

# MEDIDAS DEMOGRAFICAS EN INGLATERRA, FRANCIA, SUECIA Y HOLANDA

EMILIO COFRESÍ\*

## INGLATERRA<sup>1</sup>

### A. *La Situación Demográfica*

LA situación demográfica de Inglaterra en el último siglo y medio ha sido muy distinta a la de Puerto Rico en el mismo período. En ambos casos la población creció consistentemente; pero en cada caso creció de manera distinta. En Puerto Rico el ritmo de crecimiento de la población disminuyó de 1800 a 1887, para luego iniciar un período de crecimiento que duró hasta el 1940.<sup>2</sup> De 1940 a nuestros días el ritmo de crecimiento ha comenzado a descender. En Inglaterra, por el contrario, el ritmo de crecimiento ha disminuido consistentemente (con una sola excepción) en cada período de veinte años del 1801 al 1941. Esto lo podemos ver claramente en la siguiente Tabla.

La reducción gradual en el ritmo de crecimiento poblacional de Inglaterra en este período se debió fundamentalmente a la reducción en el ritmo de incremento natural —la diferencia entre la natalidad y la mortalidad—. Esta tendencia descendente en el crecimiento poblacional fue acentuada, naturalmente, por la emigración neta, que de 1871 a 1931 tuvo una cifra promedio de 56,000 personas al año. Mientras la mortalidad en Inglaterra descendió entre el 1941-45 y el 1946-50 de

---

\* Profesor Asociado en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Puerto Rico. Anteriormente había enseñado por varios años en el Colegio de Agricultura y Artes Mecánicas de dicha Universidad. Es autor del libro *Realidad Poblacional de Puerto Rico* y de varios artículos sobre población publicados en distintas revistas científicas.

<sup>1</sup> Este informe fue escrito originalmente en inglés y traducido al español por el autor. El material aquí presentado fue recogido en virtud de una beca de seis meses que le fuera concedida por las Naciones Unidas de enero a junio de 1953. Se ha eliminado del informe original el capítulo dedicado a describir la situación demográfica en Puerto Rico, pero ocasionalmente se han incluido alusiones a este último país.

<sup>2</sup> U. S. Department of Commerce, *Bulletin of the Census*, Boletín Núm. 1.

21.4 a 11.8, la natalidad bajó en el mismo período de 32.3 a 18. Esto equivale a decir que de un período a otro el coeficiente de incremento natural bajó de 10.9 a 6.2, y que la población redujo su ritmo de crecimiento.

TABLA I  
POBLACIÓN DE GRAN BRETAÑA DE 1801 AL 1941

Fecha	Población total en miles	Por ciento de aumento sobre el censo anterior
1801	10,501	—
1821	14,092	34
1841	18,534	32
1861	23,128	25
1881	29,710	28
1901	37,000	25
1921	42,769	16
1941	46,605	9

FUENTE: *Royal Commission on Population, Report*, Tabla III, pág. 8.

La reducción en el coeficiente de natalidad de Inglaterra en el último siglo y medio no podemos atribuirla a la posposición del matrimonio o a una reducción en el por ciento de la población que se casa, ya que ambos factores permanecieron virtualmente iguales durante el período. Pero sí podemos atribuirla a una reducción en la fecundidad marital, como podemos observar en la tabla siguiente.

TABLA II  
TAMAÑO PROMEDIO ESTIMADO DE LAS FAMILIAS COMPLETADAS DE MUJERES CASADAS DEL 1900 AL 1929. DATOS BASADOS EN EL CENSO DE FAMILIAS DE GRAN BRETAÑA, 1946  
CIFRAS PROVISIONALES

Período en que ocurrió el matrimonio	Número promedio de nacimientos vivos
1900-1909	3.37
1900-1914	2.90
1915-1919	2.53
1920-1924	2.38
1925-1929	2.19

FUENTE: *Royal Commission on Population, Report*, Tabla XVI, pág. 25.

Estas cifras sobre el número promedio de nacimientos vivos no solamente indican una trayectoria descendente, sino que también son mucho más bajas que las cifras para la familia promedio de la época victoriana, que tenía de cinco y medio a seis hijos.<sup>3</sup> El factor determinante de este descenso en la fecundidad marital no es otro que el aumento en el uso de medidas contraceptivas por todas las clases sociales. No hay razón alguna de peso para creer que la población ha sufrido merma alguna en su capacidad biológica, innata para reproducirse.

## B. *Medidas Demográficas*

### I. *Estímulos a las Familias Grandes*

La reducción gradual de la natalidad por más de un siglo, unida al hecho de que el ritmo de reemplazo de la población estaba por debajo de unidad, fue motivo de alarma considerable en algunos sectores del pueblo inglés, particularmente entre los intelectuales. De continuar esta tendencia, pensaban ellos, esto habría de traer un descenso numérico en la población, y esto, a su vez, tendría un efecto nocivo en el *status* político, económico y militar de Inglaterra entre las naciones del mundo.

