

## PROFESOR HUMBERTO MEDINA ORTIZ

Director de Programas Comunitarios de la Coordinación del Programa Nacional Planificación Familiar de México.

**TEMA:** Estado actual de las Actividades de Planificación Familiar en México.

El propósito de esta presentación es plantear ante ustedes un resumen del Estado Actual de las actividades de Planificación Familiar en México. Para ello, comenzaremos con algunos antecedentes.

Hasta 1972, la política del Gobierno Mexicano en cuanto a población era estrictamente pronatalista. La Ley General de Población de 1947 favorecía el crecimiento de la población. En este contexto, los esfuerzos por brindar servicios de planificación familiar a la población se limitaron al ámbito privado. De esta forma, la Asociación Pro-Salud Maternal empezó a operar en 1959 y la Fundación para Estudios (FEPAC) inició sus labores en 1965.

En 1973 se dá un viraje radical en la política de población del país y se empieza a elaborar una modificación a la Ley General de Población, la misma que es aprobada en enero de 1974 por el Congreso de la Nación.

En el mismo año, se crea el Consejo Nacional de Población, dentro de la Secretaría de Gobernación con el objeto de delinear la política poblacional global del país. Asimismo se empieza, dentro de las instituciones oficiales de Salud, a brindar servicios de planificación familiar.

Sin embargo, a pesar de estas decisiones trascendentales, la situación de los servicios a finales de la administración anterior, presentaba carencia de coordinación formal, inexistencia de metas y, por tanto, de evaluación rigurosa, duplicación de servicios dentro y entre las instituciones y descuido de un gran número de áreas del país.

Por ello, a principios de la presente gestión, el Presidente López Portillo decidió la creación de la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar. Responsable de planear, normar y evaluar las acciones que en materia de planificación familiar se realizan en el país, coordina las actividades de las Instituciones del Sector Salud (La Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social el ISSSTE y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia) así como las actividades de otras instituciones Gubernamentales que cuentan con servicios médicos o que pueden coadyuvar al desarrollo del Programa Nacional. Asimismo, coordina los esfuerzos privados que se realizan en este campo. La primera tarea de la Coordinación fue la de formular, en conjunto con el Consejo Nacional de Población, el Plan

Nacional de Planificación Familiar, el mismo que fue autorizado por el Señor Presidente en octubre de 1977.

El Panorama del crecimiento demográfico en México requería planteamientos firmes y precisos. En 1976, la población total era de 62 millones de habitantes y crecía a un ritmo de 3.2o/o Anual. Esto significaba duplicar la población cada 22 años: 132 millones para el año 2000, 300 millones para el 2026, 1500 millones en 2076, en un marcado crecimiento exponencial.

En países del tamaño del nuestro, México era —y sigue siendo— aquél cuya población crecía más rápidamente en el mundo. Ante esta tendencia, se planteó la necesidad de darle ritmo a nuestro crecimiento. La intención no era detenerlo; sólo acompañarlo a nuestro desarrollo.

Para ello, se buscó la trayectoria más conveniente y factible para el aumento de la población del país. Ello implicaba reducir la tasa de crecimiento del 3.2o/o en 1976 al 1o/o en el año 2000. La diferencia es notable. Ya para el final del siglo —que sólo dista 21 años— en lugar de contar con 132 millones de habitantes, si logramos reducir la tasa de crecimiento según lo planeado, seremos 104. Es decir, que en menos de un cuarto de siglo contaremos con 28 millones menos de habitantes de los que hubiera tenido el país de continuar las tendencias anteriores.

Esta considerable diferencia equivale, por ejemplo a la población total de México en 1950.

En particular, para la presente administración, el reto significa la disminución de la tasa de crecimiento demográfico del 3.2o/o al 2.5o/o en 1982.

Esto constituye el objetivo rector que se tomó en cuenta al elaborar el Plan Nacional en 1977.

Profundicemos un poco en el significado de disminuir la tasa de crecimiento.

