con el consentimiento de la mujer embarazada si concurre en estas circunstancias:

- 1.- Que exista peligro eminente sobre la vida o salud de la mujer y que;
- 2.- El embarazo haya sido presentado de una violación.

Cabe mencionar que la Argentina fue una de las primeras naciones del mundo que incluyó en su Código Penal en forma expresa las excepciones eugenésicas, sentimentales o éticas, sobre la materia, sino de hecho por lo menos fue esa la intención de los Legisladores. 129/

Por lo que tenemos que en América Latina sólo un país que es el URUGUAR ha podido dar acceso ampliamente al derecho de elegir el número y espaciamiento de los hijos.

129/ Calandra, Del Valle, Olivares, Requena y Morinandi, :Aborto, Estudio Clínico, Psicológico, Social y Jurídico: Editorial Médica Panamericana. p.296.

5.4 MEDIO ORIENTE.

TURQUIA. Según los términos de la sección 22 de la ley turca del 3 de junio de 1960 sobre éticas médicas, el aborto está permitido solamente si se llevaba a cabo para salvar la vida de la madre; la operación podría ser hecha solamente cuando existiera el certificado de dos médicos especialistas. Esta política cambio cuando se emitió la ley el 1° de abril de 1965 sobre planificación familiar y poco después en 1967 en junio 12 se emitieron reglas concerniente a la interrupción de la preñez y la esterilización. Según esta ley el aborto podría ser permitido cuando la vida de la mujer estuviera en peligro debido a la preñez o por razones eugenésicas cuando el feto estuviera en peligro de nacer mal o pescar una enfermedad hereditaria. Aunque este tipo de aborto estaba clasificado y no se dejaba al criterio de los médicos autorizarlo, ya que existía un anexo a esta reglamentación, el que especifica las enfermedades hereditarias, como enfermedades cuando la mujer este embarazada y las sospechas de que el feto nazca con deformidades.

Esta regulación previene dos Comités establecidos, uno es para realizar el aborto terapéutico y otro para la esterilización. Los cuales están compuestos por médicos especialistas seleccionados por el Ministerio de Salud y Bienestar Social. Los que estarían obligados a reportar los casos después de 7 días de efectuados. Y las autorizaciones para realizar abortos estarían sometidas a estos Comités aunque si existiera negativa para realizar tanto el aborto terapéutico como la esterilización se podría recurrir al "Alto Comité en Aborto Terapéutico y Esterilización". Esta reglamentación de 1967 también previene que el

aborto podría ser efectuado en hospitales oficiales o en Institutos privados autorizados para ese propósito por el Ministerio de Salud y Bienestar, y debe de existir el consentimiento escrito de la mujer y si ésta es menor, de sus padres. Aunque esta autorización no es necesaria cuando exista peligro en la vida de la mujer.

Por lo que se puede decir que estas leyes de junio de 1967, permiten el aborto por indicaciones médicas específicas y cuando existe el riesgo de un defecto congénito serio; además, contiene información para la regulación y planeamiento de la familia.

Cabe mencionar que en este país el aborto inducido representa un grave problema, ya que el índice de abortos efectuados alcanza un porcentaje de 56 abortos por cada 100 nacimientos reportados 130/.

ISRAEL. Las regulaciones concernientes al aborto en Palestina cuando estaban sobre el mandato británico fueron extremadamente rígidas y fueron escritas en estatutos sobre las ofensas en contra de las personas de 1861. En las que se prevenía que quien realizará abortos se le impondría una pena de 14 años de prisión. Y a la mujer que lo permitiera una pena de 7 años en prisión. De todas maneras fueron muy pocos los casos presentados sobre el aborto de las cortes palestinas.

Según estudio elaborado por Roberto Bachi y presentado en la Conferencia Internacional sobre el aborto 131/, las razones por las cuales las mujeres israelitas optan por hacerse un aborto son las siguientes:

130/ Abortion in a Changing World, op.cit. VII pp.48.

131/ Abortion Laws, op.cit. V, I pp.274 a 283.

- 1.- Controlar el número de su familia;
- 2.- Los anticonceptivos modernos no son completamente efectivos;
- 3.- Las pruebas sobre el embarazo son accesible en cualquier parte de este país.
- 4.- Cuando se deciden a tomar esta vía pueden recurrir al fondo de enfermos o a un médico particular.
- 5.- En estas circunstancias el aborto no es muy caro en este país;
- 6.- Este tipo de operaciones se hacen ambulatoriamente, ya sea en la casa del paciente, en el consultorio, en las clínicas o en cualquier otra parte.

En 1952, cuando en el distrito de "Haifa" se declaró que el aborto inducido hecho de buena fé y por razones médicas era permisible, si se efectuaba éste, sin ser ocultado. Después por instrucciones del abogado general del Procurador de Justicia se ordenó, no perseguir los casos ordinarios de aborto inducido. Más recientemente las penas por efectuar abortos ilegales se han relajado. (no se impone pena a la mujer que ha procurado su propio aborto). En la practica y en ese país es muy fácil obtener un aborto particularmente para las mujeres que tienen dos o más niños. En 1977 (fecha en que se derogan las disposiciones de 1861) se hizo una modesta liberación de este tipo de operaciones permitiendo el aborto por dificultades familiares o circunstancias sociales para apartar de la mujer y de sus hijos este tipo de problemas. En 1979 las indicaciones de tipo social fueron rescindidas de la legislación de '77 y sujeta la autorización de un Comité, el cual se lo permitiera hasta la décima semana, por lo que se puede decir que en este país el aborto estará permitido por razones de salud, eugenésicas y judiciales, o sea cuando el embarazo sea producido por una relación sexual ilegal.

IRAN. El aborto es permitido solamente para salvar la vida de la mujer y es requerido un certificado firmado por tres médicos en el que se especifique que el embarazo podría poner en peligro la vida de la mujer. En 1974, el parlamento iraní revisa su Código Penal y autoriza durante el 1er. trimestre de embarazo el aborto en demanda de la pareja, o de la mujer soltera. Y es hasta 1976 en octubre cuando emiten regulaciones hacia esta revisión del Código Penal en las que se dice que se prohíben los abortos hechos fuera de los hospitales y clínicas.

SIRIA. La terminación del embarazo en este país con el propósito de salvar la vida de la mujer es permitida según la sección 8 de su legislación en decreto No. 96 del 26 de septiembre de 1962. Un reporte justificado es necesario, el cual deberá ser elaborado por dos médicos especialistas en el que se manifieste las razones por las cuales se podría poner la vida de la mujer debido al embarazo.

JORDANIA Y LIBANO. Es muy restringida de la legislación sobre el aborto en estos países, y no hay casos en que el aborto es autorizado con excepción de que en caso de que exista peligro de perder la vida de la mujer. Aunque existen provisiones por las cuales el aborto haya sido hecho para preservar la reputación de la mujer o el honor de la familia.

BAHRAIN. Está expresamente prohibido a los seudomédicos y comadronas, la practica del aborto, según decreto No. 24 de 1977, por lo que este tipo de operaciones solo podrán ser efectuados por médicos practicantes.

En general se puede decir que sobre esta área del Medio Oriente, que la mayoría de las legislacio-

nes sobre el aborto son represivas, aunque ya en la practica han permitido ciertas disposiciones acerca de este tipo de operaciones para quitarle la ilegalidad a los abortos, como por ejemplo, de que sean hechos por docotres en hospitales públicos o clínicas privadas para así evitar el aborto clandestino que pone el peligro y la vida de la mujer. El aborto terapéutico es el más aceptado en estos países.

Por lo que podemos concluir que en esta región el aborto como un medio para ejercer el derecho a elegir el número y espaciamento de los hijos, es limitado y restringido, aunque provoque que las mujeres deban recurrir al aborto clandestino y exponer así sus vidas en una operación insalubre.

5.5 ASIA Y OCEANIA.

En la mayoría de los países asiáticos la legislación sobre el aborto es en extremo restrictiva, el aborto es una ofensa punible, excepto cuando es hecho para salvar la salud de la madre. Aunque diferentes puntos de vista son los estipulados en la legislación japonesa y en SINGAPUR; por lo que regular en todos estos países existen restricciones en cuanto a este método anticonceptivo, por lo que pasaremos a analizar cada uno de sus países.

CAMBOYA. En la sección 459 del Código Penal promulgado el 23 de julio de 1934 se prescribe que el aborto no será posible cuando se efectuó para salvaguardar la vida de la mujer y este debe ser hecho por un médico practicante especializado después de haber notificado a las autoridades de la comunidad.

COREA. En la legislación coreana no existe ninguna prescripción por la cual se permita el aborto en alguna forma. En la sección 269 de su Código Penal prescribe penalidades en los casos en que la misma mujer se procure su propio aborto, usando drogas o otras maneras y además impone penas para aquellos que se dedican a hacer abortos a las mujeres. La sección 270 impone penalidades sobre las personas que procuran abortos a las mujeres, en los que se invocan a los médicos, comadronas y paramédicos a los cuales se les puede suspender la licencia definitivamente o temporalmente. En 1973 se adoptó una legislación para la terminación de la preñez por razones médicas, eugenésicas y judiciales. Aunque de todas maneras esta ley llega a ser letra muerta ya que el gobierno subsidia la realización de los abortos privados, cuando estos son combinados con una esterilización o si el embarazo ha sido el resultado del fracaso del aparato intrauterino 132/ .

PAKISTAN. La situación es la misma en este país que en el Reino Unido antes de 1967, en su sección 312 del Código Penal de 1860 no previene ninguna excepción para despenalizar el aborto salvo cuando que hay que salvar la vida de la mujer. Aunque es evidente que en este país se recurre o se tiene conocimiento que un gran número de matrimonios recurren a los abortos ilegales probablemente por razones sociales y económicas. Por lo que lo mismo que pasa en Bangaldesh y Sri Lanka, se puso al servicio de la comunidad, laboratorios sobre la "regulación menstrual", y cuya investigación esta encomendada al "Pathfinder Fund Institute." el cual contiene un programa por el cual instruye aproximadamente a 600 médicos y 800 familias como visitantes, con el objeto de llegar la población de estos países y beneficios de la planificación familiar.

TAILANDIA. De acuerdo con la ley promulgada el 13 de noviembre de 1956 y en su sección 305, prescribe que; no constituye una penalidad los abortos efectuados con el fin de salvar la salud y la vida de la mujer, y cuando el embarazo ha sido resultado de una unión sexual ilegítima. A pesar de lo anterior en Tailandia se han registrado pocos abortos terapéuticos, en 1973 hubo 2,6 en 1964 y 4 en 1965^{133/} .

INDIA. En la India como en Pakistán siguen siendo legislaciones que se identifican con la británica, permitiendo el aborto sólo para salvar la vida de la mujer, aunque según datos proporcionados por investigadores como Chandrasekhar ^{134/} . Este doctor dice que el número de abortos inducidos se pueden calcular entre los 5 millones al año y que más del 90% de las mujeres casadas utilizan este método anticonceptivo. Tomando en cuenta esta

^{133/} Roemer R. (19070) "Law of the World" En Abortion in a Changig World, op.cit. Vol. I, pp.119-126.

^{134/} Chandrasekhar, S. (1970) :Abortion in India:. En Abortion in a Chang ing World op.cit. Vol. 1 pp.245-250.

situación y también los peligros inherentes a la practica del aborto ilegal, "la Junta Central de Planificación Familiar del Gobierno de India", propuso en 1964 la formación de un Comité que se encargaría de investigar los problemas inherentes al aborto tomando en cuenta sus aspectos legales, médicos, morales y sociales. El Comité fue establecido y para finales de 1966, sometieron al Congreso una recomendación para liberar la ley existente sobre el aborto. Por lo que en 1969 el proyecto intitulado "La terminación médica de la preñez, 1969" fue introducido en el parlamento indú.

Este proyecto prescribe ciertas excepciones a las provisiones del Código Penal para la terminación de la preñez y específicamente proponía que cualquier aborto debería ser realizado por un médico especialista en un tiempo no mayor de las doce semanas de embarazo, o por dos médicos especialistas cuando este tiempo se hubiera excedido, aunque no debía pasar de las 20 semanas, aunque para realizar este tipo de abortos terapéuticos debía existir dos hipótesis; la primera, se debería de certificar que de continuar la preñez la vida de la mujer estaría en peligro o su salud física o mental; y la segunda cuando existiera un riesgo fundamentado de que el niño que iba a nacer podría traer en sí complicaciones u anomalías físicas y mentales. Y explicaba este proyecto las circunstancias que deberían de tomarse en cuenta para sostener el criterio del peligro de salud de la mujer; cuando la preñez era producto de una violación o cuando este mismo embarazo era producto del fracaso de algún anticonceptivo utilizado por cualquiera de la pareja. Este proyecto reproduce en parte la ley británica sobre el acto de aborto de 1967, se introduce un nuevo concepto médico social como excepción para realizar el aborto.