Este estado de alarma sobre la tasa de crecimiento poblacional tuvo por resultado la creación de la Comisión Real Sobre Población en el año 1944, con el fin de que ésta hiciera un estudio detenido de la situación demográfica del país. Otro resultado fue el nombramiento de William Beveridge en el 1941 para que hiciera un examen minucioso de los servicios sociales en existencia, y para que, a la vez, hiciera recomendaciones con miras a su mejoramiento. Todo esto tuvo por resultado la aprobación por el Parlamento inglés, en los años que siguieron a la terminación de la Segunda Guerra Mundial, de una serie de medidas encaminadas a mejorar la salud y las condiciones de vida del pueblo y a ofrecer al ciudadano promedio la protección necesaria en los casos de desempleo, enfermedad y edad avanzada.

De interés especial para nosotros es la aprobación por el Parlamento de la Ley de Pensiones Familiares. Esta ley tenía como objetivo fundamental el estimular la procreación de familias grandes por medio de ayuda económica a dichas familias. Se estableció un sistema por medio del cual cada matrimonio recibe ocho chelines semanales por cada hijo que tenga después del primero, prolongándose la ayuda en cada caso hasta que el niño haya cumplido la edad de quince años. Se crearon,

<sup>3</sup> *Royal Commission on Population, Report*, Tabla XV, pág. 24.

además, otros beneficios, tales como la concesión de £4 al nacer cada niño; un estipendio mínimo a la madre de veinte chelines semanales por cuatro semanas después del parto; asistencia médica gratis en el parto; y la distribución gratis —o a precios reducidos— de ciertos alimentos considerados indispensables tanto a la salud de la madre como del niño.

El hecho de que el coeficiente de natalidad para Inglaterra y Gales subió hasta llegar a 20.5 en el 1947 no debe atribuirse únicamente a las medidas expansionistas antes mencionadas; pues sabido es que otros países, como los Estados Unidos, que no tienen sistemas de compensación monetaria para las familias grandes —aparte de la reducción en la contribución sobre ingresos— también tuvieron un incremento en su coeficiente de natalidad para esa misma época. Pero no cabe dudar de que, a largo plazo, el plan británico de ayudar al sostenimiento de familias numerosas evitará que el coeficiente de natalidad baje precipitadamente en el futuro cercano. Como cuestión de hecho, había bajado ya a 15.6 en el 1954.

## 2. *Control de la Natalidad*

Una de las recomendaciones de la Comisión Real Sobre Población, en su informe del 1949, fue que "dar consejos contraconceptivos a personas casadas que los solicitan debe considerarse como un deber del servicio Nacional de Salud; y que las restricciones existentes que impiden que tales consejos sean impartidos por las clínicas del gobierno deben ser eliminadas".<sup>4</sup>

Pero las recomendaciones de la Comisión Real Sobre Población no han sido puestas en práctica. Los oficiales locales de salud pública están autorizados a ofrecer consejos contraconceptivos a las mujeres *casadas* sólo por razones ginecológicas, o a mujeres que sufren de enfermedades orgánicas —tales como tuberculosis, diabetes, nefritis crónica y enfermedades del corazón— toda vez que en estos casos la concepción constituiría un grave riesgo para la vida de la madre.<sup>5</sup> Los centros de Maternidad y Bienestar del Niño también pueden ofrecer consejos contraconceptivos a aquellas madres que ya tienen o esperan un niño, y en cuyos casos otro embarazo más sería gravemente perjudicial a su salud. De lo que antecede se desprende claramente que las autoridades locales de Inglaterra tienen las manos bien atadas en lo concerniente a dar consejos preventivos.

De aquí que la tarea de dar consejos contraconceptivos a la población inglesa haya recaído de hecho sobre las asociaciones particulares. De éstas hay dos. Una de ellas fue fundada hace muchos años por la

<sup>4</sup> *Royal Commission on Population, Report*, pág. 229.

<sup>5</sup> Carta Circular Núm. 1408 del Ministerio de Salud, marzo 31 de 1934.

Dra. Marie Stopes, quien todavía la dirige. La otra, conocida en inglés por el nombre de "Family Planning Association", fue fundada en el 1931 y tiene un total de 134 clínicas, aunque el número fluctúa frecuentemente. Estas clínicas están bien distribuidas por Inglaterra, Gales y Escocia y prestan servicios a mujeres de todas las clases sociales. Sus tarifas varían de acuerdo con los ingresos de la persona. En casos extremos de pobreza tanto el servicio médico como el material preventivo se dan gratuitamente a la persona. Un total de unas doscientas personas reciben servicios semanalmente en cada una de las cuatro clínicas que el autor visitó en la ciudad de Londres. El contraceptivo recomendado con más frecuencia es el diafragma, conocido por el sugestivo nombre de *el gorro holandés*. El diafragma se usa acompañado de una crema —y de éstas hay una gran variedad. Pero también se prescribe ocasionalmente el uso de supositorios. En las clínicas que el autor visitó se dan consejos tanto a las mujeres casadas como a las que están preparándose para casarse. Pero es digno de notarse el hecho de que esta asociación particular, tan interesada como está en el control de la natalidad, también ofrece tratamiento médico para corregir la infertilidad involuntaria.

La Dra. Marie Stopes, quien en el 1921 estableció en Inglaterra la primera clínica neomaltusiana, tiene hoy sólo dos clínicas de esta clase, una en Londres y la otra en Leeds. La Dra. Stopes sólo presta servicios a las mujeres casadas —y no cobra nada por ellos. En sus clínicas se da preferencia al uso de un gorro cervical especial, semejante al diafragma. Este gorro va acompañado de un supositorio grasiento.

