

322
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE DERECHO

SEMINARIO DE SOCIOLOGIA GENERAL Y JURIDICA

"ESTUDIO SOCIO JURIDICO DE LA PATERNIDAD
RESPONSABLE, LA PLANIFICACION FAMILIAR Y EL CONTROL
DE LA NATALIDAD COMO UNA FORMA DE INTERACCION
ENTRE CONYUGES"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN DERECHO
P R E S E N T A :
SILVIA GARCIA SANCHEZ



FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1991



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 está 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.

I N D I C E

PAG.

INTRODUCCION.....	I
CAPITULO PRIMERO.	
1.- MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL.....	1
1.1.- PATERNIDAD RESPONSABLE.....	1
1.2.- PLANIFICACION FAMILIAR.....	9
1.2.1.- MANERAS DE PLANIFICAR UNA FAMILIA.....	12
1.2.2.- PAPEL DEL HOMBRE EN LA PLANIFICACION FAMILIAR.....	14
1.3.- CONTROL DE LA NATALIDAD.....	27
1.3.1.- METODOS ANTICONCEPTIVOS.....	33
CAPITULO SEGUNDO.	
2.- ANTECEDENTES HISTORICOS.....	40
2.1.- GENERALIDADES.....	40
2.2.- PAISES SUBDESARROLLADOS.....	47
2.3.- PAISES DESARROLLADOS.....	56
CAPITULO TERCERO.	
3.- MARCO JURIDICO.....	61
3.1.- PLAN NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR 1977 - 1982.....	62
3.2.- PROGRAMA INTERINSTITUCIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR 1983 - 1988.....	63
3.3.- SERVICIOS.....	65
3.4.- SECTOR PUBLICO.....	66

3.5.- SECTOR PRIVADO.....	67
3.6.- ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA SECRETARIA DE SALUD.....	68
3.6.1.- PLANEACION.....	69
3.6.2.- AMPLIACION DE LA OFERTA DE SERVICIOS.....	75
3.6.3.- AMPLIACION DE LA DEMANDA DE SERVICIOS.....	81
3.7.- RESULTADOS.....	83
3.8.- ESTRATEGIAS GENERALES 1989 - 1994.....	85

CAPITULO CUARTO.

4.- ESTUDIO SOCIO-JURIDICO DE LA PATERNIDAD RESPONSABLE, LA PLANIFICACION FAMILIAR Y EL CONTROL DE LA NATALI- DAD COMO FORMAS DE INTERACCION ENTRE LOS CONYUGES.....	90
4.1.- REPERCUSIONES.....	91
4.2.- LA AYUDA RECIPROCA ENTRE LOS CONYUGES, FORMAS- Y ANALISIS DE ESTAS.....	103
4.3.- ANALISIS SOCIOLOGICO.....	105
CONCLUSIONES.....	122
BIBLIOGRAFIA.	

INTRODUCCION.-

A través de la historia de la humanidad, el mundo no ha estado nunca tan consciente de la gravedad de los problemas demográficos que deberemos de resolver hacia fines de siglo, ello justifica, en efecto, la inquietud contemporánea ante los cambios que afectan a nuestro planeta.

Es necesaria la colaboración de toda la humanidad para que se llegue a establecer un equilibrio nuevo y más humano entre la vida y la muerte, tanto demógrafos, sociólogos, economistas e investigadores médicos, tienen que unir sus esfuerzos para que respetando los deseos de cada país con vista al aumento o disminución de la fecundidad permitan a los gobiernos el examen de las tendencias demográficas y las perspectivas futuras.

Hasta ahora, los gobiernos se han mostrado extraordinariamente renuentes a interferir en el derecho de la pareja, una vez casados, a determinar el tamaño de la familia y el espaciamiento de los hijos. Sin embargo, en la actualidad se reconoce que las medidas más positivas corresponden no sólo a las prerrogativas de los gobiernos, sino que también muchos gobiernos las consideran obligaciones desde el punto de la justicia social. Esas medidas se relacionan con el derecho de todos los padres a tener informa -

ción adecuada y a contar con servicios apropiados en la esfera de la planificación familiar, instrucción oportuna en materia demográfica y sexual para los jóvenes antes del matrimonio, servicios médicos efectivos para todas las madres durante el embarazo y para la maternidad.