En los términos de este proyecto ningún aborto podría ser hecho en forma privada solamente los hospitales gubernamentales y los autorizados por el gobierno podrían realizar esta clase de operaciones. Cabe mencionar que la "Asociación Médica Indú:" ha urgido al gobierno la cautela sobre esta legislación ya que existe una notable insuficiencia de el personal y hospitales para llevar a cabo este tipo de operaciones.

Es en 1971 cuando este proyecto se convierte en realidad, por lo que "la terminación médica de la preñez" nulifica esencialmente la sección 312 del Código Penal Indú, esta ley vino a entrar en vigor en junio de 1972.

JAPON. En este país las disposiciones contenidas en la ley de protección eugenésicas del 13 de julio de 1948 y enmendada recientemente el 21 de abril de 1960. Esta ley reemplaza a la antigua ley de 1940 que corresponde a la ley nacional eugenésica, donde se incluían medidas restrictivas contra el aborto inducido. Entre 1949 y 1955 el número de abortos oficiales reportados a las autoridades se incrementó de 246, 104 a 1'170,143 ^{135/}. Desde 1955 una disminución gradual en el número de abortos legales se ha venido observando. Según algunos autores investigadores como Muramatsu consideran que estos datos están muy por debajo de la realidad, y que la mayoría de los abortos hechos no se han efectuado por razones de la salud de la mujer.

En la presente versión de la ley de protección eugenésica se ha definido que la "operación eugenésica" podría ser efectuada en dirección de un médico especialista según los siguientes casos:

^{135/} Abortion Laws, op.cit. VI pp.467.

- 1.- Si la persona que se le va a practicar, sufre de una enfermedad hereditaria o malformaciones hereditarias o cuando sufre de algún trastorno metnal o deficiencia mental;
- 2.- Cuando la persona a quien se le va a practicar el aborto tiene parientes hasta el cuarto grado que sufran de alguna enfermedad mental hereditaria, o deficiencia mental hereditaria, o psicosis o malformaciones heredadas, en general cualquier deficiencia hereditaria mental;
- 3.- Si la persona en cuestión sufre de lepra y que ésta pueda ser transmitida a su descendencia;
- 4.- Si la vida de la mujer se pone en peligro a causa de la continuación del embarazo o cuando ésta dé a luz;
- 5.- Cuando la mujer ya tenga varios niños y su estado de salud se vea amenazado por los efectos de cada uno de los nacimientos.

En los casos enumerados en el 4 y 5 se podrá llevar a cabo una operación en el marido, con el fin de controlar la planificación familiar.

El médico practicante deberá de poner a disposición de la Comisión para la protección eugenésica cualquier investigación hecha sobre la manera de aplicar sus operaciones y las razones por las cuales deban de llevarse a cabo, mismas que se deberán indentificar con el anexo de la ley, el cual cita las siguietes:

- 1.- Psicosis hereditaria, esquizofrenia, epilepsia, psicosis maniaco-depresiva;
- 2.- Deficiencia mental hereditaria;
- 3.- Psicopatía severo hereditaria: Deseo sexual anormal marcado, inclinación criminal marcada;
- 4.- Enfermedades severas físicas: corea progresiva crónica, ataxia hereditaria espinal; ataxia hereditaria cerebral, astrofia muscular progresiva miononía, atonia muscular, distorofea muscular progresiva, deformidad cartilafinosa congénita, coere-tona pulmonar, o plantar congénita, atrofia hereditaria del nervio óptivo, retinitis picmentosa, acromatosia, nistagmus congénito, disacusis hereditaria, o sordera y emofilia;
- 5.- Deformidad severa hereditaria: deformidad de la mano del pie, o deformidad huesocongénita.

Las provisiones que gobiernan la interrupción artificial de la preñez están contenidas en la sección 14 de la ley la cual prescribe la siguientes:

1.- La operación de aborto deberá llevarla a cabo por médico especialista designado por la asociación de médicos del distrito el cual será llamado "medico designado", y podrá llevar a cabo este tipo de intervención, según su criterio con el pegmiso de la persona a quien se va a operar y de su esposo. Y de conformidad con los siguientes términos.

- a) Podrá intervenir a las personas quienes padezcan de psicosis deficiencias mentales. psicopatas, enfermedades somáticas hereditarias, estas enfermedades pueden padecer la persona que se le va a ser el aborto o el esposo de esta persona.
- b) Que algún pariente relativo con sanguíneo hasta el cuarto grado de ambos conyuges sufra de alguna enfermedad hereditaria o deficiencia mental también hereditaria o algunas de las enfermedades hereditarias mencioandas en el indica a).

- c) Que la pareja sufra de lepra;
- d) Cuando a la mujer se le ponga en peligro seriamente su salud debido a la continuación del embarazo o del parto, desde el punto de vista médico y económico;
- e) A las personas cuyo embarazo haya sido resultado de una relación sexual ilegal.

2.- En referencia al consentimiento dicho en el número 1.-, el sólo consentimiento de la persona o de la mujer podrá ser suficiente cuando el marido no este en el lugar o no haya sido localizado o que no pueda declarar su intención o que muera después de la concepción;

3.- Si la persona que se le va a practicar la operación de la interrupción artificial de la preñez;, es insana o incapaz, el consentimiento de esta persona podrá ser tomado a las personas que disponen la sección 20 de la ley de Higiene Mental (y son los tutores, el esposo, las personas que tienen autcridad familiar sobre de ella o las personas que están obligadas a brindarles protección, los que se convierten en protectores de

la persona) en su defecto también podrán dar su autorización para este tipo de operaciones las personas enunciadas en la sección 21 de esta misma ley (y que son el mayor de la -- ciudad, población o localidad que se convierte la persona en obligación de brindar protección) por lo que el consentimiento de estas personas puede ser tomado en sustitución de la persona.

En la carpeta V de esta ley previene el establecimiento de una oficina de consulta para la protección eugenésica, que entre otras misiones tiene la labor de mantenerse al día en cuestiones sobre protecciones eugenésicas y proporcionar a la población asesoría sobre como aplicar esta ley y asimismo sobre métodos anticonceptivos. Cada oficina debe de contar cuando menos con un médico especialista calificado, puesto por el ministerio de salud y bienestar, este mismo debe contar con el equipo necesario para todos sus exámenes. Cada médico que hace este tipo de operaciones eugenésicas o aborto inducidos, debe hacer reportes a la autoridad competente; cada reporte debe ser sometido cada mes, y en cada uno debe especificarse los motivos de cada una de las operaciones.

Aunque para 1972 y otra vez en 1974 hubo ciertos movimientos para remover de la legislación al elemento económico como motivo para abortar, estos movimientos no han tenido efecto ya que no se ha tomado acción alguna sobre la materia. Ya que para 1976, la autoridad redujo el tiempo de duración de la gestación para realizar abortos, de 28 a 24 semanas como límite.

SINGAPUR. En este país donde el aborto fue previamente permitido conforme a los términos de la sección 312, del Código Penal del 16 de septiembre de 1872, sólo se permitía para salvaguardar la vida de la mujer, aunque en 1969 se promulgó una ley que se liberaba este tipo de operaciones, la cual entró en vigor el 20 de marzo de 1970.

Esta ley señala que no constituirá ofensa o delito la terminación del embarazo cuando éste, se ejecute por un médico registrado especialista, y que el acto sea autorizado por la "Junta de Autorización para la Terminación de la Preñez". Esta junta debía estar compuesta por el director de servicios médicos, el delegado del director de servicios médicos (Salud), el delegado del director de servicios médicos (hospitales), un especialista en ginecología y obstetricia empleado del servicio público, un psiquiatra también empleado público, el director de bienestar social y cinco miembros más designados por el ministro de salud. Esta junta puede delegar funciones a comités específicos a los cuales por orden expresa se les delegan funciones y poderes.

Esta junta va a autorizar este tipo de operaciones si concurren las siguientes circunstancias:

- 1) Cuando por la continuación de la preñez se puede poner en peligro la vida de la mujer o que cause serios daños en la salud tanto física como mental de la misma;
- b) Que el medio ambiente de la mujer encinta, sea desfavorable tanto desde el tiempo que va a nacer el niño, como después, justifica la terminación de la preñez (la expresión "medio ambiente" incluye el familiar y las circunstancias financieras de la mujer encinta);
- c) Cuando existen los fundamentos médicos por los cuales se pueda afirmar que el niño va a sufrir

deformidades o anormalidades físicas o mentales; d) Cuando el embarazo haya sido producido por violación, incesto, o alguna otra relación sexual ilegal, asimismo cuando el embarazo resulte de la unión de una persona impotente. Sobre esta última condición se requiere la opinión de dos médicos que dictaminen la impotencia del hombre. En estos casos de este inciso, no se requerirá la autorización de la junta, aunque sí se requiere que el tratamiento sea llevado a cabo en un hospital gubernamental o en un instituto privado autorizado y registrado, y que se lleve a cabo por un médico especialista registrado o mandado por la junta, se requiere también, presentar a la junta las razones médicas por las cuales se lleve a cabo la terminación de la preñez.

En general todos los abortos deben de ser hechos en hospitales oficiales o en los institutos autorizados por el gobierno, excepto cuando exista peligro de vida de la mujer embarazada, esta operación se podrá llevar a cabo en cualquier sitio que el médico especialista lo solicite, el cual deberá mandar a la junta, dentro de los 14 días siguientes, un reporte sobre las razones médicas de las cuales se hizo el aborto inmediatamente.

Excepto por el caso de aborto inmediato para salvar la vida de la mujer, sólo podrá autorizar el aborto a que sean mujeres ciudadanas de Singapur o que sean esposas de un ciudadano de Singapur, o que cuando menos tengan una residencia en esta ciudad de un período no menos de 4 meses antes de realizar este tipo de operaciones.

La junta no podrá autorizar ningún tipo de operaciones en los dos siguientes casos:

- 1.- En los términos inscritos en la letra b) y c) anotados anteriormente si la preñez tiene más de 24 semanas de duración, aunque sí se podrá llevar a cabo cuando sea necesario para salvar la vida o la salud de la mujer;
- 2.- En los términos de los incisos b) y d) anotados, si la preñez tiene más de 16 semanas de duración.

Todas las mujeres deben de requerir la autorización de la junta, salvo los casos vistos anteriormente, esta autorización se tramita de la siguiente manera: En primer lugar se debe de obtener un certificado de un doctor del cual provienen las circunstancias o fundamentos de su decisión de abortar, la junta determinará, y en caso de negarsele, las mujeres no tienen derecho a apelar, aunque sí tienen derecho a que la misma junta lo considere, la cual les ordenará un nuevo exámen con otro doctor en que se reporten nuevas evidencias o razones por las cuales se pretende abortar.

El consentimiento de la mujer embarazada es necesario para practicar este tipo de operaciones, aunque cuando son menores de 18 años (esta edad se consideran mayoría de edad en este país) este consentimiento deberá ser dado, cuando son solteras, por los padres o tutores o quienes legalmente llegan a ejercer la patria potestad o la custodia de la persona. La junta podrá dar su consentimiento de aborto cuando a la mujer a la que se le va a practicar esté incapacitada para hacerlo.

Por disposiciones sobre la regulación de aborto en 1970, todo aborto deberá ser hecho por médicos calificados y en hospitales oficiales excepto en los casos de emergencia cuando la vida de la mujer esté en peligro.

En 1974 las medidas indicadas para obtener abortos fueron ampliadas a todos los residentes de este país y permitido en este mismo antes de las 24 semanas de gestación. Este tipo de operaciones se debe llevar a cabo en hospitales del gobierno y las restricciones que debería ser calificada por la junta a petición de la mujer embarazada, deben ser presentadas antes de las 16 semanas.

Por lo expuesto es de resumirse que en este país, el derecho a elegir el número de espaciamiento de los hijos ha llegado a ser una realidad, y éste mismo puede ser utilizado en estas mismas circunstancias mencionadas.