### 3. Emigración

La Comisión Real Sobre Población opina que, por razones comerciales y políticas, la emigración de ingleses a las diversas partes del imperio y de la mancomunidad británica debe continuar en el futuro.<sup>6</sup> Estos países necesitan mano de obra para poder desarrollar sus recursos naturales. Sin embargo, la Comisión teme que, debido a la probable reducción futura en el tamaño promedio de la familia inglesa, el país podrá suplir sólo una parte pequeña del total de emigrantes que los dominios necesitan.

Entre los años de 1922 y 1933 el gobierno prestó ayuda económica a 404,700 ingleses que emigraron a los demás países de la mancomunidad británica. Esta ayuda fue suspendida en el 1933; y no se inició de nuevo hasta pasada la Segunda Guerra Mundial. Hoy el gobierno inglés ayuda con £25 a cada persona que desea emigrar a Australia. El

<sup>6</sup> Véase su *Informe*, p. 125.

resto del dinero que se necesita para el pasaje lo suplen entre el gobierno australiano y el propio emigrante.<sup>7</sup> El Canadá contribuye dinero también para los gastos del viaje, pero lo recobra gradualmente del inmigrante después de su llegada al país.<sup>8</sup>

A pesar de todos estos esfuerzos de los gobiernos interesados, la emigración neta de ingleses fue de sólo 22,000 en el 1949, 27,000 en el 1950 y 91,000 en el 1951. A menos que la situación económica del país se deteriore en el futuro, no es de esperarse que la emigración inglesa al exterior aumente en fecha cercana. Como cuestión de hecho, el país ha estimulado la inmigración de obreros —tales como mineros— de diversas partes del continente europeo. Y a la vez ha tenido una considerable inmigración voluntaria de obreros procedentes de sus colonias en las Antillas Menores.

## FRANCIA

### A. *La Situación Demográfica*

La situación demográfica de Francia es tan distinta de la de Puerto Rico, que es bien poco lo que nosotros, los puertorriqueños, podremos derivar de un análisis detallado de ella. El problema francés es de falta de gente; mientras que aquí nos sobra. Ella importa gente; nosotros la exportamos. Francia condena —oficialmente— todas las medidas para el control de la natalidad; mientras que para nosotros éste es uno de nuestros medios de salvación. Sin embargo, la situación demográfica de Francia tiene tantos aspectos interesantes, desde un punto de vista científico, que bien merece un breve análisis.

La natalidad del país comenzó su descenso a principios del siglo diecinueve, tres cuartos de siglo antes que en otros países europeos. Este descenso continuó, con algunas interrupciones de menor cuantía, hasta la Segunda Guerra Mundial. Para el 1941 había llegado a 13.1, cifra sumamente baja. Durante la guerra, y en los años que la precedieron, la mortalidad en la población civil era mayor que la natalidad. Pero ya en el 1941 la natalidad comenzó a subir gradualmente, y continuó su ascenso hasta el 1947, año en que llegó a 21.3. De entonces para acá la natalidad ha tomado de nuevo su curso descendente, habiendo llegado a 19.2 en el 1952 y a 18.8 en el 1954. Es difícil predecir hasta qué punto llegará esta trayectoria descendente de su natalidad. La no-

<sup>7</sup> Esta información fue dada verbalmente al autor por un empleado del gobierno inglés, y no está basada, por lo tanto, en la lectura de ningún documento oficial.

<sup>8</sup> *Ibid.*

ción prevaleciente en Francia hoy, entre algunos demógrafos, de que esta tendencia es sólo temporera y de que hay en Francia en el día de hoy una actitud más favorable que antes hacia las familias numerosas, nos parece a nosotros infundada.

### B. *Medidas Demográficas*

El bajo índice de natalidad en Francia, unido a un índice alto de mortalidad infantil, ha llevado al gobierno, por un lado, a ofrecer estímulos a las familias grandes y, por otro, a dar protección especial a los niños.

En distintas ocasiones en el pasado —1874, 1943 y 1945— el gobierno ha aprobado leyes ofreciendo protección económica especial a las madres y a sus hijos. La ley de 1945 provee un sistema eficiente y ampliamente distribuido —al menos en pueblos y ciudades— de estos servicios, no superados en ninguna otra parte del mundo. Indicaremos brevemente a continuación los aspectos principales de esta legislación.

Todo el sistema de protección a las madres y a sus niños está en manos del Ministerio de Salud. Los servicios incluyen el examen prenupcial, con interés principal en la presencia de sífilis y tuberculosis; tres exámenes de la mujer embarazada: en el tercero, sexto y octavo mes de embarazo; un examen genital de la mujer después del parto; exámenes a los niños de edad pre-escolar, desde el nacimiento hasta la edad de cinco años; agencias para poner a los niños al cuidado de un hogar particular, cuando las circunstancias lo exijan; los *pouponnières* para cuidar de los niños de padres tuberculosos o que tienen que ausentarse del hogar por cualquier motivo; los *crèches* y *jardins d'enfants* para los niños de las madres que trabajan fuera del hogar; los *goutes de lait* para la distribución gratis de leche pasteurizada a los niños; y los *lactariums* para la colección y distribución de leche del pecho de la madre. Debe notarse que los centros de salud también dan tratamiento para la esterilidad involuntaria.