La familia es el grupo social fundamental. Sus funciones incluyen la procreación y la crianza de los niños y, por lo tanto, proporciona continuidad y cambio de generación. Las fuerzas externas y los acontecimientos repercuten en la familia y la transforman. En consecuencia la familia constituye el punto de integración de los acontecimientos demográficos, sociales y económicos.

De esto se deduce la importancia de la interacción de los cónyuges, para que tanto ellos, como los hijos tengan una mejor calidad de vida y esto como consecuencia traerá mejores hombres para una mejor nación.

C A P I T U L O I

1.- MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL.

En este capítulo llevaremos a cabo una descripción de los aspectos que dan la estructura general del presente trabajo-recepcional.

1.1.- PATERNIDAD RESPONSABLE.

El ejercicio de las funciones sexuales, involucra el poder de la reproducción, que es una facultad extraordinaria del ser humano por cuanto significa la formación de la familia y la perpetuación de la especie. Sin embargo, un concepto avanzado de la civilización, es no considerar indefectiblemente ligado el acto sexual a la reproducción, pues engendrar hijos accidentalmente, sin límite, sin controlar su número, no tiene razón de ser en los momentos actuales. La reproducción consciente es el primer paso a la paternidad responsable, que implica cierta madurez mental y moral de la persona.

Al engendrar a los hijos hay que tener la plena conciencia de su significado que comprende una responsabilidad futura, pues, a los hijos habrá que cuidarlos, mantenerlos y educarlos.

Hay que pensar en la familia y las posibilidades eco -

nómicas con que cuenta para su sostenimiento decoroso.

El embarazo no deseado, por razones de salud, sentimental o económicas, es un accidente que muchas veces la mujer resuelve, provocándose abortos, con todas sus implicaciones morales y riesgos. Por eso conviene que acepte y utilice, los procedimientos anticonceptivos que la ciencia aconseja, que no son en verdad ofensivos a la moral si se tiene en cuenta sus motivaciones.

Para Julián Guitrón Fuentevilla, la paternidad responsable es "la conducta consciente y deliberada de los padres, conociendo su situación social, económica y cultural, para determinar el número de hijos que deben tener" (1)

Para asegurar el éxito de la planificación familiar en México, deben proporcionarse a todos los mexicanos, conocimientos sobre el control de la natalidad, educación sexual, paternidad y maternidad responsable, así como la manera de planificar la familia. Estos programas mejoran la estructura organizacional establecida, los procedimientos, el personal capacitado y las oportunidades de prestar asesoramiento sobre planificación de la familia, que proporcionan los servicios médicos exigentes. En los ambientes culturales donde las mujeres son reacias a pedir servicios de planificación familiar, o no quieren ser

(1) Guitrón Fuentevilla Julián. ¿Qué es el Derecho Familiar?. - Promociones Jurídicas y Culturales. Méx. 1987. 3a. edición. pág. 73.

vistas existiendo e dispensarios especiales, de información al respecto, debe hacerse un programa de integración de dichas funciones, para convencer a las madres de la necesidad de adquirir estos conocimientos, en bien de su familia.

Para algunos países, las ventajas de los programas de planificación familiar con orientación médica se derivan de la oportunidad de proporcionar otros servicios de la salud, al mismo tiempo que el asesoramiento y los servicios relativos a la planificación de la familia, entre los cuales se mencionan la educación sanitaria general, asesoramiento prenatal y postnatal, tratamiento de la subfertilidad y de la esterilidad y detección de enfermedades venéreas y de cáncer del cuello uterino.

En un número pequeño pero creciente de programas de educación e información se insta a los hombres a asumir más responsabilidad en materia de planificación familiar. En lugar de promover el uso de ciertos métodos anticonceptivos, los programas estimulan la paternidad responsable e incitan a los hombres a usar anticonceptivos o apoyar el uso de algún método por parte de sus esposas. Para ello se recurre a la comunicación interpersonal y a los medios de difusión. Algunos de estos proyectos se ocupan especialmente de los hombres jóvenes.