REPUBLICA POPULAR DE CHINA. En este país actualmente no sólo se permite el aborto en demanda sino que también el estado proporciona los servicios para realizarlo, esto en concordancia con lo establecido en Naciones Unidas en la declaración sobre el "progreso y el desarrollo en lo social" (de solución 2542) (XXIV) de la Asamblea General de 11 de diciembre de 1969 a la que nos referimos en capítulo aparte) la cual otorga a las familias el derecho a elegir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos 136/. En 1954 al liberarse un poco la reglamentación sobre el aborto el cual era permitido sobre condiciones restrictivas, se creó la Central del Oficial Mayor del gobierno del Estado. En 1957

136/ Luke T. Lee, op.cit, pp.f.2

estas disposiciones o restricciones se fueron suavizando. Y estudios realizados por esta Central elaboradas por los Comités, aseguraban que el aborto era común entre la población, aún sobre las personas que tenían un sólo hijo, y que este era accesible tanto en el medio urbano como el rural. Cabe mencionar que la legislación Chiana esta basada en la filosofía "Li," (éticas confusias) y en la "FA" (Codigos escritos), de las cuales es la filosofía "Li" la que predomina. Y la decisión de prestar el servicio para aborto como uno de los medios para la planificación de la familia, fue hecha por el partido comunista de este país, basada en la concepcion "Li" de la nueva sociedad en la que, es la sociedad con sus costumbres y actitudes la que forma la legislación y que están por encima de cualquier decisión judicial o legislación publicada.

Y siendo tan importante la legislación emanada en 1954, vamos a comentarla un poco más. Esta que fue dada bajo el gobierno de Schao Li-tzu en el primer congreso nacional de gentes, hecho en pekín, Quang Ning Jih Pao, en diciembre 19 del citado año, que entre otras cosas dice; Que se consideraba que las estipulaciones hechas por el ministro de salud de la "Central del Gobierno del Pueblo" sobre la practica artificial del aborto eran adecuadas. Esas estipulaciones eran: El aborto puede ser hecho en los casos en que la continuidad de lapreñez fuera considerada medicamente como indeseable, cuando el espaciamento de los nacimientos fuera demasiado cerca; se permitiría también cuando la mujer tuviera a su cuidado un hijo de 4 meses de edad y por último cuando se experimentaban dificultades para la alimentación . La operación debería llevarse a cabo en el consentimiento de la pareja, el certificado del autor, y la aprobación del responsable de la organización a que ellospertenecieron. Cuando

existan circunstancias especiales en el caso la autorización podrá ser dada por el personal de la organización responsable con la aprobación de una organización médica. Cabe recordar que el criterio seguido conforme al tiempo era que se prefería lo más rápido posible especialmente del primer mes y hasta el segundo mes de embarazo. Y por último estas manifestaciones de 1954 afirmaban que bajo una buena información sobre anti-conceptivos y los pasos y prevenciones necesarias, la practica del aborto artificial no sería necesario.

A continuación vamos a comentar también un "Informe especial de Pekín", dado en Wen-hui Pao, Shanghai, en abril 12 de 1957, entre otras cosas dice que: El Ministerio de Justicia anuncia que desde este día las aplicaciones sobre el aborto o esterilización van a hacer completamente libres en restricciones sobre la edad, número de hijos y el procedimiento de aprobación. Y por lo peligroso que es este tipo de operaciones éste solamente se podrá llevar a cabo una vez al año y deberá ser hecho durante las diez primeras semanas del embarazo y si la persona está completamente sana para soportarlo".

Por lo que esta disposición ponía al pueblo en libertad de elegir este método para espaciar el número de sus familias.

Continuando con el análisis de las disposiciones emanadas nos encontramos con una intitulada "Planificación de los Nacimientos y Promoción del Matrimonio Tardío", información del centro médico de salud, No. V, julio . 1970 Shanghai, que entre otras cosas dice que "El aborto inducido es un método pasivo de control de la natalidad".

Este puede ser hecho cuando las medidas contraceptivas han fracasado o cuando la mujer encinta que no ha tomado estas medidas está incapacitada para dar a luz (Son varias las razones como tanto los intervalos de nacimientos, los multiples nacimientos o embarazos, razones económicas o cuestiones de trabajo). Generalmente éste debe de ser llevado a cabo antes de los dos meses de embarazo. La operación es relativamente simple aunque podría dañar la salud de la mujer, por lo que se debe de prevenir esta situación tomando las medias anticonceptivas necesarias".

Otro de los criterios seguidos en este país es el de Anibal Faurdes y Tapani Luukkainen, que intitulan una disposición llamada "Salud y los Servicios de Planificación Familiar en la República Popular China". Estudio sobre planificación familiar, julio 1972, que en su número dos dice entre otras cosas: Que cuando la mujer se dé cuenta de que no le llega su período de menstruación, inmediatamente deberá ser atendida en la clínica, y si el diagnóstico es positivo, ella podrá decidir en ese momento si quiere que se le aplique un aborto para lo cual esperará su turno para que obtenga esta operación. Después de efectuado, tendrá 15 días de vacaciones pagadas y 18 días si a esta mujer tenía aplicado el aparato intrauterino y este haya fallado.

Los abortos tempraneros son hechos en este país por enfermeras en las comunidades o por paramédicos entrenados, inclusive hasta por comadronas. Las complicaciones posteriores a esta operación en este país han sido eliminadas debido a la asepsia que sigue su tratamiento. Por lo que la mortalidad resultante de este problema social parece ser inexistente en este país".

Por otra parte cabe mencionar que en el primer Código criminal de China Popular emanado en el Congreso el 1° de julio de 1979, este no contiene ninguna prohibición en el cual el aborto, constituya una ofensa, siempre cuando la mujer dé su consentimiento.

TAIWAN. En este país el aborto está prohibido por cualquier razón, el Código Criminal que fue emanado por el Congreso en julio de 1935, previene severas penalidades para las personas que hacen ese tipo de operaciones así como a las mujeres a quienes se les hace esta operación. No obstante ésto el aborto inducido en este país sigue siendo practicado y generalmente tolerado^{137/}

Según los resultados de un estudio elaborado demográfico en este país, revelaron que la mayoría de los abortos inducidos fueron elaborados dentro del primer trimestre de la preñez, particularmente durante el segundo y tercer mes de gestación por lo que hubo muy pocos abortos hechos durante el primer mes. En este país sí se lleva a cabo el aborto clandestinamente por lo regular en clínicas privadas, aunque también existen aquí las comadronas y los paramédicos que hacen alrededor del 20% del total de aborto efectuados en este país, aunque este tipo de operaciones están hechas bajo muy bajas calidades de asepsia, con lo que se pone en peligro la vida de la mujer. Estadísticas claras sobre el número de abortos hechos en este país son un poco difíciles de obtener, ya que se sabe que sí existen pero no se tiene registro alguno. ^{138/}

^{137/} L.P. Chow, M.D. D.R. P.H. "Abortion in Taiwan" en "Abortion in a Changing World" op.cit. pp. 251-259.

^{138/} Ibidem. pp.257

VIET NAM DEL NORTE. En este país el aborto en demanda ha sido o es ya una realidad desde 1971 y en el país entero gracias a la unificación en 1975, antes de ésto sólo existían algunas indicaciones médicas que fueron aceptadas también en Viet Nam del Sur.

AUSTRALIA, ISLAS FIJII y NUEVA ZELANDIA. En Australia la regulación al aborto cae dentro de la jurisdicción de cada uno de los Estados. En el Sur de Australia la liberación del aborto viene de 1969 y que más o menos sigue la legislación británica sobre el acto de aborto de 1967, aunque omite la cláusula concerniente sobre la salud del niño y prescribe que los abortos deben ser hechos en hospitales. Un estatuto similar apareció en 1974 en el norte de este país. El aborto por razones médico-sociales ha sido legalizado por las decisiones de las Cortes de el nuevo sur Galés y Victoria. Como resultado de estas reglas y debido a que no hay reglamento que requiera la hospitalización, el aborto puede ser hecho accesible en cualquier clínica o consultorio. Y según datos de plan nacional de salud el 80% de los abortos son hechos en clínicas o consultorios. Y según datos del plan nacional de salud el 80% de los abortos son hechos en clínicas privadas ^{139/}. Por lo que se refiere a las Islas Fijii y Nueva Zelandia éstos permiten el aborto por decisión judicial desde 1976 y después de algunos años en Nueva Zelandia otra legislación estableció un procedimiento un poco rígido para llevar a cabo este tipo de abortos aunque para 1978 se hizo flexible este procedimiento.

PHILIPINAS. En este país, el aborto es ilegal, aunque por decreto No. 1464, de 11 de junio de 1978, se permite la importación de productos y aparatos que produzcan abortos. Con lo que tenemos que este país reconoce que su población recurre a este método en forma clandestina.

^{139/} Christopher Fietze, op.cit. pp.15.

5.6 AFRICA

Debido a la escasa información proporcionada para este Continente vamos a agrupar a todos los países sin hacer la clasificación de cada uno, aunque dividiremos algunos países de los cuales tenemos cierta información.

Puesto que la gran mayoría de los países africanos han heredado las legislaciones de sus colonizadores, los principios generales se identifican con los países del oeste y sur de Europa y los Estados Unidos. Aunque en la mayoría sólo se acepta el aborto por razones médicas que pongan en peligro la vida y salud de la mujer, por lo que las ideas sobre la liberación del aborto en esta región están muy alejadas de convertirse en realidad. Aunque el Reino Unido ha sido uno de los colonizadores de la zona, la legislación emanada en 1967 que liberalizaba el aborto en Inglaterra no fue adoptada por estos países los cuales conservan las provisiones semejantes a el Código sobre ofensas en contra de las personas en 1861 de origen inglés. Lo mismo pasa con los países de habla francesa los cuales no han copiado la legislaciones actuales sobre esa materia y permanecen con las legislaciones antiguas y que por lo regular estaban escritas en el Código Penal Frances, el Código de Salud Pública y el Código sobre Eticas Médicas.

GANA, NIGERIA, SIERRA LEONA Y

UGANDA. En estos países de habla inglesa la preñez puede ser terminada cuando existe el riesgo remoto o inmediato sobre el peligro de perder la vida y la salud (mental o física) de la mujer resultado del embarazo. Esta posición es semejante a la de Gran Bretaña antes de julio de 1967, aunque la liberación que vino después no fue pasada a esta región.

En tierra libre, Sierra Leona, hubo solamente 7 casos durante tres años de 1965 a 1967, en el hospital de la Universidad de Lagos Nigeria, sólo hubo de 4 a 5 terminaciones de la preñez por año, y la situación en Gana es más o menos parecida 140/ .

DAHOMEY, ETIOPIA, LIBERIA. En estos países de habla francesa debido a la fuerte influencia que ejerce sobre de ellos la religión, las leyes sobre el aborto son muy estrictas, se asemejan a las leyes latinoamericanas en Dohomey sólo está permitido por el "Código de la Santé Puliqué" de mayo de 1955, el cual sólo permite que la interrupción del embarazo sea ejecutada por un médico y sólo si la vida de la mujer está grandemente en peligro. Previene también que deben ser consultados otros dos doctores, uno de los cuales debe ser un experto y reconocido por las cortes civiles. En Etiopia en julio de 1957 en su Código Penal modelaron algo que se parece al Código Suizo sobre esta materia. Los artículos 534 y 536 hablan sobre la terminación del aborto, permitiéndolo sólo sobre estas condiciones.

- a) Cuando se lleva a cabo para salvar la vida o la salud de la mujer.
- b) Esta circunstancia deberá estar certificada en forma escrita por médicos registrados y practicantes, de que se podría poner en peligro la vida y la salud de la mujer de se continúa la preñez.

140/ Oladele Akinla, M-B., FRCS. MRCOG, " Abortion in Africa" en Abortion in a Changing World, op.cit. V/I pp.293.

- c) El requisito del certificado médico por dos doctores puede ser pasado por alto cuando la necesidad de abortar es inminente y rápida, para lo cual sólo se necesita el consentimiento de la mujer o de algún representante legal.

COSTA DE MARFIL. La sección 36 de la ley No. 62-248 del 31 de julio de 1962 que establece el Código de Eticas médicas y que reproduce la prohibición No.78 del Código Francés sobre Eticas Médicas.

SENEGAL. En la sección 35 del decreto de febrero de 1967.