El Código de Familia también incluye una notable variedad de asistencias a los matrimonios con hijos. Éstas incluyen una contribución monetaria a los gastos del parto, en los casos de madres pobres; un donativo de maternidad la mitad del cual se paga al nacer el niño, y la otra mitad seis meses después; doce semanas de vacaciones con sueldo al año a las mujeres que trabajan fuera del hogar; una hora libre a las obreras que están amamantando a sus bebés; la prohibición de despedir de su trabajo a una mujer porque haya faltado a él durante el parto; un donativo periódico a los padres de más de dos hijos, hasta que éstos cumplan la edad de quince años; y el llamado *salairé unique* a los ma-

trimonios sin hijos durante los primeros dos años de su matrimonio; o, si tienen hijos, hasta el tercer hijo inclusive.

Estas son, brevemente explicadas, las medidas principales usadas por el gobierno francés para estimular la procreación. Hasta qué punto ellas han tenido éxito, es difícil de decir. El dato de que la natalidad esté descendiendo en Francia desde el 1947 no prueba que las medidas hayan fracasado, ya que, como en el caso de Inglaterra y Suecia, la natalidad en Francia hubiera descendido probablemente mucho más, de no haber existido estas medidas estimulantes.

## 2. Control de la Natalidad

En Francia el asunto del control de la natalidad es —oficialmente— un tema *risqué*, ya que es contrario a la política del gobierno de estimular las familias grandes. Pero no cabe duda de que el control de la natalidad se practica extensamente hoy, como en el último siglo y medio. La natalidad baja de hoy es la mejor prueba de esto.

Todavía está en vigor una ley muy interesante, aprobada en el 1920, sobre el uso de abortivos y de contraceptivos. Los primeros dos artículos de esta ley se refieren a los abortivos. El tercero reza así:

“Article 3. Sera puni d'un mois á six mois de prison et d'une mande de cent francs (100 fr.) á cinq mille francs (5.000 fr.) quiconque, dans un but de propagande anticonceptionnelle, aura, par l'un des moyens spécifiés aux articles 1er et 2de, décrit ou divulgue, ou offert de révéler des procédés propres á prévenir la grossesse, ou encore facilité l'usage de ces procédés.

“Les memes peines seront applicables á quiconque, par l'un des moyens éconés á l'articles 23 de la loi du 29 juillet 1881, se sera livré á une propagande anticonceptionnelle ou contre la natalité”.<sup>1</sup>

No hay lugar a dudar de que la ley de 1920 prohíbe toda propaganda anticoncepcional en Francia. Existen diferencias de criterio, s.e., en cuanto a si la venta de material contraceptivo es en sí evidencia de *propaganda* contraceptiva. Las cortes difieren mucho en este punto. He sido informado que el profiláctico de goma se vende públicamente en las farmacias, con la excusa de que ofrece protección contra las enfermedades venéreas. Después de todo, por algo les llaman ellos “preservativos”. El autor ignora si los farmacéuticos venden otras medidas contraceptivas. En varias ocasiones se me informó que no lo hacen.

<sup>1</sup> Tomado de *Le Concours Medical*, de mayo 2, 1953. Artículo por R. Rodin, pp. 1667-1669.



3. *Emigración*

El autor tuvo varias charlas con uno de los principales oficiales de migración en Francia. Se nos dijo que Francia es hoy día un país de inmigración; que no se tienen estadísticas de emigración; y que las de inmigración se refieren sólo a los obreros que entran al país de otros países extranjeros y que no incluyen, por lo tanto, a aquellas personas que entran como turistas, comerciantes, estudiantes, etc.

Damos a continuación las cifras sobre inmigración facilitadas al autor.

TABLA III

## EMIGRACIÓN DE OBREROS EXTRANJEROS A FRANCIA DE 1946 A 1952

Años	Obreros	Otras personas en las familias
1946	41,713	—
1947	87,665	4,930
1948	78,840	25,822
1949	78,832	26,597
1950	26,440	8,782
1951	46,709	5,283
1952	66,536	6,616

FUENTE: Datos proporcionados al autor por la Oficina Nacional de Inmigración.

La mayor parte de estos inmigrantes trabajan en la agricultura. Otros trabajan en minas, construcción e industrias misceláneas. Los italianos forman el grupo más nutrido. Es evidente que Francia está haciendo uso de la inmigración como medio de aumentar su ritmo de crecimiento poblacional, así como para proveer mano de obra para sus industrias.

Las estadísticas francesas sobre migración—que se extienden de 1837 a 1933— demuestran que el éxodo de franceses a los países extranjeros durante ese período fluctuó entre 4,000 y 5,000 personas al año. Aun durante el siglo diecinueve, cuando los emigrantes de otros países europeos se contaban en decenas de miles al año, la emigración francesa permaneció baja. Durante ese mismo período Francia importaba obreros de otros países de Europa a razón de miles por año. Es evidente

que Francia ha sido siempre un país preponderantemente de inmigración y no de emigración.<sup>2</sup>

## SUECIA

### A. *La Situación Demográfica*

De todos los países de Europa, Suecia es el único cuyas estadísticas vitales alcanzan hasta mediados del siglo 18. De aquí que en el caso de Suecia nos sea posible tener una visión clara de los cambios a largo plazo en las tasas de natalidad, mortalidad y nupcialidad.