Los programas educativos destinados a los hombres se llevan a cabo en diversas formas. En algunos países los organismos estatales han tomado la iniciativa en este sentido. En Ja -

maica, por ejemplo, el Consejo Nacional de Planificación Familiar lanzó en 1982 el Programa de Responsabilidad del Hombre. Este programa se lleva a cabo sobre todo mediante conferencias y mesas redondas para hombres. También se celebran seminarios de motivación que duran un día. En 1985 habían asistido a las conferencias y demás actividades 5,000 hombres; 850 de ellos habían asistido a los seminarios de motivación mencionados y se había impartido capacitación a 120 voluntarios para que actuaran como educadores y organizaran pequeños seminarios en las comunidades y lugar de trabajo respectivo. El programa también preparó folletos para los participantes y facilitó carteles para colocar en los lugares de trabajo y otras partes. Asimismo, se emplean los medios de difusión para fomentar la responsabilidad masculina. En 1985 se lanzó, como parte del programa, una campaña específicamente dirigida a los jóvenes, que duró seis meses en los medios de difusión. La consigna de la campaña "Antes de ser padre, sé hombre", complementaba la de la campaña dirigida a las mujeres jóvenes, que decía "Antes de ser madre, sé mujer". La frase se difundió a través de la radio, avisos en la prensa y etiquetas impresas para colocar en los automóviles con el propósito de exhortar a los hombres a comportarse en forma responsable con las mujeres y a asumir la responsabilidad que les corresponde con respecto a los hijos.

En Mauritania, el Ministerio de Salud y Asuntos Sociales ha organizado una escuela para padres como parte de un proyecto de salud de la familia. La escuela comenzó a funcionar en

1981 y tiene como objetivo sensibilizar a los hombres con respecto a los problemas de salud de las mujeres y a la planificación familiar. Los padres se reúnen una vez por mes para hablar sobre los diversos problemas que afectan a los niños y a las mujeres.

En Dominicana (1983 - 1984) en un proyecto de investigación se comprobó que los hombres están dispuestos asistir a clases de planificación familiar y cuestiones afines. Un promotor especializado recorría comunidades urbanas y rurales para hablar con los hombres y distribuir condones.

La mayor parte de las actividades educativas para hombres han sido organizadas por instituciones privadas, generalmente por asociaciones de planificación familiar. En 1979 por ejemplo, un capítulo de la Organización de Planificación Familiar de las Filipinas comenzó a dictar una clase para padres de educación para la vida familiar. En 1986 la Asociación de Planificación Familiar de Mauricio celebró dos seminarios de un día de duración y dio seis charlas de medio día de duración para hombres a fin de informarles sobre la planificación familiar e incitarles a que ellos usarán métodos masculinos. Además varias asociaciones están desarrollando actividades educativas dirigidas a los hombres en el lugar de trabajo.

*En Estados Unidos funcionan varios proyectos de extensión educativa para hombres jóvenes. En Chicago el Centro Familiar para Adolescentes del Rush-Presbyterian St. Luke's Medical-

Center inauguró en diciembre de 1984 un programa para adolescentes varones a fin de complementar el programa dedicado primordialmente a las mujeres jóvenes. El programa para hombres tiene tres objetivos: enseñar a los hombres jóvenes las consecuencias del embarazo de las adolescentes, enseñarles cómo prevenir el embarazo y ayudar a los que ya son padres a que asuman sus nuevas responsabilidades. Entre septiembre de 1985 y septiembre de 1986 participaron en el programa 1,500 hombres jóvenes.