ARGELIA. En el Código Penal promulgado ordinariamente bajo el No. 66-156 del 8 de junio de 1966, en estos tres últimos países se prohíbe el aborto excepto cuando existe el peligro de vida en la salud de la mujer aunque este tipo de aborto lo deberá realizar un especialista con autorización de la autoridad administrativa. Estas tres últimas legislaciones se asemejan a la legislación francesa antes de que esta facilitará el exceso al aborto a las mujeres.

CAMERUM. En la sección 339 del Código Penal promulgado por la ley del 12 de junio de 1967 prescribe que las penalidades impuestas en el caso del aborto, son inaplicables cuando ese acto ha sido hecho por una persona calificada y fue realizado para salvar la vida o la salud de la mujer encinta. También cuando el embarazo ha sido causado por una violación, es permitido un aborto.

MARRUECOS. En el decreto fechado el 1º de julio de 1967 por el cual se permitía la propaganda sobre el control de natalidad y el aborto. El decreto también enmendaba la sección 453 del Código Penal, previniendo que el aborto no iba a hacer punible cuando éste se realizaría para salvaguardar la salud y la vida de la mujer encinta, aunque éste debía ser hecho por un médico especialista y con la autorización del marido. Aunque cuando el médico consideraba que la vida de la mujer estaba en serio peligro inmediato, el permiso del marido no constituía un requisito; el jefe médico del distrito debía ser informado de cada uno de los abortos hechos por estas circunstancias. Cuando el marido no quisiera o no quiera otorgar su consentimiento para realizar el aborto y según el criterio del médico, si éste no se realiza la mujer moriría, éste último podría conseguir el permiso del jefe de médicos de su provincia o su distrito, certificando que la salud o la vida de la mujer se pondría en peligro si no se le realizaba un aborto.

TUNEZ. Por la ley del 1º de julio de 1964 relativo al aborto se enmenda el artículo 214 del Código Penal el cual prohíbe y prescribe penalidades para el aborto inducido, esta ley permitía la interrupción artificial del embarazo cuando la operación fuera hecha durante los tres primeros meses del embarazo y cuando los padres tuvieran cuando menos 5 niños viviendo con ellos. La operación debería ser llevada a cabo cuando la salud o la vida de la mujer se pusieran en peligro debido a la continuación de la preñez. El aborto debería ser efectuado en un hospital autorizado y por un médico especialista sobre la materia. Se puede decir que en este país sí se permite el aborto en demanda. En septiembre de 1973, el aborto fue autorizado para todas las mujeres durante el primer trimestre del embarazo si éste fuera hecho por un médico especialista y en un

hospital o clínica especializada. Después de los tres meses de embarazo, la terminación de la preñez, sólo podría ser permitida por razones médicas o eugenésicas. Por lo que la liberación en este país resulta total para todas las mujer.

AFRICA DEL SUR. El aborto es permitido por razones médicas, eugenésicas y judiciales.

SUR DEL SAHARA. Los Códigos introducidos durante la colonización (europeos) son todavía vigentes con excepción de SAMBIA donde la ley se identifica con la ley británica sobre el aborto de 1967 la cual fue pasada en 1972 a este país.

5.7 a) LISTA DE PAISES DEL MUNDO DE LA LEGISLACION SOBRE EL ABORTO.

LEG. D. BAJO CIERTAS CIRCUNSTANCIAS.²

CIUDAD	Ilegal ¹	Razones médicas		Eugenésicas fetal	Judicial (incesto o violación)	Social y Médico-Sociales	Legal (Motivos no Especificados)
		para proteger Vida	Salud				
AFGANISTAN	--	X	--	--	--	--	--
ALBANIA	--	--	X	--	--	--	--
ARGELIA	--	--	X	--	--	--	--
ARGENTINA	--	--	X	--	X	--	--
AUSTRALIA	--	--	X	X ³	--	X ^{4.5}	--
AUSTRIA	--	--	--	--	--	--	X ^{6.7}
BANGLADESH	--	X	--	--	--	--	--
BELGICA	--	X	--	--	--	--	--
BOLIVIA	--	--	X	--	X	--	--
BRAZIL ⁸	--	X	--	--	X	--	--
BULGARIA	--	--	X	X	X	X ⁹	--
BIRMANIA	--	X	--	--	--	--	--
BURUNDI	X	--	--	--	--	--	--
CAMERUN	--	--	X	--	X	--	--
CANADA	--	--	X	--	--	--	--
REPUBLICA CENTRO- AFRICANA	X	--	--	--	--	--	--
CHAD	--	X	--	--	--	--	--
CHILE	--	X	--	--	--	--	--
REPUBLICA POPULA DE CHINA	--	--	--	--	--	--	X ¹⁰
COLOMBIA	--	X	--	--	--	--	--
CONGO	--	--	X	--	--	--	--
COSTA RICA	--	--	X	--	--	--	--
CURA	--	--	--	--	--	--	X ⁹
CHECOSLOVAQUIA	--	--	X	X	X	X ⁶	--
DAHOMEY	--	X	--	--	--	--	--

LEGAL BAJO CIERTAS CIRCUNSTANCIAS²

CIUDAD	Ilegal	Razones médicas para proteger		Eugenésicas fetal	Judicial (incesto o violación)	Social y Médico-Sociales	Legal (Motivos no Especificados)
		Vida	Salud				
DINAMARCA	--	--	--	--	--	--	X ⁶
REPUBLICA DOMINICANA	X	--	--	--	--	--	--
ECUADOR	--	X	--	--	X	--	--
EGIPTO	X	--	--	X	--	--	--
EL SALVADOR	--	X	--	X	X	--	--
ETIOPIA	--	--	X	--	--	--	--
FINLANDIA 11	--	--	X	X	X	X ⁶	--
FRANCIA	--	--	--	--	--	--	X ⁹
REP/DEMOCRATICA	--	--	--	--	--	--	--
ALEMANA	--	--	--	--	--	--	X ⁶
GHANA	--	--	X	--	--	--	--
GRECIA	--	--	X	X	X	--	--
GUATEMALA	--	X	--	--	--	--	--
GUINEA	--	--	X	--	--	--	--
HAITI	X	--	--	--	--	--	--
HONDURAS	--	--	X	--	--	--	--
HONG KONG	--	--	X	--	--	--	--
HUNGRIA 12	--	--	X	X	X	X ⁶	--
ISLANDIA	--	--	X	X	X	X ⁶	--
INDIA	--	--	X	X	X	X ¹³	--
INDONESIA	X	--	--	--	--	--	--
IRAN	--	X	--	--	--	--	--
IRAQ	--	X	--	--	--	--	--
IRLANDA DEL NORTE	--	X	--	--	--	--	--
REP/ DE IRLANDA	--	X	--	--	--	--	--
ISRAEL	--	--	X	X	X	--	--
ITALIA	--	--	--	--	--	--	X ⁶
COSTA DE MARFIL	--	X	--	--	--	--	--
JAMAICA	--	--	X	--	--	--	--
JAPON	--	--	X	X	X	X ¹⁵	--
JORDANIA	--	--	X	--	X	--	--
KENIA	--	--	X	--	--	--	--
REP/ DE COREA DEMOCRATICA	--	X	X	X	X	X	--

LEGAL BAJO CIERTAS CIRCUNSTANCIAS²

Ciudad	Ilegal	Razones m.édicas		M.édicas Total	Judicial (incesto o violacion)	Social y Médico-Sociales	Legal (Motivos no Especificados)
		para E.C. según Vida	Salud				
KUWAIT	---	X	---	---	---	---	---
LAOS	---	X	---	---	---	---	---
LIBANO	---	X	---	---	---	---	---
LESOTHO	---	X	---	---	---	---	---
LIBERIA	---	---	X	X	X	---	---
LIBIA	---	X	---	---	---	---	---
LUXEMBURGO	---	---	X	X	X	X ⁶	---
MADAGASCAR	---	X	---	---	---	---	---
MALAVI	---	X	---	---	---	---	---
MALASIA	---	X	---	X	X	---	---
MALI	X	---	---	---	---	---	---
MALTA	X	---	---	---	---	---	---
MAURITANIA	X	---	---	---	---	---	---
MEXICO	---	X	---	---	X	---	---
MONGOLIA	X	---	---	---	---	---	---
MARRUECOS	---	---	X	---	---	---	---
MOZAMBIQUE	---	X	---	---	---	---	---
NAMIBIA	---	---	X	X	X	---	---
NEPAL	---	---	X	---	---	---	---
NICARAGUA	---	X	---	---	---	---	---
NIGER	X	---	---	---	---	---	---
NORUEGA	---	---	---	---	---	---	---
NUOVA ZELANDIA	---	---	X	X	X	---	X ⁶
PAISES BAJOS	---	---	X	---	---	---	---
PAKISTAN	---	X	---	---	---	---	---
PANAMA	X	---	---	---	---	---	---
PAPUA Y NVA/ GUINEA	---	---	X	---	---	---	---
PARAGUAY	---	X	---	---	---	---	---
PERU	---	X	---	---	---	---	---
FILIPINAS	X	---	---	---	---	---	---
POLONIA	---	---	X	---	---	---	---
PORTUGAL	X	---	---	---	X	X ⁶	---
NIGERIA	---	X	---	---	---	---	---

Continúa.

LEGAL BAJO CIERTAS CIRCUNSTANCIAS.²

CIUDAD	Ilegal	Razones médicas		Eugenésicas fetal	Judicial (incesto o violación)	Social y Médico-Sociales	Legal (Motivos no Especificados)
		para proteger Vida	Salud				
PUERTO RICO	---	---	---	---	---	---	X ⁵
RUMANIA	---	---	X	X	X	X ^{6.18}	---
RWANDA	X	---	---	---	---	---	---
ARABIA SAUDITA	---	X	---	---	---	---	---
SENEGAL	---	X	---	---	---	---	---
SIERRA LEONA	---	---	X	---	---	---	---
SOMALIA	X	---	---	---	---	---	---
AFRICA DEL SUR	---	---	X	X	X	---	---
ESPAÑA	X	---	---	---	---	---	---
SRI LANKA	---	X	---	---	---	---	---
SUDAN	---	X	---	---	---	---	---
SUECIA	---	---	---	---	---	---	X ¹⁰
SUIZA	---	---	X	---	---	---	---
SINGAPUR	---	---	---	---	---	---	X ¹⁵
SIRIA	---	X	---	---	---	---	---
TAIWAN	X	---	---	---	---	---	---
TANZANIA	---	---	X	---	---	---	---
TAILANDIA	---	---	X	---	X	---	---
TOGO	---	X	---	---	---	---	---
TRINIDAD Y TOBAGO	---	---	X	---	---	---	---
TUNESIA	---	---	---	---	---	---	X ⁶
TURQUIA	---	X	---	X	X	---	---
UGANDA	---	---	X	---	---	---	---
REINO UNIDO ²⁰	---	---	X	X	---	X ⁵	---
ESTADOS UNIDOS	---	---	---	---	---	---	X ⁵
ALTOVOLTA	X	---	---	---	---	---	---
URUGUAY	---	X	---	---	X	X ²¹	---
URSS	---	---	---	---	---	---	X ⁶
VEHEZUELA	---	X	---	---	---	---	---
VIET NAM	---	---	---	---	---	---	X ²²
YEMEN DEMOCRATIVO	---	X	---	---	---	---	---
YUGOSLAVIA	---	---	---	---	---	---	X ⁶
ZAIRE	X	---	---	---	---	---	---
ZAMBIA	---	---	X	X	---	X ⁵	---
ZIMBABWE	---	---	X	X	X	---	---

Continúa el 5.7 a)

NOTA: Esta tabla no incluye a países con menos de un millón de habitantes / aquéllos cuya información sobre la materia no se localizó. A los países que operan bajo el Islam se agrupan en Razones Médicas para proteger la vida.