Reducir la tasa de crecimiento de un 3.2o/o en 1976 al 1o/o en el año 2000 requiere una considerable disminución en la tasa de natalidad. Suponiendo que las defunciones en México se reduzcan de 8 muertes por cada 1000 habitantes en 1976, a 6 muertes en el año 2000, se necesita que los 40 nacimientos que en 1976 ocurrían por cada 1000 habitantes disminuyan hasta 16 en el año 2000. La disminución en las tasas de crecimiento implica que el período requerido para que la población se duplique pase de 22 años en 1976, a casi 70 años en el año 2000.

Las dificultades en el proceso de lograr lo planteado se presentan, por una parte, en las características demográficas de la población. Las mujeres en edad fértil en unión, que constituyen el 63o/o de las mujeres en edad fértil y el 14o/o de la población total, presentan por un lado, una alta fecundidad, que se expresa en el hecho de que el 96o/o de las mujeres en edad

fértil y en unión del país, al menos han tenido un embarazo y el 46o/o, al menos 5. En segundo lugar, una alta natalidad, ya que tienen en promedio 4.33 hijos nacidos vivos cada una. Por último, una edad temprana al matrimonio o unión, que se refleja en que el promedio de dicha edad es de 19 años.

Adicionalmente, es notoria la influencia que tienen variables como la escolaridad y el empleo sobre la fecundidad. De las mujeres unidas actualmente, se observa que aquellas que no cuentan con escolaridad tienen en promedio 5.2 hijos nacidos vivos, mientras que aquellas que han terminado la primaria, tienen 3.6.

Las mujeres unidas que trabajan, tienen un número de hijos promedio de 2.2, mientras que las que no trabajan tienen 3.3. Se acentúa la diferencia cuando la mujer trabaja y tiene primaria completa; en este caso, el número de hijos promedio es de 1.6.

Por otro lado, la dificultad planteada por la limitante en los recursos para prestar atención médica en las instituciones del Sector Salud es bastante seria. La magnitud de los servicios clínicos disponibles plantea una grave marginación.

Si consideramos el área de influencia de los servicios clínicos de las instituciones del Sector Salud y Seguridad Social, que constituye la zona dentro de la cual los habitantes pueden tener acceso a unidades clínicas, ésta abarca solamente al 46o/o de las localidades en las que habita el 76o/o de la población. Por otra parte, la cobertura potencial en esas áreas, esto es, la población que realmente puede ser atendida con los recursos de que disponen dichas unidades, incluye al 48o/o de los habitantes. Expresado en otra forma, la marginación estructural constituida por todas aquellas personas que no tienen acceso a clínicas, asciende a 13.8 millones de habitantes. La marginación funcional formada por aquellas personas que teniendo una unidad clínica cercana no pueden recibir servicios de ella puesto que carece de los recursos necesarios, asciende a 16.5 millones de mexicanos; en total 30.3 millones de mexicanos están marginados de cualquier tipo de atención clínica. Además el 75o/o de esa marginación se concentra en sólo 10 Estados, del centro y sur de la República.

Ante las difíciles metas por lograr, tomando en cuenta las dificultades planteadas, la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar ha procurado la utilización de todos los recursos de que el Estado dispone, que pueden participar en las acciones del Programa. Además de los servicios que prestan las instituciones del Sector Salud, principales responsables del cumplimiento de las metas, se han incorporado

los servicios de instituciones gubernamentales que a pesar de no pertenecer al Sector Salud, cuentan con atención médica. También se ha procurado la activa participación del Sector Comercial y de la medicina privada, ya sea en la práctica médica individual o en las clínicas y hospitales particulares.

Se cuenta también con el importante apoyo de la Asociación Nacional de Voluntariado de Planificación Familiar, en el área de adiestramiento y orientación, y en la formación de Comités de voluntarias en los Estados. Actualmente prestan servicios de información, motivación y referencia al público y a los usuarios, 3,000 voluntarias en el Distrito Federal y 600 más en los Estados.