"Los proyectos de extensión de América Latina también se ocupan de las necesidades especiales de los jóvenes de ambos sexos. Así por ejemplo, el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA) de México es un programa de servicios múltiples que ofrece a los jóvenes actividades recreativas, orientación, adiestramiento para empleo, educación sexual y servicios médicos. Consejeros de la misma edad que los jóvenes ayudan a éstos a desarrollar una actitud responsable en sus relaciones con el sexo femenino. Estos consejeros establecen contacto con otros en centros de deportes, escuelas, campos de juego y otros lugares de reunión de jóvenes. El programa se lleva a cabo a través de dos centros situados en la Ciudad de México y uno en Tamaulipas." (2)

En un proyecto de investigación de operaciones en mar-

(2) Population Reports. Traducción. Estados Unidos de Norteamérica. 1986. págs. 141 y 142.

cha en Monterrey, México, Prosuperación Familiar Neoleonesa des cubrió después de nueve meses de estudio que los jóvenes trabajadores voluntarios de los servicios de extensión, supervisados por un consejero comunitario, habían instado a asistir a los cursos de educación sexual a un mayor número de jóvenes que los Centros Integrados de la Juventud donde se ofrecen servicios múltiples. Actualmente se están estableciendo programas parecidos en otras localidades a lo largo de la frontera norte de México.

*La Asociación de Planificación Familiar de Hong Kong, por ejemplo, se pone en contacto con los jóvenes en los registros civiles, ofrecen exámenes médicos premaritales. En Filipinas existe un reglamento por el cual todas las parejas deben asistir a una clase especial antes de obtener la licencia matrimonial a fin de que los jóvenes tengan idea de lo que significa la paternidad responsable antes de contraer matrimonio.

El Programa de Educación en Materia de Población de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) ha sido durante más de un decenio un importante promotor de los programas educativos en los lugares de trabajo. Actualmente financia o da apoyo a más de 70 proyectos en más de 30 países en desarrollo tan diversas como Bangladesh, Jamaica y Sudán. Muchos de los proyectos se llevan a cabo directamente con las compañías y se concentran en el bienestar de la familia del trabajador y en la economía familiar. En el lugar de trabajo los obreros reciben instrucción sobre la relación entre los recursos y el número de hijos. Se

fomenta la planificación familiar, sobre todo para el espacio -
miento de los hijos a fin de que los trabajadores puedan aten -
der a los hijos que ya tienen en forma adecuada. En su mayoría,
estos proyectos no ofrecen servicios de planificación familiar.
Como el éxito de estos proyectos depende del apoyo y la parti -
cipación de los dirigentes superiores de los sindicatos y de la
cooperación de la administración de las empresas, generalmente -
existen comités conjuntos obrero-patronales para coordinar las -
actividades.

El personal técnico de la OIT ayuda a las organizacio -
nes de sindicatos y empleadores a iniciar programas para los --
trabajadores. En Bangladesh, Filipinas, Hong Kong y Sri Lanka hay
organizaciones con ayuda de la OIT. En cada uno de los países -
funciona ahora una división de educación en la oficina de la fe -
deración nacional de empleadores. La oficina insta a los socios
de la federación a introducir en la planta o fábrica activida -
des de educación para el bienestar de la familia.

El programa de la OIT también ha introducido en va -
rios países como Bangladesh, Jamaica, Jordania y Zambia planes -
de educación en materia de población en los planes de estudio -
de los cursos de capacitación vocacional. De esta manera los . -
estudiantes aprenden cuestiones relativas al bienestar de la fa -
milia además de aprender nuevas técnicas laborales." (3)

(3) Population Reports. op. cit. págs. 142 y 143.

Estos programas para hombres sugieren que se ha dado un paso muy importante al conseguir la participación más activa del hombre en la planificación familiar. Pero todavía hay que intensificar los esfuerzos. Con más encuestas sobre los hombres y una mayor evaluación de los proyectos existentes se obtendrá información valiosa para la orientación de los futuros programas.

Como los programas de planificación familiar han descuidado a los hombres por tanto tiempo, hay urgente necesidad de poner en práctica una gran variedad de proyectos para llegar al hombre en su lugar de trabajo, en la comunidad y en los centros de atención de la salud. A la larga, sin embargo, los programas de planificación familiar más eficaces serán aquellos que atienden las necesidades tanto de la mujer como del hombre, no solo individualmente sino también en forma conjunta, en su condición de pareja, reconociéndose así que la planificación familiar es responsabilidad mutua.