- 1.- El Aborto para salvar la vida de la Mujer puede ser autorizado sobre los principios del Derecho Criminal (estado de necesidad).
- 2.- El aborto por razones eugénicas y médicas es permitido con prioridad o la viabilidad del feto. El aborto por razones judiciales es presentado generalmente con período y procedimiento que el se hace por razones socio-médicas.
- 3.- En los territorios del Norte y Sur de Australia.
- 4.- En el sur de Australia.
- 5.- Con prioridad a la viabilidad del feto, por lo regular a las 28 semanas.
- 6.- Durante los primeros tres meses o 12 semanas.
- 7.- Desde la concepción.
- 8.- En demanda para mujeres solteras, mujeres casadas con dos hijos y mujeres casadas sobre los 40 años de edad con un hijo vivo.
- 9.- Sin límite legal, pero por lo regular deberán efectuarse durante el primer trimestre.
- 10.- Durante los primeros diez meses.
- 11.- En demanda para mujeres sobre los 40 años de edad.
- 12.- En demanda para mujeres solteras, para mujeres casadas con tres hijos o que hayan tenido 3 partos, a ciertas categorías de mujeres que tengan 2 niños. Para mujeres casadas sobre los 40 años de edad y para mujeres que no tengan casa o apartamento de su propiedad.
- 13.- Durante las primeras 20 semanas.
- 14.- No se requiere autorización oficial y se permite en el consultorio del Dr. Aborto de facto es viable a solicitud.
- 15.- Durante las primeras 24 semanas.
- 16.- Por : Razones importantes.
- 17.- El aborto en demanda puede ser hecho en clínicas de Beneficiencia.
- 18.- En demanda para mujeres sobre los 40 años y aquéllas con 4 o más hijos vivos.

- 19.- Durante las primeras 18 semanas,
- 20.- La ley sobre el acto de aborto de 1967 no se aplica a Irlanda del Norte.
- 21.- La penalidad puede ser desistida cuando el aborto ha sido hecho durante el primer trimestre del embarazo por :Razones Económicas serias:.
- 22.- Sin haber comprobado el límite de gestación

FUENTE: Este cuadro y las estadísticas del cuadro 5.(b), aparecen en; Cristopher Tietze "Induced Abortion. A World Review, 1981". 4th. Edición, a Population Council Fact Book, the Population Council, New York. 1982. pp. 15-17 y 26-35.

5. (C) PREVALENCIA DE LA PRACTICA DEL ABORTO EN EL MUNDO.

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	INDICE DE ABORTOS POR 1000		PROPORCION DE ABORTOS POR 1000	
		POBLACION TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS	NACIMIENTOS VIVOS	CON CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO
BULGARIA					
1953	1,100	0.15	0.6	7	7
1954	900	0.12	0.5	6	6
1955	2,200	0.29	1.2	15	15
1956	2,200	0.27	1.2	14	14
1957	31,700	4.1	18.2	227	185
1958	38,100	4.9	21.8	277	217
1959	46,200	5.9	26.3	334	250
1960	55,600	7.1	31.6	500	286
1961	69,500	8.8	39.1	511	338
1962	77,400	9.7	42.13	581	368
1963	84,000	10.4	45.3	638	390
1964	92,300	11.3	49.1	719	418
1965	97,200	11.6	51.3	782	439
1965	102,200	12.4	53.9	825	452
1966	109,200	13.1	57.7	821	451
1967	91,200	10.9	48.1	641	408
1968	108,100	12.8	57.1	767	434
1970	120,900	14.2	64.0	882	469
1971	132,500	15.5	70.2	993	498
1972	133,600	15.6	70.9	986	487
1973	115,400	13.4	61.2	799	444
1974	125,000	14.4	66.4	851	460
1975	123,700	14.2	65.8	854	461
1976	121,100	13.8	64.5	854	461
1977	122,900	14.0	65.6	884	469
1978	127,800	14.5	68.3	937	484

continua...

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	INDICE DE ABORTOS POR 1000		PROPORCION DE ABORTOS POR 1000	
		POBLACION TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS	NACIMIENTO VIVOS	CON CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO
CANADA					
1970	11,200	0.5	2.6	30	29
1971	30,900	1.4	6.6	83	77
1972	38,900	1.8	8.2	112	101
1973	43,200	2.0	8.8	127	113
1974	48,100	2.1	9.5	136	120
1975	49,300	2.2	9.5	133	118
1976	54,500	2.4	10.3	152	132
1977	57,600	2.5	10.6	159	137
1978	65,000	2.7	11.6	174	148
Incluyendo a los residentes de Canadá los abortos obtenidos en los Estados Unidos.					
1975	59,000	2.6	11.4	159	137
CUBA					
1968	28,500	3.4	16.7	117	105
1969	46,100	5.5	26.6	192	161
1970	70,500	8.2	40.2	283	221
1971	84,800	9.8	47.4	336	252
1972	100,000	11.3	54.9	422	297
1973	112,100	12.4	60.3	523	343
1974	131,500	14.3	69.5	664	399
1975	126,100	13.5	65.3	662	398
1976	122,400	12.8	61.0	681	405
1977	114,800	12.0	55.9	724	420
1978	110,400	11.3	52.1	757	431

continua...

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	INDICE DE ABORTOS		PROPORCION DE ABORTOS	
		POP 1000	MUJERES	POP 1000	CON CONOCIMIENTO
		POBLACION	15-44	NACIMIENTO	DEL EMBARAZO
		TOTAL	AÑOS	VIVOS	
CHECOSLOVAQUIA					
1954	2,800	0.22	1.0	11	10
1955	2,100	0.16	0.8	8	8
1956	3,100	0.23	1.1	12	12
1957	7,300	0.5	2.7	29	28
1958	61,400	4.6	22.8	280	219
1959	79,100	5.8	29.3	365	267
1960	88,300	6.5	32.5	405	288
1961	94,300	6.8	34.1	432	301
1962	89,800	6.5	31.5	403	287
1963	70,500	5.1	24.1	290	225
1964	70,700	5.0	23.6	298	229
1965	79,600	5.6	26.3	354	261
1966	90,300	6.3	29.6	412	292
1967	96,400	6.7	31.4	452	311
1968	99,900	7.0	32.4	456	313
1969	102,800	7.1	33.1	457	314
1970	99,800	6.9	32.3	427	299
1971	97,300	6.8	31.4	398	285
1972	91,300	6.3	29.2	347	258
1973	81,200	5.6	25.9	280	219
1974	83,100	5.7	26.4	286	223
1975	81,700	5.5	25.9	298	229
1976	84,600	5.7	26.8	298	230
1977	89,000	5.9	28.1	318	241
1978	92,500	6.1	29.1	335	251
1979	94,300	6.2	29.4	359	264

.... /

continua...

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	INDICE DE ABORTOS		PROPORCION DE ABORTOS	
		POR 1000		POR 1000	
		POBLACION TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS	NACIMIENTO VIVOS	CON CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO
DINAMARCA					
1940-44	800	0.2	0.9	10	10
1945-49	2,300	0.6	2.5	27	26
1950-54	4,700	1.1	5.1	61	58
1955-59	4,300	1.0	4.6	57	54
1960-64	4,100	0.9	4.3	51	49
1965-69	6,100	1.3	6.2	79	73
1970	9,400	1.9	9.4	129	114
1971	11,200	2.2	11.1	148	129
1972	13,000	2.6	12.9	176	150
1973	16,500	3.3	16.2	233	189
1974	24,900	4.9	24.2	345	256
1975	27,900	5.5	27.0	402	287
1976	26,800	5.3	25.8	427	300
1977	25,700	5.0	24.4	413	292
1978	23,700	4.6	22.3	389	280
1979	23,200	4.5	21.6	398	284
INGLATERRA					
1961	14,300	0.3	1.6	17	17
1962	16,800	0.4	1.8	20	19
1963	16,600	0.4	1.8	19	19
1964	18,300	0.4	1.9	21	21
1965	19,500	0.4	2.1	23	22
1966	21,400	0.4	2.3	25	24
1967	27,200	0.6	2.9	33	32

continua...

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	INDICE DE ABORTOS		PROPORCION DE ABORTOS	
		POR 1000		POR 1000	
		POBLACION TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS	NACIMIENTO VIVOS	CON CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO
SERVICIO PUBLICO					
1961	2,300	--	--	--	--
1962	2,800	--	--	--	--
1963	2,600	--	--	--	--
1964	3,300	--	--	--	--
1965	4,500	--	--	--	--
1966	6,400	--	--	--	--
1967	9,700	--	--	--	--
SERVICIO PRIVADO					
1961	12,000	--	--	--	--
1962-63	14,000	--	--	--	--
1964-66	15,000	--	--	--	--
1967	17,500	--	--	--	--
INGLATERRA					
EL ABORTO SOBRE LA LEY DEL ACTO DE ABORTO DE 1967					
1966	23,600	--	--	--	--
1969	54,800	--	--	--	--
1970	86,600	--	--	--	--
1971	126,800	--	--	--	--
1972	159,900	--	--	--	--
1973	167,100	--	--	--	--
1974	162,900	--	--	--	--
1975	139,700	--	--	--	--
1976	129,700	--	--	--	--
1977	133,000	--	--	--	--
1978	141,600	--	--	--	--
1979	147,500	--	--	--	--

continua...

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	INDICE DE ABORTOS		PROPORCION DE ABORTOS	
		POR 1000		POR 1000	
		POBLACION TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS	NACIMIENTO VIVOS	CON CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO
RESIDENTES					
1968	22,300	0.7	3.5	40	39
1969	49,800	1.0	5.3	64	60
1970	76,00	1.6	8.1	96	87
1971	94,600	1.9	10.1	126	112
1972	108,600	2.2	11.5	158	136
1973	110,600	3.3	11.7	170	145
1974	109,400	2.2	11.6	175	149
1975	106,200	2.2	11.2	179	152
1976	101,900	2.1	10.6	180	152
1977	102,700	2.1	10.6	179	151
1978	111,900	2.3	11.4	179	152
1979	119,0000	2.4	12.0	184	156
NO RESIDENTES					
1968	1,300	--	--	--	--
1969	5,000	--	--	--	--
1970	10,600	--	--	--	--
1971	32,200	--	--	--	--
1972	51,300	--	--	--	--
1973	56,600	--	--	--	--
1974	53,500	--	--	--	--
1975	33,500	--	--	--	--
1976	27,800	--	--	--	--
1977	30,300	--	--	--	--
1978	29,700	--	--	--	--
1979	28,400	--	--	--	--

continua...

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	INDICE DE ABORTOS POR 1000		PROPORCION DE ABORTOS POR 1000	
		POBLACION TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS	NACIMIENTO VIVOS	CON CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO
SERVICIO PUBLICO					
1968	14,500	--	--	--	--
1969	33,500	--	--	--	--
1970	47,400	--	--	--	--
1971	53,500	--	--	--	--
1972	56,900	--	--	--	--
1973	55,500	--	--	--	--
1974	56,100	--	--	--	--
1975	50,900	--	--	--	--
1976	50,600	--	--	--	--
1977	52,500	--	--	--	--
1978	55,000	--	--	--	--
SERVICIO PRIVADO					
1968	7,800	--	--	--	--
1969	16,300	--	--	--	--
1970	28,600	--	--	--	--
1971	41,100	--	--	--	--
1972	51,700	--	--	--	--
1973	55,100	--	--	--	--
1974	53,400	--	--	--	--
1975	55,300	--	--	--	--
1976	51,300	--	--	--	--
1977	50,100	--	--	--	--
1978	56,800	--	--	--	--

continua...

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	INDICE DE ABORTOS POR 1000		PROPORCION DE ABORTOS POR 1000	
		POBLACION TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS	NACIMIENTO VIVOS	CON CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO
FINLANDIA					
1951-55	3,500	0.8	3.7	38	37
1956-60	5,200	1.2	5.7	67	63
1961-65	5,400	1.2	5.6	71	67
1966	5,200	1.1	5.1	68	64
1967	5,600	1.2	5.4	73	68
1968	6,300	1.3	6.0	90	82
1969	8,200	1.7	7.8	124	110
1970	14,800	3.2	13.8	241	194
1971	20,400	4.4	18.9	337	252
1972	22,200	4.8	20.4	384	278
1973	23,400	5.0	22.	388	279
1974	22,800	4.9	21.8	362	266
1975	21,500	4.6	20.4	316	240
1976	19,800	4.2	18.6	300	231
1977	17,800	3.8	16.7	277	217
1978	16,900	3.6	15.8	265	209
1979	15,900	3.3	14.7	--	--
FRANCIA					
1976	134,200	2.5	12.3	183	155
1977	150,900	2.8	13.8	203	169
1978	150,200	2.8	13.6	203	169
1979	155,300	2.9	13.9	205 ¹²	170 ¹²

continua...