La dispersión de la población ha constituido siempre un gran reto para la dotación de servicios de todo tipo a los habitantes de las comunidades rurales del país. Actualmente, 22.2 millones de mexicanos viven en 94,000 localidades menores de 2,500 habitantes, en su mayoría marginadas de los servicios de salud. 13.7 millones de ellos viven en 4,000 comunidades de 500 a 2,500 habitantes, en tanto que 8.5 millones están sumamente dispersos en 80,000 localidades menores de 500 habitantes.

A partir de 1977, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, diseñó y puso en operación una estrategia dirigida a la formación de recursos humanos de la propia comunidad, con el fin de proporcionar servicios mínimos de salud y planificación familiar.

Originalmente, el Programa se fijó como meta para el período 1977-1982, la incorporación del 100o/o de las comunidades de 500 a 2,500 habitantes. Debido a la prioridad del mismo, esta meta se logrará a mediados de 1980.

Cada localidad está a cargo de una Auxiliar de Salud (Encargada de comunidad) seleccionada por la propia comunidad y adiestrada específicamente para la prestación de servicios de atención primaria de la salud y la detección y referencia oportuna de casos que requieren la atención institucional en unidades clínicas de la propia Secretaría o del Programa IMSS-COPLAMAR. Diez comunidades en promedio integran un módulo o área programática de 10,000 habitantes aproximadamente y se encuentran bajo la responsabilidad de una enfermera también específicamente adiestrada, denominada responsable de módulo, con funciones de adiestramiento continuo, apoyo en la prestación de servicios, supervisión, evaluación y logística en cada una de las 10 comunidades a su cargo. Adicionalmente, en los niveles estatal y nacional se formaron equipos de trabajo para apoyar técnica y administrativamente al Programa.

Este Programa de Salud Rural, actualmente

está operando un total de 10,000 comunidades aproximadamente, cubriendo 11 millones de habitantes.

Como apoyo al programa, en la intención de cubrir la totalidad de las 94,000 localidades, se cuenta con las siguientes contribuciones.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia promueve y presta servicios mínimos de salud Materno Infantil y Planificación Familiar, a través de las promotoras voluntarias y de 2,700 agentes de su red móvil. En un año de operación, pretende la inclusión de 36,000 usuarias en comunidades menores de 1000 habitantes en toda la República.

La Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos promueve este tipo de servicios por medio de más de 700 educadoras del hogar rural, planteando la meta de derivar 19,000 usuarias a los servicios de la Secretaría de Salud y Asistencia en un año.

La Secretaría de la Reforma Agraria realiza trabajos de promoción, referencia y servicios mínimos a través de brigadas y promotoras voluntarias en comunidades menores de 1000 habitantes. Durante 1978, se incorporaron 15,000 usuarias en 10 Estados de la República. Para 1979, se pretende la inclusión de otras 25,000 usuarias.

Entre otros organismos que participan como apoyo al Programa Nacional, se encuentra también la Secretaría de Educación Pública, quien realiza trabajos de motivación y orientación, fundamentalmente a los 600,000 maestros en servicio.

En lo relativo al Sector Salud y de Seguridad Social, las metas planteadas con el objeto de lograr la disminución requerida en la tasa de crecimiento, contemplan tanto el área urbana como la rural, y se desglosan por usuarias nuevas a incorporar a los programas y usuarias activas que deben mantenerse dentro de los mismos. Como el Programa es estrictamente voluntario, las metas constituyen exclusivamente una guía para la implementación de servicios.

Para el sexenio, el total de usuarias a incorporar asciende a 8,645,000, mientras que el número de activas deberá sumar 3,452,000 para el año 1982. Por tanto, a pesar de que pudiera parecer sencilla la tarea de reducir la tasa de crecimiento del 3.20/o al 2.50/o en esta administración, cada décima de reducción requiere la incorporación de más de 1,200,000 voluntarias a los programas. Estas metas se desglosan además por cada una de las instituciones y para cada año del sexenio.

En materia de evaluación, además de los programas de investigación social y biomédica, para medir los resultados del desarrollo del programa y compararlos con las metas planteadas, se cuen-

ta con dos fuentes de información: por un lado, los sistemas de registro de cada una de las instituciones, y para complementar esto y ampliar las variables que se captan, la Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos. Esta Encuesta se hace en base a un marco muestral de viviendas, mismo que permite, de acuerdo al número de viviendas que se seleccionen de él, darlo a los datos la representatividad que se desee.