1.2.- PLANIFICACION FAMILIAR.

Se debe entender como aquella determinación deliberada y consciente de una pareja, la cual en pleno ejercicio de sus derechos y libertades, así como atendiendo a sus propias aspiraciones, metas y recursos, decide cuándo y cuántos hijos quiere tener.

Significa igualmente la promoción general de la familia y la decisión de escoger los mejores caminos hacia niveles superiores de educación y de la salud.

Julián Guitrón Fuentesvilla, la define como una "concepción clara y actitud consciente sobre el número de hijos que se deben tener, de acuerdo al intervalo genésico, fundados en el conocimiento de las técnicas y métodos anticonceptivos". (4)

La planeación familiar pretende desarrollar de una manera consciente la responsabilidad del jefe de familia, para tener los hijos de acuerdo con sus posibilidades, así vemos que el concepto de planeación familiar significa tener los hijos deseados, de acuerdo con nuestras posibilidades y en las condiciones óptimas de la vida.

En el mundo moderno que vivimos, existe la obligación moral de cada jefe de familia de preguntarse hasta que punto debe procrear y esto en primer lugar, por que debe de hacerlo de acuerdo con sus recursos, y en segundo término, de acuerdo con las posibilidades de la nación.

Considerando el caso de las familias humildes, los familiares del pueblo que tienen necesidad de acogerse a los pro-

(4) Guitrón Fuentesvilla Julián. op. cit. pág. 72.

gramas de educación pública, servicios de protección a la infancia y servicios de ayuda social en general.

"Los tres factores: la familia, los hijos y la nación, juegan un papel preponderante en la planeación familiar.

La familia: ella es la primera que sufre las consecuencias de la superabundancia de prole, la pobreza y la miseria son la resultante.

Los hijos: si son muchos, todos pierden en atención y cuidados, la educación misma y la preparación se resiente. A menudo los mayores son sacrificados por llevar a buen término la educación elemental de los menores, o al contrario, los menores se sacrifican por dar una preparación esmerada a los dos o tres mayores.

La nación: no puede indefinidamente emplear todos sus recursos en servicios sociales, desayunos, instituciones de protección a la infancia, escuelas y más escuelas sin poder dar alcance a la sobre población infantil anual, cada año siguen - siendo los mismos rechazadas, no obstante los nuevos planteles que se levantan por todas partes. Los gobiernos más honrados se ven desbordados y el presupuesto se agota dejando poco margen a los otros programas para el desarrollo general del país." (5)

(5) Enciclopedia de la vida sexual. Traducción. Editores Argos Vergara. Barcelona España. Tomo V., pág. 73.

Ahora bien, para que el hombre aprenda o sienta la obligación moral de planificar su familia, es necesario educarlo y darle la orientación al respecto. La inmensa mayoría ni siquiera lo han pensado porque creen que no existe tal posibilidad, "así me toco que quiere usted que haga" es la única respuesta que escuchamos, es muy corta pero indica mucho, indica ignorancia, dejadez, descuido, desinterés, y al final de cuentas, irresponsabilidad por falta de preparación.

1.2.1.- MANERAS DE PLANIFICAR UNA FAMILIA.

Existen dos maneras de planificar una familia. La primera por convicción, consciente y razonada, basándose en el concepto de la paternidad responsable, desarrollada a través de la educación, de la cultura y del cumplimiento de los preceptos religiosos, que por cierto han evolucionado en los últimos tiempos.

La segunda manera de planificar una familia, se realiza a través de una orientación bien proyectada, cuya acción puede llegar a los que tienen una instrucción rudimentaria o elemental, pero que debe llegar igualmente a los ignorantes y a los que no saben leer.