La historia demográfica del país ha sido, en muchos aspectos, muy parecida a la de Inglaterra. Su natalidad bajó, con bastante consistencia, de 1749 a 1934. En este último año inició una trayectoria ascendente, que llegó a su punto máximo en el 1944. A partir de esta fecha, hasta nuestros días, la natalidad ha descendido consistentemente a pesar de todos los estímulos usados por el gobierno para fomentar la procreación. El cambio en la tasa de natalidad puede verse en la tabla siguiente.

TABLA IV

NATALIDAD EN SUECIA A DISTINTOS INTERVALOS ENTRE EL 1749  
Y EL 1954

Año	Coefficiente de natalidad
1749	33.8
1849	32.8
1934	13.7
1944	20.6
1954	14.6

FUENTES: *Statistisk Årsbok for Sverige*, 1949, y *Demographic Yearbook*, 1955.

De manera similar a como ocurrió en los demás países de la Europa occidental, la natalidad en Suecia llegó a su punto máximo hacia la terminación de la Segunda Guerra Mundial y ha venido descendiendo desde entonces. No hay duda de que el uso creciente de contraceptivos es la explicación fundamental para este descenso, si no la única

<sup>2</sup> Henri Bunle, *Movements Migratoires entre la France et L'Etranger*, págs. 26, 86, 87 y 93.

explicación. El descenso no puede atribuirse a cambios en la edad al casarse, ya que ésta ha permanecido estacionaria en treinta años para varones y veintiséis años para mujeres en todo el último siglo transcurrido. Tampoco podemos atribuirlo a cambios en el índice de nupcialidad, ya que éste se ha mantenido alrededor de ocho durante los siglos dieciocho, diecinueve y veinte.

En Suecia, de igual modo que en otros países de Europa, el coeficiente de mortalidad ha bajado considerablemente en los últimos dos siglos, habiendo descendido en ese intervalo de 28.1 en el 1749 a 9.6 en el 1956. Las razones para el descenso, como en otros países, las encontramos en el aumento considerable en el nivel de vida, así como en el progreso en el campo de la medicina.

Aunque la población se duplicó en cada período de cien años entre el 1749 y el 1949, el descenso persistente en la natalidad produjo mucha alarma, tal como ocurrió en Inglaterra.

TABLA V  
POBLACIÓN DE SUECIA A INTERVALOS DE 100 AÑOS  
ENTRE EL 1749 Y EL 1949

Año	Población
1749	1.760,000
1849	3.419,000
1949	6.986,000

FUENTE: *Statistisk Årsbok for Sverige*, 1949.

Esta alarma condujo al nombramiento de dos comisiones sobre población, una en el 1935 y la otra en el 1941. Una gran parte del programa actual de bienestar público, particularmente lo concerniente a las pensiones de familia, es el resultado directo de las recomendaciones de estas dos comisiones.

### B. Medidas Demográficas Adoptadas

#### 1. Concesiones Familiares

Todas las concesiones a las familias establecidas por el gobierno en años recientes tienen como objetivo fundamental el estimular la procreación. Esto se hace ayudando económicamente en la crianza de cada hijo, así como de otras maneras más que describiremos más

adelante. Si las medidas usadas han tenido éxito o no es muy difícil de determinar. Quizás, de no haberse creado estas medidas, el coeficiente de natalidad hubiera descendido mucho más, a partir del año 1944. De todas maneras, estas medidas han contribuido a una mejor distribución de la riqueza, así como a un mejoramiento en los niveles de las clases bajas.

Veamos ahora cuáles son estas concesiones. Una ley de 1948 provee 290 "kronor" al año —cerca de \$56— por cada niño hasta la edad de dieciséis años. Toda vez que en Suecia los padres no tienen descuento de la contribución sobre ingresos por cada hijo que nace, como en Puerto Rico, los suecos ven estas ayudas económicas del gobierno a las familias con hijos como algo a lo cual tienen perfecto derecho, resultando de esto que tanto ricos como pobres se aprovechan de ellas. Y aquí debemos observar una diferencia entre Inglaterra y Suecia en este particular. En Inglaterra se da compensación por cada hijo que nace después del primero; mientras que en Suecia se incluye al primero también. Toda mujer recibe, en cada parto, un donativo de setenta y cinco "kronor" del gobierno. Si la mujer está asegurada con una casa de seguros, su compensación total puede llegar hasta ciento veinticinco coronas. Toda mujer tiene, además, derecho a otras compensaciones del gobierno al dar a luz, siempre que sus ingresos familiares no pasen de cierto límite. Estas compensaciones pueden llegar hasta un total de 400 coronas; pero no se dan en dinero, sino en órdenes para ropa y otras necesidades del bebé. También se da una pequeña cantidad en dinero para comprarle alimentos especiales. De hecho, el cuarenta por ciento de las madres reciben esta ayuda del gobierno, siendo la cantidad promedio por cada madre de doscientas cuarenta coronas.