En 1978, recurrimos a 11,000 viviendas del país; en 1979 en la segunda observación de la Encuesta Nacional, estamos llegando a más de 21,000. El tipo de variables que se captaron en 1978 y que se incluyen en 1979, abarcan conocimiento de métodos anticonceptivos, el uso y no uso de dichos métodos, el lugar de obtención y el acceso que se tiene al mismo, así como las características socioeconómicas de las personas. Para 1979, y considerando que no existe información actualizada y precisa en relación a estas variables, se han incluido además: mortalidad, fecundidad, continuidad en el uso de métodos anticonceptivos y atención a la salud materno-infantil.

Estas dos herramientas, mediante las cuales se recaba información de los programas, han permitido medir cuál ha sido el logro en las metas de usuarias. Específicamente, el cumplimiento de la meta de usuarias activas ha ascendido de un 880/o en 1977 hasta rebasarse en un 50/o en junio de 1979. Este marcado ascenso se da a pesar de que en la actualidad las metas son un 500/o mayores de lo que eran en diciembre de 1977.

La cantidad de usuarias que se han incorporado y se han matenido dentro del Sector Salud, expresada en el cumplimiento de las metas del cuadro anterior, constituyen el 40.60/o del total de la cobertura a través de las distintas fuentes de obtención de métodos anticonceptivos. Si añadimos los servicios médicos extrasectoriales, el sector público en su totalidad aporta el 42.70/o. Las farmacias, a través de la venta de anticonceptivos, contribuyen con un 260/o adicional; los servicios médicos privados, con un 140/o, y el uso individual de métodos tradicionales suma 17.60/o.

Esta gama de contribuciones ha hecho posible que la cobertura de las mujeres en edad fértil, en unión del país, sea considerable a mediados de este año. El total de mujeres en edad fértil y en unión, población objetivo del programa, ascendía en 1976 a 8,700,000 y para junio de 1979 a 9,650,000. El Sector Salud cubría al 110/o de ellas en diciembre de 1976; esta cobertura se amplió para junio de 1979 a 220/o. Si añadimos la contribución de los sectores privado y comercial a la total del sector público, la

cobertura ascendió de un 30o/o en diciembre de 1976 al 44o/o en junio de 1979.

Dos hechos resaltan: en primer lugar, que el número de usuarias activas dentro del Sector Salud ha crecido a una tasa del 31o/o anual desde diciembre de 1976, mientras que el grupo de mujeres en edad fértil en unión, lo ha hecho a un 3.4o/o desde entonces. Esto significa que el número de activas en el Sector Salud crece 9 veces más rápido que el grupo de mujeres que constituye la población a cubrir. Por otra parte, el Sector Salud cada vez contribuye de manera más importante a la cobertura total. En diciembre de 1976, el número de activas del Sector constituía el 36o/o de las activas totales. Para junio de 1979, éstas sumaban el 50o/o.

Adicionalmente, la cobertura ha aumentado más en las edades jóvenes, y en particular, en los grupos de edad de mayor fecundidad, como se expresa en el cambio de la cobertura desde 1976 hasta 1978. Visto de otra forma, la edad promedio de las usuarias ha descendido de 31.6 años en 1976 a 30.7 años en 1978.

Como se ha mencionado, una contribución importante la constituyen los servicios médicos de las clínicas extrasectoriales, como son las de la Comisión Federal de Electricidad, el Departamento del Distrito Federal, Ferrocarriles Nacionales, PEMEX, Secretarías de Comunicaciones y Transportes, de la Defensa Nacional, de Hacienda y Crédito Público y de Marina, así como de instituciones privadas como APROSAM y FEPAC. En total, durante 1977 y 1978 estos servicios contribuyeron con más de 150,000 usuarias nuevas a los programas.