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	ÍNDICE DE ABORTOS POR 1000		PROPORCIÓN DE ABORTOS POR 1000	
		POBLACION TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS	NACIMIENTO VIVOS	CON CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO
REPUBLICA DEMOCRATICA ALEMANA					
1950	26,400	1.44	6.4	86	79
1951	5,000	0.27	1.2	16	16
1952	3,600	0.20	0.90	12	12
1953	2,400	0.13	0.62	7.9	7.9
1954	1,700	0.09	0.44	4.8	5.8
1955	1,200	0.07	0.32	4.3	4.3
1956	1,000	0.06	0.26	3.6	3.6
1957	900	0.05	0.25	3.4	3.4
1958	900	0.05	0.26	3.3	3.3
1959	800	0.04	0.22	2.6	2.6
1960	800	0.04	0.22	2.6	2.6
1961	800	0.05	0.24	2.8	2.8
1962	700	0.04	0.22	2.5	2.5
1963	---	---	0.5	5	5
1964	---	---	0.7	7	7
1965	---	---	3.6	37	36
1966	---	---	7.1	77	72
1967	---	---	7.2	84	77
1968	---	---	6.8	83	76
1969	---	---	6.1	79	74
1970	---	---	6.2	85	78
1971	---	---	6.4	96	88
1972	---	---	33.0	556	357
1972	114,000	6.7	33.1	599	374
1973	110,800	6.5	32.2	619	383
1974	99,700	5.9	28.8	553	356
1975	87,800	5.2	25.2	468	319
1976	81,900	4.9	23.3	392	282
1977	80,100	4.8	22.5	350	260

continua...

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	INDICE DE ABORTOS POR 1000		PROPORCION DE ABORTOS POR 1000	
		POBLACION TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS	NACIMIENTO VIVOS	CON CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO
REPUBLICA FEDERAL DE ALEMANIA					
1950	9,500	0.21	0.8	12	12
1951	8,000	0.17	0.7	10	10
1952	6,500	0.14	0.6	8	8
1954	4,600	0.10	0.4	6	6
1968	2,800	0.05	0.2	3	3
1969	3,400	0.06	0.3	4	4
1970	4,900	0.08	0.4	6	5
1971	7,000	0.11	0.6	9	9
1972	9,800	0.16	0.8	15	15
1973	13,000	0.21	1.0	21	20
1974	17,700	0.29	1.4	29	28
1975	19,100	0.31	1.5	32	31
1976	21,400	0.35	1.7	36	35
1977	54,300	0.88	4.1	93	85
1978	73,500	1.20	5.5	129	114
1979	82,800	1.36	6.2	139	122
INCLUYE A LOS RESIDENTES DE LA R.F.A. QUE OBTIENEN SU ABORTO EN LOS PAISES BAJOS O INGLATERRA/					
1975	83,500	1.4	6.6	139	122
1977	111,000	1.8	8.7	191	160
1978	118,800	1.9	9.2	208	172
1979	115,600	1.9	8.8	195	163

continua...

continua...

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	INDICE DE ABORTOS		PROPORCION DE ABORTOS	
		POP. 1000	POP. 1000	PER 1000	PER 1000
		POBLACION TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS	NACIMIENTO VIVOS	CON CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO
HONG KONG					
1973	200	0.05	0.2	2	2
1974	600	0.14	0.6	7	7
1975	1,000	0.24	1.1	13	13
1976	2,200	0.49	2.3	27	27
1977	3,800	0.84	3.9	48	46
1978	5,500	1.2	5.4	67	63
1979	7,000	1.5	6.7	86	79
HUNGRIA					
1950	1,700	0.2	0.8	9	9
1951	1,700	0.2	0.8	9	9
1952	1,700	0.2	0.8	9	9
1953	2,800	0.3	1.3	13	13
1954	16,300	1.7	7.5	75	70
1955	35,400	3.6	16.3	176	150
1956	83,500	8.4	38.3	464	317
1957	123,400	12.6	58.0	744	426
1958	145,600	14.8	68.7	940	484
1959	152,400	15.3	72.1	1023	506
1960	162,200	16.2	76.4	1129	530
1961	170,000	17.0	79.4	1267	559
1962	163,700	16.3	75.2	1251	556
1963	173,800	17.2	78.4	1316	568
1964	184,400	18.2	82.2	1393	582
1965	180,300	17.8	80.0	1328	570
1966	186,800	18.3	82.8	1315	568
1967	187,500	18.4	83.1	1213	548
1968	201,100	19.6	88.8	1310	567
1969	206,800	20.1	90.6	1338	572

continua...

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	INDICE DE ABORTOS POR 1000		PROPORCION DE ABORTOS POR 1000	
		POBLACION TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS	NACIMIENTO VIVOS	CON CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO
Continua HUNGRIA					
1970	192,300	18.6	83.5	1296	565
1971	187,400	18.1	81.1	1242	554
1972	179,000	17.2	77.5	1161	537
1973	169,600	16.3	73.5	1024.6	506
1974	102,000	9.7	44.3	515	340
1975	96,200	9.1	41.9	515	340
1976	94,700	8.9	41.5	519	342
1977	89,100	8.4	39.2	516	341
1978	83,500	7.8	37.0	512	339
1979	80,800	7.5	35.9	525	344
ISLANDIA					
1970-72	130,000	0.63	3.0	30	29
1973-75	250,000	1.18	5.5	58	55
1976-78	420,000	2.47	8.6	101	92
INDIA					
1972/73	24,300	0.04	0.2	1	1
1973/74	44,800	0.08	0.4	2	2
1974/75	97,800	0.16	0.8	4	4
1975/76	214,200	0.35	1.7	9	9
1976/77	278,900	0.44	2.1	11	11
1977/78	247,000	0.39	1.8	9	9
1978/79	312,800	0.47	2.3	12	12
ITALIA					
1979 ⁵⁸	187,600	3.3	15.8	288	224

continua...

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	TANQUE DE ABORTOS		PROPORCION DE ABORTOS	
		POR 1000		POR 1000	
		POBLACION TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS	NACIMIENTO VIVOS	CON CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO
JAPON					
1950-54	827,400	9.7	40.7	414	693
1955-59	1135,800	12.5	52.2	695	410
1960-64	983,600	10.4	41.9	598	374
1965-69	780,200	7.8	30.3	433	300
1970	732,000	7.1	28.0	375	273
1971	739,700	7.1	28.2	364	267
1972	732,600	6.8	27.6	353	261
1973	700,500	6.4	26.3	340	254
1974	679,800	6.2	25.5	346	257
1975	671,000	6.0	25.2	353	261
1976	664,100	5.9	24.9	372	271
1977	641,200	5.6	24.1	354	261
1978	618,000	5.4	23.3	368	269
1979	613,700	5.3	23.1	372	271
1955	2790,000	31.1	131.9	1643	622
1960	3150,000	33.5	138.1	1972	663
1965	2750,000	27.8	108.6	1747	636
1970	2780,000	26.6	104.9	1425	588
1975	2250,000	20.1	84.2	1205	547
PAISES BAJOS RESIDENTES					
1973	20,300	1.5	7.3	107	97
1974	17,600	1.3	6.2	93	85
1975	15,000	1.1	5.2	92	83
1976	14,800	1.1	5.0	84	78
1977	16,100	1.2	5.4	92	85
1978	15,000	1.1	4.9	86	79
1979	16,200	1.2	5.3	92	85

continua...

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	INDICE DE ABORTOS		PROPORCION DE ABORTOS	
		POR 1000		POR 1000	
		POBLACION TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS	NACIMIENTO VIVOS	CON CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO
NO RESIDENTES					
ALEMANIA FEDERAL	32,000	--	--	--	--
BELGICA	7,500	--	--	--	--
FRANCIA	800	--	--	--	--
OTROS PAISES	1,100	--	--	--	--
NUEVA YORK					
1960-62	340	0.04	0.21	2.1	2.1
1965-67	470	0.06	0.28	3.1	3.1
1970	44,000	--	--	--	--
1971	206,700	--	--	--	--
1972	203,200	--	--	--	--
1973	149,800	--	--	--	--
1974	120,800	--	--	--	--
1975	106,300	--	--	--	--
1976	102,000	--	--	--	--
1977	102,500	--	--	--	--
1978	105,800	--	--	--	--
1979	104,400	--	--	--	--
RESIDENTES					
1971	67,000	8.5	41.0	538	350
1972	70,800	9.1	43.3	622	384
1973	81,200	10.4	49.5	734	423
1974	85,900	11.1	52.3	781	438
1975	81,400	10.5	49.5	742	426
1976	85,700	10.9	50.7	759	431
1977	86,700	11.3	52.4	798	444
1978	89,700	11.8	54.2	844	458
1979	92,300	12.2	56.1	870	465

continua...

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	INDICE DE ABORTOS POR 1000		PROPORCIÓN DE ABORTOS POR 1000	
		POBLACION TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS	NACIMIENTO VIVOS	CON CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO
NUEVA YORK					
NO RESIDENTES					
1971	139,700	--	--	--	--
1972	132,400	--	--	--	--
1973	68,600	--	--	--	--
1974	34,900	--	--	--	--
1975	24,900	--	--	--	--
1976	18,400	--	--	--	--
1977	15,800	--	--	--	--
1978	16,100	--	--	--	--
1979	12,200	--	--	--	--
NEVA ZELANDIA					
1976	4,700	1.5	7.3	83	77
1977	5,800	1.9	8.9	112	100
1978/79	2,700	0.9	3.8	51	49
1979/80	4,100	1.3	5.7	--	--
NORUEGA					
1968	5,300	1.4	7.3	78	72
1969	6,500	1.7	8.9	98	89
1970	7,900	2.0	10.9	122	109
1971	10,400	2.7	14.1	159	137
1972	12,200	3.1	16.4	193	162
1973	13,700	3.5	18.2	226	185
1974	15,200	3.8	20.0	263	208
1975	15,100	3.8	19.7	277	217
1976	14,800	3.7	18.9	282	220
1977 ⁵⁷	15,500	3.8	19.6	305	233

continua...

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	INDICE DE ABORTOS		PROPORCION DE ABORTOS	
		POR 1000		POR 1000	
		POBLACION TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS	NACIMIENTO VIVOS	CON CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO
continua NORUEGA					
1978	14,800	3.6	18.4	284	221
1979	14,500	3.5	17.7	285	222
POLONIA					
1965	168,600	5.4	24.3	312	238
1966	158,000	5.0	22.4	300	231
1967	155,000	4.9	21.6	299	230
1968	153,600	4.8	21.0	289	224
1969	148,800	4.6	20.0	277	217
1970	148,400	4.6	20.0	268	211
1971	135,000	41.1	18.0	237	192
1972	135,300	4.1	17.8	230	187
1973	138,600	4.2	18.0	227	185
1974	142,400	4.2	18.2	225	184
1975	138,600	4.1	17.5	215	177
1976	140,900	4.1	17.8	211	175
1977	143,500	4.1	18.1	216	178
1978	145,600	4.2	18.3	219	179
RUMANIA					
1959	578,000	31.8	139.1	1.606	616
1960	774,000	42.1	186.1	2,290	696
1961	865,000	46.7	205.4	2,764	734
1962	967,000	51.8	226.9	3,245	764
1963	1,037,000	55.2	240.4	3,564	781
1964	1,100,000	58.2	251.9	3,873	795
1965	1,115,000	58.6	252.3	4,084	803
1966	973,000	50.5	218.7	3,050	753
1967	206,000	10.6	46.0	333	250

continua...

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	INDICE DE ABORTOS POR 1000		PROPORCION DE ABORTOS POR 1000	
		POBLACION TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS	NACIMIENTO VIVOS	CON CONSUMIENTO DEL EMBARAZO
Continua RUMANIA					
1968	220,000	11.1	48.8	447	309
1969	258,000	12.9	56.9	530	367
1970	292,000	14.4	63.9	709	415
1971	330,000	16.2	71.9	838	456
1972	381,000	18.5	82.7	992	498
1973	376,000	18.1	81.3	931	482
1974	335,000	15.9	72.0	791	442
1975	359,000	16.9	77.1	860	463
1976	383,000	17.9	82.6	911	477
1977	379,000	17.5	82.0	902	474
1978	394,000	18.0	85.6	956	489
1979	404,000	18.3	88.1	990	496
ESCOCIA					
1968	1,500	0.3	1.5	17	16
1969	3,500	0.7	3.6	40	38
1970	5,300	1.0	5.2	60	57
1971	6,300	1.2	6.3	75	70
1972	7,600	1.5	7.5	97	88
1973	7,500	1.4	7.4	104	94
1974	7,600	1.4	7.4	110	99
1975	7,300	1.4	7.1	108	97
1976	7,200	1.4	6.9	116	104
1977	7,300	1.4	6.9	116	104
1978	7,500	1.4	7.0	112	100
1979	7,800	1.5	7.3	113	102

continúa...