Existen, además, otros estímulos al matrimonio y a la procreación. Por ejemplo, se puede obtener préstamos, con cuatro por ciento de interés, para casarse —o aún seis meses después del matrimonio. Los préstamos deben ser reembolsados en cinco años, pero ocasionalmente se dan prórrogas. Del 1938, cuando esta medida se puso en vigor, hasta el 1952, se había concedido un total de 146,000 préstamos de esta índole, lo cual demuestra que los suecos no se hacen el sueco en relación con estas oportunidades.

Otras medidas usadas por el gobierno para estimular la procreación incluyen comedores escolares para el 50% de los niños; viajes de vacaciones gratis a los niños todos los años; viajes gratis anualmente a las madres con dos o más hijos menores de quince años; la prohibición legal de despedir a una mujer de su empleo porque contraiga matrimonio o dé a luz; proveer servicios gratis en el hogar a

dueñas de casa que se enferman; ayuda en el pago de renta de la casa a matrimonios con muchos hijos; y subsidios del gobierno a los jardines infantiles y casas-cunas para los hijos de mujeres que trabajan fuera del hogar.

## 2. *Control de la Natalidad*

En Suecia, como en Inglaterra, la tarea de dar consejos contraceptivos al pueblo está dividida entre el gobierno y agencias particulares. En Suecia, la organización es conocida por el nombre de Liga Nacional para la Educación Sexual y fue organizada por la Sra. Elise Ottensen-Jensen, quien todavía (1953) la dirige. La organización tiene una clínica en Estocolmo, además de clínicas adicionales en las ciudades de Upsala, Gotteborg, Kalmack y Buras. La clínica de Estocolmo, que el autor visitó, es muy grande y sirve a numeroso público. Además de dar consejos contraceptivos, la clínica hace pruebas de embarazo y ofrece orientación en una serie de problemas sexuales, tales como la rigidez e impotencia. En el año 1948 esta clínica tuvo un total de 16,866 visitas, de las cuales 10,417 recibieron consejos contraceptivos.

La clínica de Estocolmo también fabrica sus diafragmas y jaleas, y tiene maquinaria apropiada para poner a prueba cada uno de los profilácticos de goma que vende al público. El público paga, desde luego, por los servicios prestados y el material contraceptivo prescrito. La clínica también vende al público una cantidad considerable de folletos y libros sobre el control de la natalidad y los problemas sexuales. Debe notarse que los consejos preventivos se dan a cualquier persona que los necesite, incluyendo a las mujeres que han concebido fuera del matrimonio. La clínica de Estocolmo es, sin lugar a dudas, la mejor y más grande que nosotros pudimos encontrar en Europa.

¿Y qué servicios preventivos da el propio gobierno sueco? A nuestro juicio, aunque su labor no es tan amplia como pudiera serlo, es más amplia que la labor realizada por el gobierno de los otros países que el autor visitara con este fin, a saber, Inglaterra, Francia y Holanda. De acuerdo con una ley de 1938, las farmacias deben tener material contraceptivo para la venta al público. Por ley también, los centros de maternidad y de bienestar del niño —de los cuales hay unos treinta en el país— deben dar consejos preventivos a las mujeres que los necesitan. Esto deben hacerlo también las clínicas ginecológicas del gobierno, de las cuales hay otras treinta. Sin embargo, qué cantidad de consejos contraceptivos se da en estos centros del gobierno es muy difícil determinar, ya que —según se me infor-

mara— mucho depende del interés, habilidad profesional y punto de vista de los médicos. Pero no debemos olvidar que otro tanto ocurre en Puerto Rico en las unidades de Salud Pública.

Además de los centros médicos ya mencionados, existen otros establecidos por los gobiernos municipales con el fin de dar consejos sobre los problemas matrimoniales y sexuales. Pero todos ellos también ofrecen orientación sobre el control de la natalidad. De estas clínicas municipales especializadas, hay dos en Estocolmo y once más en el resto del país.

Pero no debemos ignorar en este relato las leyes suecas sobre esterilización y aborto. Son las más liberales de su clase en el mundo; y sólo el Japón tiene algo parecido. La ley sobre abortos—de 1938— fue modificada en los años 1941, 1942 y 1946. De acuerdo con esta ley, los médicos pueden prescribir el aborto por razones médicas, médico-sociales, humanitarias (como en los casos de incesto, raptó y retardación mental) o eugenésicas. El aborto puede ser prescrito por la Junta Real de Médicos, por dos doctores—uno de los cuales debe ser un oficial médico, y, en casos de emergencia, hasta por un solo médico debidamente autorizado a practicar la profesión. En el año 1948 se practicaron en Suecia 4,585 operaciones legales de aborto, la mayor parte de ellas autorizadas por la Junta Real de Médicos por razones terapéuticas o médico-sociales.

La ley de esterilización de 1934 fue enmendada en el 1941. De acuerdo con esta ley, la esterilización puede ser autorizada por razones terapéuticas, eugenésicas o sociales. En el caso de personas legalmente incapacitadas para dar su consentimiento, como en el anterior caso de los abortos, la operación puede ser autorizada por la Junta Real de Médicos, por dos doctores o por un solo doctor en casos de emergencia. En los años 1948 y 1949 se practicaron en Suecia 2,264 y 2,351 operaciones autorizadas de esterilización, respectivamente.