Una situación que resalta el impacto producido por la cobertura lograda, es el hecho de que la proporción de métodos más efectivos que se utilizan en relación al uso total de métodos es bastante considerable. El 77o/o del uso de métodos a nivel nacional corresponde a las pastillas, los dispositivos intrauterinos, los métodos quirúrgicos y los inyectables. Un 6o/o utiliza métodos locales, y un 17o/o los métodos menos efectivos o tradicionales.

Es importante resaltar que la diferencia entre el uso de métodos más efectivos a nivel urbano y a nivel rural no es muy significativa, ya que a pesar de que el uso de este tipo de métodos asciende al 80o/o a nivel urbano, en área rural llega al 64o/o.

Conviene destacar que el 92o/o de las mujeres en edad fértil en unión conoce algún método anticonceptivo como lo expresa la Encuesta Nacional de Prevalencia. Esto demuestra la alta difusión lograda en lo relativo al uso de métodos anticonceptivos. Por otra parte, el 63o/o de las usuarias utilizan los métodos no para espaciar los nacimientos de sus hijos sino para limitar en

definitiva, es decir para terminar su procreación; en 1976, la proporción era del 57o/o.

En 1976, el 48o/o de las mujeres en riesgo de embarazo que no deseaban tener más hijos, usaban algún método anticonceptivo. Para 1978 este porcentaje se había elevado al 62o/o.

Todo esto ha generado dos tipos de impacto fundamentales. Por un lado, la reducción en el número de abortos expresada en el hecho de que las complicaciones de aborto tratadas por cada 10,000 derechohabientes en las instalaciones del IMSS y del ISSSTE disminuyeron de 35.5 en 1973 a 26.5 en 1978, lapso en el cual se ha venido desarrollando el Programa Nacional de Planificación Familiar. Esta disminución del 25o/o de las complicaciones de aborto tratadas por cada 10,000 derechohabientes en sólo 5 años es sumamente importante.

Por último, dentro de la trayectoria trazada con meta y con la cobertura encontrada, se ha estimado que la tasa de crecimiento demográfico se redujo del 3.2o/o en 1976 al 2.95o/o en 1978.

Es fundamental resaltar aquí la importancia que tiene el estar evaluando constantemente el desarrollo del programa Nacional de Planificación Familiar. De no ser por la especial atención que se ha puesto en obtener datos oportunos, completos y precisos, nos hubiéramos visto imposibilitados de llevar a cabo una adecuada planeación en los programas. El reto que presentan las diferentes metas a lograr y los recursos limitados con que el país cuenta para ello, exigen una evaluación permanente de las acciones para saber lo que se ha hecho, qué se ha logrado y qué se debe realizar en el futuro.

Esta presentación, en síntesis, nos da una idea de cuál ha sido la problemática, las metas para solucionarla, las dificultades encontradas, los recursos utilizados, los rendimientos logrados y el impacto producido en el Programa Nacional de Planificación Familiar.

No me resta sino formular votos por una mayor colaboración e intercambio de experiencias entre dos países hermanos como lo son Perú y México, en el establecimiento e implementación de sus respectivas políticas de población.

En países como los nuestros, ya no podemos darnos el lujo de planear para el futuro; debemos planear el futuro, en la medida de lo posible. Orientar nuestros esfuerzos de planeación del desarrollo —de por sí escasos— a la labor de prepararnos para el futuro, pronosticando en base al pasado, es ya insuficiente; debemos por principio trabajar en el diseño del futuro que consideramos deseable y del camino para lograrlo.

Se trata de impedir que suceda lo no deseable; no de prepararnos a enfrentarlo. Ya no es

tiempo de afrontar tendencias; es el momento de generar alternativas. Se trata de crear oportunidades, no sólo de aprovecharlas.

Planear el desarrollo de nuestros países implica, por tanto, hacer que el futuro deseable suceda. Implica orientar las decisiones actuales para lograrlo. Y en ese proceso, un programa de planificación familiar voluntario, derecho de la población y responsabilidad nuestra, constituye no un paliativo, sino la posibilidad de armonizar la población, territorio y recursos. En esa medida estaremos permitiendo la generación de oportunidades para un futuro mejor.