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	INDICE DE ABORTOS POR 1000		PROPORCION DE ABORTOS POR 1000	
		POBLACION TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS	NACIMIENTO VIVOS	CON CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO
INCLUYE LOS RESIDENTES ESCOSES QUE SE HICIERON ABORTOS EN INGLATERRA.					
1968	1,100	0.2	1.0	11	11
1969	3,700	0.7	3.7	42	40
1970	5,600	1.1	5.5	64	60
1971	6,900	1.3	6.8	83	77
1972	8,400	1.6	8.3	110	106
1973	8,600	1.6	8.4	119	106
1974	8,600	1.6	8.4	125	111
1975	8,400	1.6	8.1	124	110
1976	8,100	1.6	7.8	131	115
1977	8,200	1.6	7.8	130	115
1978	8,400	1.6	8.0	126	112
1979	8,800	1.7	8.2	128	114
SINGAPUR					
1970	1,900	0.9	4.1	42	41
1971	3,400	1.6	7.2	69	65
1972	3,800	1.8	7.7	75	70
1973	5,300	2.4	10.4	115	103
1974	7,200	3.2	13.6	172	146
1975	12,900	5.7	23.5	319	242
1976	15,500	6.8	27.5	377	274
1977	16,400	7.1	28.3	428	300
1978	17,200	7.4	28.9	428	300
1979	17,000	7.2	27.7	413	292

continua...

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	INDICE DE ABORTOS POR 1000		PROPORCION DE ABORTOS POR 1000	
		POBLACION TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS	NACIMIENTO VIVOS	CON CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO
SUECIA					
1939-43	500	0.1	0.4	5	5
1944-48	2,600	0.4	1.7	24	24
1949-53	5,600	0.8	3.7	49	47
1954-58	4,200	0.6	2.9	39	38
1959-63	3,100	0.4	2.1	29	28
1964-68	7,800	1.0	5.2	71	67
1969	13,700	1.7	8.8	128	113
1970	16,100	2.0	10.2	143	125
1971	19,300	2.4	12.2	171	146
1972	24,200	3.0	15.2	218	179
1973	26,000	3.2	16.3	237	192
1974	30,600	3.8	19.2	284	221
1975	32,500	4.0	20.2	325	245
1976	32,400	3.9	20.0	334	251
1977	31,500	3.8	19.3	332	249
1978 ⁵²	31,900	3.8	19.4	363	266
1979	34,700	4.2	20.9	358	264
TUNESIA					
1966	1,400	0.3	1.5	6	6
1967	1,300	0.3	1.4	6	6
1968	2,200	0.5	2.4	11	11
1969	2,900	0.6	2.9	15	15
1970	2,700	0.5	2.7	14	14
1971	3,200	0.6	3.0	17	17
1972	4,600	0.8	4.2	22	21
1973	6,500	1.2	6.0	34	33
1974	12,400	2.2	10.9	63	59
1975	16,000	2.8	13.7	78	72
1976	20,300	3.5	17.1	98	90

continua...

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	INDICE DE ABORTOS		PROPORCION DE ABORTOS	
		POR 1000		POR 1000	
		POBLACION TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS	NACIMIENTO VIVOS	CON CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO
1977	21,200	3.6	17.2	103	94
1978	21,000	3.5	16.5	103	93
1979	19,200	3.1	14.6	--	--
ESTADOS UNIDOS					
1963	5,000	0.03	0.13	1.3	1.3
1964	9,000	0.05	0.23	2.4	2.4
1965	7,000	0.05	0.18	1.9	1.9
1966	6,000	0.03	0.15	1.8	1.8
1967	9,000	0.05	0.22	2.6	2.6
1968	18,000	0.09	0.44	5.2	5.2
GRUPO ETINICO BLANCO					
1963-65	--	0.04	0.19	1.9	1.9
1966-68	--	0.06	0.29	3.5	3.5
NEGROS Y OTROS					
1963-65	--	0.03	0.17	1.2	1.2
1966-68	--	0.06	0.29	2.4	2.4
ABORTOR REPORTADOS AL "Center for Disease Control"					
1970	193,500	0.9	4.5	52	50
1971	485,800	2.3	11.2	143	125
1972	586,800	2.8	13.2	154	155
1973	615,800	2.9	13.6	198	165
1974	763,500	3.6	16.5	240	193
1975	854,900	4.0	18.1	273	215
1976	988,300	4.6	20.6	303	232

continua...

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	INDICE DE ABORTOS		PROPORCION DE ABORTOS	
		POBLACION TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS	HACIEMIENTO VIVOS	CON CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO
1977	1,079,400	5.0	22.0	327	247
1978	1,057,800	5.3	23.1	342	255
ABORTOS REPORTADOS					
AL "ALAN GUTTMACHER INSTITUTE"					
1973	744,600	3.5	16.6	239	193
1974	898,600	4.2	19.6	282	220
1975	1,034,200	4.8	22.1	331	249
1976	1,179,300	5.5	24.5	361	265
1977	1,316,700	6.1	26.9	400	286
1978	1,409,600	6.5	28.2	417	294
1979 ⁹²	1,540,000	7.0	30.2	435	303
GRUPO ETNICO BLANCO ⁵³					
1973	548,800	3.0	14.0	217	178
1974	629,300	3.4	15.8	243	195
1975	701,200	3.8	17.3	276	217
1976	784,900	4.2	19.0	296	229
1977	888,780	4.8	21.2	334	250
1978	969,400	5.1	22.7	--	--
REPORTES Y OTROS					
1973	195,800	7.3	31.5	338	253
1974	269,200	9.9	42.0	457	373
1975	333,000	11.9	50.2	564	360
1976	394,400	13.9	57.5	630	387
1977	497,920	14.8	60.6	676	403
1978	440,200	14.9	60.4	--	--

continua...

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	INDICE DE ABORTOS		PROPORCION DE ABORTOS	
		POR 1000		POR 1000	
		POBLACION TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS	NACIMIENTO VIVOS	CON CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO
NIVEL-ECONOMICO-					
BAJO	294,600	--	64.3	--	--
ALTO	1,022,100	--	21.1	--	--
TIPO DE SERVICIO					
HOSPITALES					
1973	395,700	--	--	--	--
1974	415,300	--	--	--	--
1975	413,500	--	--	--	--
1976	416,600	--	--	--	--
1977	391,480	--	--	--	--
1978	350,500	--	--	--	--
SIN FACILIDADES QUIRURJICAS DE UN HOSPITAL					
1973	348,900	--	--	--	--
1974	483,300	--	--	--	--
1975	620,700	--	--	--	--
1976	762,600	--	--	--	--
1977	925,220	--	--	--	--
1978	1,059,100	--	--	--	--
URSE					
1960	8,500,000	40	170	1,600	615
1965	11,700,000	50	220	3,750	733
1967	13,150,000	55.7	240	3,200	762
1970	10,000,000	41	180	2,300	700

continua...

AREA Y AÑOS	No. DE ABORTOS	INDICE DE ABORTOS POR 1000		PROPORCION DE ABORTOS POR 1000	
		POBLACION TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS	NACIMIENTO VIVOS	CON CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO
YUGOSLAVIA					
1963	146,800	7.7	33.3	363	266
1964	158,600	8.2	35.1	392	282
1965	182,400	9.4	39.8	452	311
1966	195,500	9.9	42.2	495	331
1967	210,700	10.6	44.9	546	353
1969	207,300	10.3	43.9	557	358

7. CONCLUSIONES.

Para concluir podemos decir que:

- 1.- La practica del aborto inducido ha sido, es y será, un derecho "Humano fundamental" y exclusivo de la Mujer o en determinado caso de la pareja, que utilizan este método para planificar el número y espaciamiento de sus hijos, mismo método que practican haya o no reglamentación o Ley al respecto.
- 2.- Este "Derecho humano fundamental", emana lógicamente del derecho Natural, entendido este como: "el conjunto de criterios y principios racionales que presiden y rigen la organización verdaderamente humana de la vida social, que asigna al derecho su finalidad necesaria, de acuerdo con las exigencias Ontológicas del hombre, y establece las bases de selección de las reglas e instituciones, y técnicas adecuadas para realizar su finalidad en el medio social histórico.
- 3.- Las exigencias Ontológicas se deberán de indentificar, o cuando menos deben corresponder a una cierta coordinación, con los preceptos del "ser y el deber ser", así como a los principios de Justicia, Seguridad y Bien Común, los cuales estarán motivados por diferentes tipos de necesidades, a las que afronta el ser humano en el medio ambiente en que se desenvuelven.
- 4.- El concepto del "ser y el deber ser", en el derecho que nos ocupa se contraponen, ya que en el estudio del "ser" se identifica con la Ontología jurídica, lo que quiere decir que, estudia a las personas conforme a su derecho innato que en determinadas circunstancias no se identifica con el derecho positivo, que determina al "deber ser", este último estudiado por la Axilogía Jurídica, que comprende el estudio de los valores supremos del Derecho.
- 5.- El bien común, el cual entendemos como el bien general, no se ve en ningún momento dañado, ya que el desenvolvimiento de la población y el desarrollo de la economía y la sociedad no se ven interrumpidos, por lo que el derecho de aborto sólo atañe al seno familiar en relación a la dimensión de la familia.

- 6.- Entendida la justicia como, el criterio ético que nos obliga a dar al prójimo lo que se le debe conforme a las exigencias Ontológicas de su naturaleza en orden a su subsistencia y perfeccionamiento individual y social. "nos atrevemos a decir que: la práctica del aborto tampoco daña a este principio, debido a que, más que nada es una decisión moral individual, dada por las exigencias ontológicas, no perjudica el derecho de terceros, aunque en determinado momento podría perjudicar a la pareja, en caso de que se hubiera ejercido el derecho sin el consentimiento del marido. Por lo que se refiere a la exilografía jurídica, el concepto de justicia no se ve dañado, ya que el ser concebido no llega a tener forma, ni derechos ni obligaciones, aunque sí se podría dañar el principio de, tenerlo por nacido para efectos hereditarios, inscrito en algunas legislaciones del mundo, por lo que aparte de la situación mencionada, la Justicia no se perjudica con la práctica del aborto, al contrario, la mujer se hace justicia a sí misma para tener una mejor oportunidad de vida.
- 7.- Por lo que se refiere a la seguridad jurídica, a la que entendemos como; la garantía dada al individuo de que su persona, sus bienes y derechos no serán objeto de ataques violentos, que, si estos llegasen a producirse, le serían asegurados por la sociedad, protección y reparación. Este principio tampoco se ve dañado con la práctica del aborto, ya que no se viola ninguna garantía de terceros, al contrario con la practica clandestina, se llega a dañar la salud, la cual a veces llega a producir la muerte de los individuos a los cuales, los gobernantes están obligados a servir y proporcionar una verdadera seguridad jurídica.
- 8.- La necesidad que impulsa a las mujeres a utilizar este tipo de método para planificar su familia, es de tipo lógico y moral identificándolas con cada una de las circunstancias que expusimos en nuestro trabajo, tal vez la principal sea la sobrepoblación que como consecuencia lógica de esa explosión, y el desacuerdo político sobre los gobernantes así como la explotación del hombre por el hombre mismo, provocan que la mujer y la familia caigan en un estado de pobreza absoluta, y en algunos casos, la mayoría de ellos en callejones sin salida para su desarrollo, por lo que estas mujeres al practicar su función sexual, muchas de ellas sin conocimientos de anticonceptivos de ninguna especie y otras utilizándolos, estos fallan, y al verse embarazadas, prefieren terminar con su embarazo, que traer al mundo a un nuevo ser, el cual no podrá gozar de las oportunidades que tienen las personas ricas que gobiernan

al Mundo, a las cuales, no les interesa en absoluto, tratar de desarrollar o de proporcionar el bien a este tipo de personas, ya que en conciencia de ellos, les conviene más, tener más gente pobre para obtener una mano de obra más barata, aunque esto para la mujer pobre en su seno familiar no lo acepta, debido a que también quiere una mejor oportunidad para sus hijos.