En términos generales podemos afirmar que el gobierno de Suecia tiene una actitud favorable hacia el control de la natalidad. Debemos recordar que tanto el aborto como la esterilización son formas efectivas de controlar la natalidad. La actitud del gobierno a este respecto es que los matrimonios sólo deben tener el número de hijos que desean. Esta actitud tan liberal hacia el control de la natalidad es digna de notarse, ya que, por otro lado, el gobierno trata de estimular la creación de familias grandes.

### 3. *Emigración*

Suecia tiene estadísticas completas de emigración desde el año 1851; y de inmigración desde el 1875. Estas estadísticas demuestran que hasta el 1929 Suecia era esencialmente un país de emigración, pero que de ese año para acá la corriente migratoria hacia el país ha sido mayor que la corriente en la dirección contraria. Esto no debe extrañarnos, ya que hoy día Suecia es un país no solamente grande y de escasa densidad poblacional sino a la vez bastante industrializado y con elevadas normas de vida. Hallándose relativamente cerca de los países densamente poblados del sur y este de Europa, es lógico que la corriente migratoria fluya actualmente hacia él. Hasta qué punto el gobierno está estimulando activamente esta inmigración, no lo sabemos.

## HOLANDA

### A. *La Situación Demográfica*

De una manera distinta a otros países de Europa, el coeficiente de natalidad de Holanda se mantuvo alto durante una buena parte del siglo XIX. Sin embargo, en el 1876 comenzó su inevitable descenso, el cual continuó persistentemente hasta el 1937. Evidentemente, no fue hasta el 1876 que los holandeses comenzaron a regular el tamaño de sus familias. Es interesante observar en esta coyuntura que la primera clínica neomaltusiana establecida en el mundo la fundó Aletta Jacobs en Holanda en el 1882.

En el 1937 la natalidad inicia un nuevo curso, aumentando hasta el 1946, año en que alcanza el coeficiente de 30.2. Aunque otros países de Europa —y aún fuera de Europa— tuvieron un aumento en su natalidad durante y después de la Segunda Guerra Mundial, el aumento en Holanda fue mayor que en ningún otro país. Este aumento de su natalidad ha sido atribuido a tres factores: aumento en el coeficiente matrimonial, aumento en el por ciento de personas en las edades reproductivas y un aumento en la fecundidad marital — particularmente a este último factor. En el 1946 la natalidad inicia de nuevo un curso descendente, el cual ha continuado hasta nuestros días. Lo más probable es que este descenso continúe, debido en parte a una reducción en el por ciento de personas en las edades jóvenes. Esta reducción, a su vez, se debe a varios factores, tales como el aumento en la emigración, el envejecimiento de la población y un probable descenso en la fecundidad marital.

La elevada natalidad, unida al coeficiente sumamente bajo de mortalidad—el más bajo en Europa y uno de los más bajos en el mundo—ha dado al país un ritmo alto de incremento natural de población en el pasado. En el último siglo, su población ha aumentado más rápidamente que la de ningún otro país del oeste de Europa. El aumento fue de 67.3% de 1800 a 1900 y de 92.2% de 1900 a 1950. Desde que se tomó su primer censo en el 1829, hasta el presente, su población se ha cuadruplicado—todo esto en poco más de siglo y cuarto.

### B. *Medidas Demográficas*

Holanda ha tratado de resolver su problema de elevada densidad de población—hoy día una de las más altas en el mundo—a través de la emigración y la industrialización. En el período entre ambas guerras mundiales la emigración a otros países de Europa constituyó una parte considerable de la emigración total a otros países. Desde la última guerra mundial, la corriente migratoria se ha dirigido hacia países fuera de Europa, particularmente a los Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y África del Sur. En el 1952, de un total de 68,000 emigrantes, sólo 13,000 se marcharon a otros países de Europa.<sup>1</sup>

Tal parece que el propósito del gobierno es fomentar la emigración de 50,000 personas al año. Para lograr este fin, el gobierno ha negociado acuerdos con varios países, tales como Australia y Nueva Zelanda. Mediante estos acuerdos, ambos gobiernos signatarios se comprometen a contribuir al costo de los gastos de transportación del emigrante desde Holanda hasta el país de inmigración. En el 1952, para citar un ejemplo, el gobierno holandés gastó 21,000,000 de florines en subsidios de esta naturaleza.

El otro medio usado por el gobierno para lidiar con el problema de población es a través de la industrialización. Como en otros países, el gobierno se vale de una serie de medidas para lograr el establecimiento de nuevas fábricas. Entre éstas figuran la inversión de capital por el gobierno en nuevas empresas manufactureras, la concesión de crédito, la aportación de la instrucción vocacional a los requisitos industriales y el estímulo a las investigaciones científicas, en el campo de las ciencias naturales. Como resultado de este vivo interés de parte del gobierno en la industrialización del país, entre el 1948 y el 1952 se emplearon cinco billones de florines en nuestras

---

<sup>1</sup> Central Bureau of Statistics, *Monthly Bulletin of Vital Statistics and Migration*.



empresas industriales, se crearon 135,000 nuevos empleos fabriles y se aumentó el índice de producción industrial en 28%.