La planeación familiar no podemos considerarla como el privilegio de unos cuantos; como el privilegio de los ricos o de los instruidos, debe alcanzar y con más urgencia a los

humildes y a los desamparados." (6)

Una de las aspiraciones que engloba la planificación familiar son entre otros aspectos el progreso alcanzado por las ciencias médicas, tanto en lo referente a amplitud y profundidad de conocimiento, como a la tecnología lograda por sus distintas ramas, aunado al gran desarrollo de las ciencias sociales, han cambiado radicalmente los objetivos de todos los que de una y otra manera se dedican a trabajar para la salud.

El hombre desempeña un importante papel en la planificación familiar. Este hecho tan obvio pero a menudo olvidado recibe ahora renovada atención en los programas de planificación familiar. Prescindiendo de cuál de los cónyuges utiliza en la práctica un método anticonceptivo, la opinión del hombre suele tener mucho peso en las decisiones relativas a la procreación y la planificación de la familia. Aunque los elementos de juicio son limitados, al parecer, una vez que disponen de la información y los medios necesarios, muchos hombres asumen la responsabilidad de la planificación familiar. Se sabe que un tercio de las parejas usuarias de medios anticonceptivos se valen de un método utilizado por el hombre -condones, vasectomía, o retiro- o de la abstinencia periódica, métodos que requieren la plena cooperación del hombre.

(6) Giraldo Neira, Octavio. Explorando las sexualidades humanas. Editorial Trillas. Méx. 1983, 2da. edición. pág. 88.

1.2.2.- PAPEL DEL HOMBRE EN LA PLANIFICACION FAMILIAR.

En la mayor parte de las sociedades el hombre es generalmente el principal encargado de tomar decisiones, y se espera que la mujer las respete. Las normas culturales varían, naturalmente, pero por lo general la condición de dependencia económica en que viven las mujeres respecto del marido le confiere a éste gran influencia en las decisiones familiares más importantes.

Este papel dominante del hombre suele extenderse al comportamiento de la pareja con respecto a la procreación. La opinión del hombre es muy importante en las decisiones que se toman acerca del tamaño de la familia y la práctica de la planificación familiar. "En varios estudios de países tan diversos como Estados Unidos, Hong Kong, Indonesia, México, Nigeria, Sudáfrica y Tailandia se ha encontrado que la actitud del compañero influye en la decisión de la mujer de recurrir o no a la planificación familiar. Tanto en estudios realizados en México como en Sudáfrica la razón que la mujer dio más a menudo para practicar o no la planificación familiar era la actitud del marido. En Nigeria, en un grupo de estudiantes casadas, de cada cinco que no utilizaban un método anticonceptivo moderno, una de ellas manifestó que la razón para ello estaba en que su marido se oponía. En Indonesia, las investigaciones de enfoque de grupo indican que la influencia del marido en la aplicación de la planificación familiar es fuerte, especialmente al principio del matrimonio. De modo que aunque la mujer esté en favor de la planificación familiar, quizá no tome la iniciativa.

va de emplear un anticonceptivo sin el consentimiento del marido. En muchos países la legislación o las directrices de los programas le impiden a la mujer obtener servicios de planificación familiar sin el consentimiento del marido.

El hombre también puede influir en la duración del uso de anticonceptivos por su compañera. En proyectos de planificación familiar a fines de los años sesenta y de los setenta en que participaron hombres y mujeres se descubrió que el hombre puede contribuir a que el uso sea más prolongado. Por ejemplo, en un programa de educación en planificación familiar de Turquía, cuando el marido y la mujer recibieron información, la tasa de continuación después de dos años alcanzó el 92 %, en comparación con el 86 % cuando sólo las esposas recibían información. En Irán, cuando a finales de los años sesenta la mujer que pedía anticonceptivos orales por primera vez concurría al dispensario con el marido y a éste se le pedía que se fijera si la mujer tomaba las píldoras, la tasa de continuación a los seis meses era del 93 %. Esta cifra contrasta con una tasa de continuación del 12 % cuando las mujeres acudieron solas. Viceversa, en lugares tan diferentes como el estado de Luisiana, en Estados Unidos, Filipinas y Jamaica, se desprende de varios estudios que la desaprobación activa de los maridos llevó a que las mujeres abandonaran la planificación familiar. En Filipinas sólo la mitad de las mujeres cuyos maridos trataban de desalentarlas practicaban la anticoncepción después de un año, en comparación -

con el 72 % de las demás mujeres." (7)

¿Están los hombres en favor de la planificación familiar?, ¿cuál es la actitud de los hombres hacia la planificación familiar?, En el pasado, casi todas las encuestas sobre fecundidad se han ocupado de las mujeres. Ahora se realizan más encuestas en las que también se les pregunta a los hombres sobre su actitud hacia la planificación familiar, los conocimientos que tienen y el uso de métodos anticonceptivos.