- 9.- La evolución de la raza humana debe ser detenida, ya que el desarrollo económico y social no han sido equilibrados y si lo fueran no existirían regiones donde la gente no tiene ni con que alimentarse, siendo que este planeta tiene recursos suficientes para proporcionar alimentación a cualquier población de cualquier magnitud concebible. (Ver inciso de Alimentación).
- 10.- Si existiera un equilibrio socio-económico que juntara más la distancia entre pobres y ricos hasta hacerla casi igual, la practica del aborto, no fuera un problema para las políticas demográficas, ya que las mujeres tendrían acceso a una verdadera educación sexual, las cuales en determinado momento podrían utilizar anticonceptivos o prescindir de ello, y elegir con amplitud y responsabilidad, el momento del nacimiento de sus hijos. Aunque en la realidad esto es una Utopía, ya que el egoísmo que priva en este planeta es mayor al sentimiento humano, expresado hipócritamente por sus gobernantes.
- 11.- Están dadas las fuentes reales para el nacimiento del derecho, estas son las causas sociales de la práctica del aborto, las que he expuesto en el transcurso de este trabajo, y son causas que el legislador no va a inventar, sino que son hechos sociales que están dados y que el legislador tiene la obligación de tomarlos en cuenta y de proporcionarle a las mujeres los servicios de: educación, salud, y sanidad sexual, suficientes para que puedan las mujeres mejorar su condición económica, social y educativa, y en determinado momento tener un hijo para educarlo y darle las oportunidades necesarias para que sea un hombre de bien, que ayude a la sociedad y no corra el peligro de convertirse en un delincuente más de la sociedad en que vivimos.
- 12.- No podemos alegar que esta costumbre de practicar el aborto sea fuente de derecho, ya que es una costumbre contra la ley (en algunos países), o "contra legem" y se contrapone al principio universalmente aceptado de que "Contra la observancia de la ley, no se puede alegar costumbres, desuso y práctica en contrario". Ya que en la mayoría de los países donde el aborto es reprimido, este principio hace caer a la costumbre como fuente de derecho, aunque es preciso decir que; una ley debe acoplarse al sentir y modo de

pensar del tiempo en que se vive, el cual en nuestros tiempos se ha convertido en un modo de pensar más libre, más concreto y materialista, explotando este sentir por el poder industrial y comercial que gobierna al mundo.

13.- Por lo expuesto es preciso que;

I.- Se acepte al aborto como un método provisional para llevar a cabo la planificación familiar, en tanto no concurren las siguientes condiciones:

- a) Que exista un anticonceptivo 100% eficaz;
- b) Que haya una buena educación sexual entre la población;
- c) Que se logre la estabilidad económica dentro del seno familiar.

II.- Es necesario que en las ciudades de gran densidad de población se analicen las causas de mortalidad de la misma, y se precise el índice de muertes provocadas por los abortos clandestinos, y si este rebasa del 3% se hará necesario conocer verdaderamente lo siguiente:

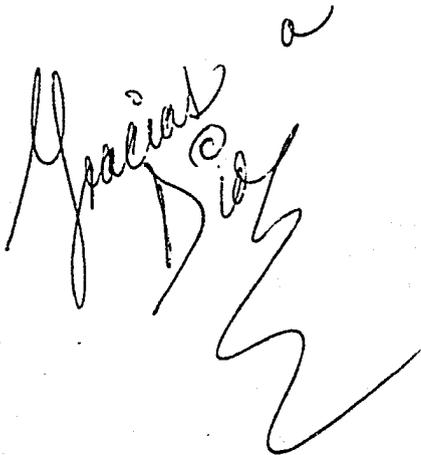
- a) Cuántos abortos se hacen al año;
- b) Qué tipo de personas recurren a este medio (Intesificando sobre estas personas, de manera inmediata una efectiva educación sexual que les permita no volver a utilizar este medio);
- c) Cuáles son sus razones para hacerlo.

Lo que arrojará una estadística, que sólo se conocerá realmente, liberalizando totalmente la práctica de este método, y obligando a las mujeres que recurren a él a registrar su operación.

III.- Hecha la estadística anterior se estará en aptitud de reglamentar la práctica del aborto, restringiéndolo o facilitándolo.

a

Gracias
Dios



BIBLIOGRAFIA

LIBROS:

"Abortion in a Changing World". Varios Autores. Editado por Robert E. Hall, Columbia University Press, Nueva York y Londres, 1968 V.1 y 11.

AUTORES citados e inscritos en el V.1 de éste libro.

- A) Chandrase Khar, S. "Abortion in India".
- B) Chow, L.P. "Abortion in Taiwan".
- C) Gunnar Af Geijerstan, "Abortion in Escandinavia".
- D) Heinz Mehlan Carl, "Abortion in Easter Europe".
- E) Lucas Roy. "Laws of the United States".
- F) Novack Frank "Experience with suction curretage".
- G) Oladele Akinla, "Abortion in Africa".
- H) Rodríguez Lima. "Abortion in America Latina".
- I) Roemer, R. "Law of the World".
- J) Valaoras, Basilius G. "Abortion in Grace".

"El aborto, un enfoque Multidisciplinario". Varios autores. Instituto de Investigaciones Biomédicas, Instituto de Investigaciones Jurídicas, U.N.A.M. México, 1980.

"Abortion Laws, a Survey of Current World Legislation". en el "International Digest of Health Legislation", Vol. 21 No.3 Ginebra 1970.

"El Aborto en México". Varios autores. Fonde de Cultura Económica, Archivo del Fondo. No. 57, México 1976.

African Target, Vol IV No. 5, Marzo de 1972.

Amiño y T. Monreal. "Epidemiology of provoked abortion in Santiago de Chile". Population Dynamics, Maramatsu y Harpers editores. Baltimore 1965. Y "El Problema del Aborto Inducido en Chile". Milkbanck memorial Found Quartely, Vol. XLIII, No. 4 octubre de 1965.

Calandra, Del Valle, Olivares, Requena y Morinandi. "Aborto estudio psicológico, social y jurídico." ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina.

Consejo de Población "Documentos y Ayudas Nacionales e Internacionales, Importancia de la Población". Population No. 9 Sept. 1982.

CHANDRASEKHAR, S., "Abortion in a Crowded World. The Problem of the abortion, with special reference to INDIA". Ed. University of Washington Press, Seattle 1972.

David H.P. "Family Planning and Abortion in the Socialist Countries of Central and Eastern Europe. "The Popularion Concil, 1970.

García Aguilar Leopoldo, "El Aborto en México y en el Mundo" Ed. B. Acceso Amic. México 1973.

Hall, M. Francoise, "Planificación Familiar en Lima, Perú ". Milkbanck memorial Found Quartely, Vol XLIII, No. 4 Octubre de 1965.

International Childrens Center, "Family Help and Family Planning". I.C.C. 1979.

Kuser, O. "Fundamentos de Ginecología y Obstetricia. Patología, Profilaxis, diagnóstico y tratamiento." Ed. Salvat. México.

Luke, T. Lee "Brief survey of abortion laws of five largest Countries". Population Reports Series F. No. 1, abril de 1973.

Monique Lions "La evolución de la legislación francesa sobre el aborto y la Ley de 17 de enero de 1975, relativa a la interrupción voluntaria del embarazo. En el "Boletín Mexicano de Derecho comparado", Instituto de Investigaciones Jurídicas, U.N.A.M. No. 42, México 1981.

Novenka Petric, "The Human Right to Free Choice on Childbirth in the Socialist Federal Republic of Yugoslavia". Vice-presidente del Consejo Federal de Planificación Familiar. Belgrado Yugoslavia 1975.

Pirenne "Los Origenes de la Economía Occidental" Lautcuhe Francia, 1956.

Requena Mario, "Social and Economic Correlates of Induced Abortion in Santiago de Chile". Demography Vol. 2 1965.

Requena Mario y Tegualde Monreal. "Evaluación del Control del Aborto Inducido", Milkbanck memorial found Quartely, Vol. XLIII, No. 4 Octubre de 1965.

Preciado Hernández, Rafael. "Lecciones de Filosofía del Derecho" Ed. Jus de México 10 Ed. México 1979.

Segatore Luigi "Diccionario Médico Teido". Ed. Teido, Barcelona España, 1977.

Tietze Christopher. "Induce Abortion, a World Review", Population Council Fact Book, Nueva York 1981.

Wright, Eleonor Palriae, "Abortion in Canadá". Ed. Adrienne Clarkson New Press, Toronto-Canadá, 1971.

DOCUMENTOS PUBLICADOS POR LA "ORGANIZACION DE LAS NACIONES
UNIDAS". (O.N.U.)

Conferencia Asiática de Población. Reporte de la, Nueva Delhi,
India, 1963.

Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Informe de la.,
Teherán Irán 1968 Doc; A/Conf.32/c2&sr 1 a 13.

Conferencia Internacional sobre Planificación Familiar en los
80's. "Family Planning in the 80's, Challenges and opportu-
nities. "Fondo de las Naciones Unidas para actividades de
población, La Federación Internacional de Planificación Familiar
y el Consejo de Población. Yakarta Indonesia, abril de 1981.

Conferencia Internacional del año Internacional de la Mujer,
Informe de la., México, D.F. 1975 Doc. E/Conf. 66/-34.

Conferencia Mundial de Decenio de las Naciones Unidas para la
Mujer, Igualdad, Desarrollo y Paz. Informe de la., Copenhague
Dinamarca, Julio de 1980 Doc. A/Conf. 94/35.

Conferencia Mundial de Población, Informe de la., Bucarest,
Rumanía, Agosto de 1954.

Conferencia Mundial de Población, Trabajos de la., Roma,
Italia 1954.

Conferencia Mundial de Población. Informes resumidos de
las Reuniones de la., Informe del Secretario, Belgrado
Yugoslavia. 1965.

Conferencia Regional Latinoamericana de Poblacion, México, D.F.
1970 Colegio de México, México 1970.

Comisión Económica para América Latina. "Estudio Económico
para América Latina". 1967-70.

Documentos oficiales de la Asamblea General;

- a) Vigésimo período de sesiones, 2a. Comisión 1016a
sesión
- b) Vigésimo tercer período de sesiones, 3a. Com.
1599a, 1600a y 1601a sesiones.
- c) Vigésimo cuarto período de sesiones, 3a. Comisión
1682a y 1683a sesiones.

Documentos oficiales del Consejo Económico y Social, ECOSOC.
45º período de sesiones, suplemento número 6.

Organización Internacional del Trabajo, OIT, "Plan a Plazo
Medio" 1982-87, Ginebra 1980.

OIT. "La Población Trabajadora". 1956.

Organización Mundial de la Salud. OMS. "Investigaciones sobre
aspectos biomédicos de la fecundidad y sobre los aspectos
operativos de los programas de planificación de la familia"
ONU. 12 de abril de 1974 Doc.E/Conf.60/CBP/22.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y
la Alimentación, FAO. "Necesidades de proteínas". Informe
del Comité de la FAO. 1957.

FAO. "Anuario de Producción" 1970 Vol. 24.

ONU. "Los derechos de la Mujer y la Fecundidad". Preparado por la Secretaría de ONU. Marzo de 1974, Doc. E/Conf.60/CBP/5

ONU. "Factores Determinantes y Consecuencias de las Tendencias Demográficas". 1970 Vol. 1.

ONU. "Informe del Consejo Económico y Social". Situación de la Población Mundial en 1981. "Informe del Secretario General a la Asamblea General, Marzo de 1981 Doc. A/36/117.

ONU. "Las Naciones Unidas y la Población" Principales resoluciones e Instrumentos, Nueva York 1976.

ONU. "Normas de las Naciones Unidas sobre las relaciones entre los Derechos Humanos y diversas cuestiones relativas a la población". Preparado por la Secretaría de ONU. Abril de 1974, Doc. E/Conf/60/CBP./6.

Population Newsletter, publicado por ECOSOC. ONU. Nueva York, No. 1 abril de 1968.

RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL:

- A) 2716 (XXV) "Programa de Acción Internacional, Concertado para el adelanto de la Mujer".
- B) 2211 (XXI) "Crecimiento demográfico y desarrollo social".
- C) 2542 (XXIV) "Declaración sobre el Progreso y Desarrollo en lo Social".

REVISTAS:

Contextos "Control Natal en el Año 2001" Año 2, No. 24, 18-24
Junio/1981.

Revista de la Facultad de Medicina. "Sesión de Mesa Redonda"
UNAM., Vol 17 No. 3, 1974.

Romero, H. y J. Vildosola, "Introducción al Problema del
Aborto". Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva,
Vol. 14, Santiago de Chile 1950.

Sucesos para todos, "El Aborto". No. 2292, 1967. México.