### *C. Control de la Natalidad*

El fomento de las medidas contraceptivas de parte del gobierno sería una solución lógica para el problema demográfico de Holanda. Pero, como en el caso de otros países, no siempre es la lógica la que dicta lo que ha de hacerse. Aunque sólo el 38% de la población de Holanda es católica, el sector católico de la población es muy activo e influyente. En las elecciones de 1952, los dos partidos católicos obtuvieron el 31.5% de los votos y el 33% de los asientos en ambas cámaras legislativas. Y en ese mismo año cinco de los quince ministerios del gobierno central eran desempeñados por católicos.

Aunque la exhibición y renta de material contraceptivo y toda propaganda pública sobre el control de la natalidad están prohibidas por ley, existe en Holanda, como en Inglaterra y Puerto Rico, una organización particular, llamada la Sociedad para la Reforma Sexual, que hace labor de difusión de las medidas contraceptivas. Esta organización cuenta hoy con 80,000 socios y dieciocho centros para la distribución de material contraceptivo. Cada socio paga una cuota anual de dos florines y medio. Los socios pagan por el material contraceptivo que reciben, pero personas muy pobres pueden recibirlo gratis. La sociedad vende al año cerca de 12,000 diafragmas, 120,000 tubos de jalea y 4,000 gruesas de profilácticos de goma. Debe notarse también que la organización fabrica los diafragmas y la crema contraceptiva que vende a sus socios. A pesar de todas las dificultades esta organización da consejos preventivos a miles de pacientes nuevos todos los años. Es una reflexión interesante sobre la naturaleza humana el dato de que de 1913 a nuestros días, según lo demuestran las estadísticas, la fecundidad marital ha venido disminuyendo tanto entre los católicos romanos como en otros grupos religiosos.

### *Conclusión*

De los datos que hemos presentado se desprende claramente que el crecimiento demográfico es un asunto que preocupa hondamente, aunque de maneras distintas, a los dirigentes públicos en los países cuya situación demográfica hemos descrito. Éstos se dan cuenta de que dicho crecimiento no es asunto para dejarse al azar y tomar

medidas de una clase o de otra, ya para estimularlo, ya para reducirlo.

En Francia, para comenzar por el caso más sencillo, todos los esfuerzos del gobierno están dirigidos a estimular el crecimiento de la población. La baja natalidad y el lento ritmo de crecimiento poblacional son asuntos de honda preocupación. De ahí que el gobierno prohíba toda campaña contraceptiva, estimule la inmigración y haya desarrollado un extenso programa de ayuda económica a las familias con hijos.

Cerca del otro extremo, aunque no diametralmente opuesto, está el caso de Holanda. Este país, que tiene la densidad poblacional más elevada del continente europeo,<sup>1</sup> se ve impelido por la necesidad a ejercer alguna medida de control sobre un crecimiento poblacional. No pudiendo hacer nada para difundir los conocimientos contraceptivos—debido al alto por ciento de católicos en su población—el gobierno ha recurrido a la emigración y a la industrialización como medidas salvadoras.

El caso de Suecia es uno *sui generis*. Con una enorme extensión territorial y una escasa población, el país se ve obligado a estimular tanto la procreación como la inmigración. Sin embargo, por razones humanitarias y sociales, tanto el gobierno federal como los gobiernos municipales tienen centros para la distribución de medidas contraceptivas. Digno de observarse también es que Suecia tiene las leyes más liberales en el mundo sobre los abortos y la esterilización.

La situación inglesa da la impresión de que diversos motivos intervienen para dictar la política demográfica del país. Por un lado, por razones sociales y humanitarias, el gobierno ha desarrollado un extenso programa de ayuda a las familias numerosas, estimulando así la procreación. Sin embargo, por razones similares, ofrece a la vez consejos contraceptivos a las madres que los necesitan por razones de salud. Por otra parte, por razones políticas y comerciales, el gobierno estimula la emigración a diversas partes de la mancomunidad británica.

<sup>1</sup> La isla de Malta la tiene más elevada.

POPULATION POLICIES IN ENGLAND, FRANCE,  
SWEDEN AND HOLLAND

EMILIO COFRESÍ

*Abstract*

We have presented the policies followed by four countries of Europe—namely England, France, Sweden and Holland—in dealing with their respective demographic situations. These policies have been either expansive, restrictive or a combination of both.

The restrictive policies used are birth control and migration, while the expansive policies are family aids and industrialization.<sup>1</sup>

Due chiefly to her low birth rate and her need for manpower, France is using every available means to foster population growth. Holland is at the other extreme. With the highest density of population in continental Europe, she is trying to deal with her problem through migration and industrialization. Sweden's case is somewhat different, since she has plenty of land and a low density of population. Hence, she encourages both immigration and reproduction. However, for purely social and humanitarian reasons, she has a birth control program sponsored by the government. In England, again, we meet an entirely different situation. Contrary to Sweden, England has a high density of population and a consequent scarcity of available land. Hence, migration and birth control are encouraged. Birth control advice, however, is given by the government only for health reasons. However, for social and humanitarian reasons, a program of family aid also exists—side by side with the restrictive policies just mentioned.

---

<sup>1</sup> Industrialization is an expansive policy that in the long run brings about voluntary restriction of population growth.