Las encuestas de prevalencia del uso de anticonceptivos en una muestra de hombres caribeños realizada a principios de los años ochenta, más los pequeños estudios realizados anteriormente en la India, otros países del Caribe, América Latina y Estados Unidos, están entre las escasas encuestas realizadas acerca de la actitud de los hombres hacia la planificación familiar. Aunque no muy extensas, indican que muchos hombres apoyan la planificación de la familia. En estos estudios, del 65 % a más del 90 % de los encuestados expresaron su aprobación.

Si los hombres tienden más que las mujeres a aprobar la planificación familiar parece variar. En varias encue

(7) Population Reports. Traducción. Estados Unidos de Norte América. 1986. pág. 123 a 125.

tas realizadas en Japón e India en los años cincuenta y sesenta se obtuvieron tasas de aprobación algo más altas entre los hombres. En las encuestas llevadas a cabo en India, Trinidad y Tobago a mediados de los años setenta se registraron tasas más altas entre las mujeres. Sin embargo, en todos los casos la diferencia entre uno y otro grupo era muy pequeña.

Aunque en su mayoría los hombres se manifiestan en favor de la planificación familiar, algunos se oponen a ella por diversas razones, hay quienes temen que les quite autoridad como jefes de familia o que contribuya a fomentar la infidelidad en las esposas. Algunos temen que los anticonceptivos produzcan efectos perjudiciales. Otros se oponen por motivos religiosos. Otros pueden querer tener muchos hijos para demostrar su virilidad y gozar de más prestigio en la comunidad.

Sin embargo, en la mayor parte de las regiones existen pocos indicios de que la oposición masculina represente un importante obstáculo para la planificación familiar. Entre las mujeres de Corea del Sur, Tailandia, Túnez y varios países de América Latina y el Caribe a quienes se les preguntó cuál era el motivo principal de que no practicaran la anticoncepción, muy pocas citaron la oposición del marido. Aun en África, donde se considera que la oposición masculina a la planificación familiar es fuerte, las últimas encuestas muestran que la actitud está cambiando y que muchos hombres están ahora en favor de ella, sobre todo para el espaciamiento de

los nacimientos. En 1971-1973 una encuesta nacional llevada a cabo en Nigeria reveló que sólo una cuarta parte de los hombres estaban de acuerdo con la planificación familiar. En 1982, sin embargo, una pequeña encuesta realizada en Lagos, Nigeria, demostró que el 79 % de los nombres apoyaba la planificación familiar para el espaciamento de los hijos, y el 65 % lo aprobaba para limitar el tamaño de la familia. De manera similar, en una encuesta entre hombres de raza negra realizada en 1970 en Sudáfrica, más de la mitad de ellos expresaron su desaprobación. Contrasta con esta encuesta la realizada en 1976, en la que se encontró que sólo el 18 % de los nombres se oponía definitivamente a la planificación familiar. Un 57 % favorecía el uso de anticonceptivos. En Jartum, Sudán, el 81 % de los hombres encuestados en 1982 aprobaban el espaciamento de los hijos. Sin embargo, sólo un 29 % estaba en favor de su empleo para limitar el tamaño de la familia. En Kenya, el 81 % de los maridos encuestados en 1985 manifestaron que estaban dispuestos a apoyar a sus mujeres en la práctica de la planificación familiar.