### **DR. RODOLFO GONZALES ENDERS**

**Profesor Principal de Obstetricia  
y Ginecología de la Universidad Peruana  
Cayetano Heredia**

#### **TEMA: Nivel de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar.**

Para discutir el tema que nos han propuesto debemos revisar algunos conceptos relevantes sobre la salud y factores condicionantes de ella que son aplicables a la salud Materno Infantil, para luego establecer la relación que existe entre ella y la planificación familiar, como medio preventivo que va a permitir mantener los mejores niveles de salud individual y colectiva.

Existe una definición de salud que es la emitida por la OMS. que se considera utópica, pero debemos admitir que ella involucra todos los factores que van a condicionar el nivel de salud y por lo tanto es bastante real, la dificultad de entenderla estriba en que nosotros definimos a la salud por medio de indicadores negativos, como son por ejemplo la morbilidad y mortalidad, mientras que dicha definición presenta a la salud en forma positiva, como el completo estado de bienestar físico, mental y social. Esto nos confunde ya que somos incapaces de medirla en esos términos. Pero cuando pensamos profundamente, especialmente cuando queremos actuar en forma preventiva éste enunciado teórico es el marco de referencia más importante que debemos seguir para realizar eficiente y eficazmente las acciones de salud.

Para determinar el nivel de salud o la situación de salud hasta que no tengamos mejores indicadores recurrimos a indicadores negativos tales como mortalidad, morbilidad, incapacidad, insatisfacción y ruptura social.

Determinando la magnitud de los indicadores negativos por contraposición establecemos la situación de salud de la comunidad o un país,

pero realmente ellos nos dicen muy poco acerca del nivel de salud de dichas poblaciones, menos aún de las personas que integran dichos grupos, ya que se tratan de medidas promediales o de hechos que han ocurrido a otras personas; pero al no tener mejores datos debemos aceptarlos y utilizarlos para programar y ejecutar las acciones de salud, especialmente mediante la aplicación de medidas de tipo preventivo.

Los factores condicionantes de la salud se reúnen en cuatro grupos que interactúan entre sí y cuya resultante es el proceso salud/enfermedad. Ellos son; la herencia, los factores socio-económicos y culturales, las actitudes y las acciones del sistema de atención de salud.

La intensidad con que actúan estos grupos de factores sobre el proceso salud/enfermedad ordenándolos por orden decreciente, sería en primer lugar los factores socioeconómicos seguido, por el factor actitudinal y de las acciones del sistema de atención de salud y por último el factor hereditario.

Si queremos modificar favorablemente la resultante, es decir incrementar el nivel de salud, debemos actuar sobre cada uno de ellos, pero para que las acciones sean más efectivas debemos hacerlo con mayor énfasis sobre aquellos que inciden con mayor intensidad en favor de la salud.

Para los profesionales de ciencia de la salud, es difícil entender como los factores socio-económicos y actitudinal son tan poderosos, felizmente día a día esto va siendo más aceptado, especialmente en los momentos en que el país se debate en una gran crisis económica y que los niveles de desnutrición van avanzando, ya se oye que estos profesionales empiezan a correlacionar el incremento de determinados daños, tales como la toxemia o la muerte de los niños menores de un año con los factores socioeconómicos y actitudinales.

Los servicios de atención de salud no ocupan el primer lugar como condicionantes del nivel de salud, pero pueden volverse mucho más efectivos si tuvieran en cuenta los otros factores antes mencionados y cambiaran su énfasis recuperativo por el preventivo-promocional, a la vez que intentaran actuar en conjunto especialmente con los factores socioeconómicos y actitudinales.

El factor hereditario si bien actúa en algunos casos generalmente lo hace con poca intensidad y por el momento es difícil poder alterarlo, por lo tanto debemos conocerlo y estar dispuesto a actuar sobre él.

El análisis que hemos hecho a grandes rasgos es sumamente importante para poder actuar integralmente sobre los factores que condicionan la salud materno infantil, que corre la misma suerte que los factores antes mencionados