Entre los hombres de Ouagadougou, en Burkina Faso, que no la practicaban cuando se les encuestó en 1986, el 61 % de los que nunca habían practicado la planificación familiar o que anteriormente habían empleado un método tradicional dijeron que tenían intención de recurrir a un método moderno. Lo mismo manifestó un 71 % de los que anteriormente habían

empleado un método moderno. La falta de información, más bien que la oposición a la planificación familiar, resultó ser la razón principal de que no se empleara un método moderno. Tres cuartas partes de los jóvenes de Monrovia, Liberia, y según el nivel de instrucción, entre el 44 % y el 87 % de los jóvenes de Ibadán, en Nigeria, estaban en favor de prácticas anticonceptivas en el caso de jóvenes sexualmente activos. En ambos países estas respuestas fueron semejantes a las de las mujeres jóvenes.

"La falta de comunicación entre marido y mujer puede ser para la planificación familiar un obstáculo mayor que la oposición masculina. Las parejas que hablan acerca del número de hijos que quieren y de la planificación familiar muestran más tendencias a practicar la anticoncepción y a alcanzar sus objetivos en este sentido que las que no intercambian ideas al respecto. Varios estudios, en su mayoría llevados a cabo en los años sesenta y setenta, indican que muchos maridos y mujeres no tratan las cuestiones sexuales o relativas a la planificación familiar. Sin embargo, puede que esta situación esté cambiando. Así, por ejemplo, en una encuesta nacional realizada en 1970 en la India, sólo el 19 % de los cónyuges dijeron que hablaban sobre la planificación familiar, pero en 1980 la cifra había ascendido al 35 % ." (8)

(8) Population Reports. op. cit. pág. 127.

Sólo en unas pocas encuestas se ha formulado esta pregunta, pero los resultados indican que muchos hombres desean compartir la responsabilidad por las decisiones tomadas sobre la planificación familiar. En la encuesta de prevalencia del uso de anticonceptivos de 1984, en la República Dominicana, por ejemplo, el 37 % de los hombres dijeron que los cónyuges deben compartir la responsabilidad de la planificación familiar. Más del 60 % de los hombres con educación básica universitaria opinaron así. Ahora bien, de todos los hombres, el 43 % pensaba que la planificación de la familia era responsabilidad del hombre solamente. Alrededor del 19 % juzgó que era responsabilidad de la mujer. En Dominicana los hombres manifestaron opiniones semejantes. En Barbados y San Cristóbal y Nieves un porcentaje algo mayor - el 47 % y el 41 %, respectivamente - pensaba que la planificación de la familia es una responsabilidad conjunta.

En una encuesta realizada en Estados Unidos en -- 1978, cerca de las tres cuartas partes de los hombres adultos y más de la mitad de los adolescentes varones entrevistados opinaron que la planificación familiar debe ser una responsabilidad conjunta. A lo largo de la frontera entre México y Estados Unidos la mayoría de las mujeres que practicaban la planificación familiar declararon en 1979 que la decisión a ese respecto había sido tomada junto con sus maridos. En encuestas semejantes realizadas en Corea del Sur, Fidji, India, Irán y México a fines de los años setenta, la-

mayoría de los hombres de esos cinco países dijeron que --
ambos cónyuges habían decidido juntos cuántos hijos tener y
qué método anticonceptivo usar. Del 50 % al 86 % de los -
hombres dijeron además que estaban dispuestos a usar ellos-
un anticonceptivo, ya sea todo el tiempo o alternándose con
sus esposas. Otros estudios indican que aunque muchos - -
hombres consideran que la adopción de decisiones es una res-
ponsabilidad conjunta, prefieren que sea la mujer quien, -
en la práctica, use el anticonceptivo.

No existen indicios de que los hombres deseen te-
ner más hijos que las mujeres. Sólo en dos encuestas nacio-
nales se ha comparado la dimensión de la familia deseada -
por los hombres y la deseada por las mujeres: la encuesta -
de fecundidad de Tailandia en 1975 y la encuesta egipcia de
fecundidad de 1980, en ambas se encontró muy poca diferen-
cia. En Tailandia los maridos deseaban un promedio de 3.9 -
hijos, mientras las esposas querían 3.7 . En Egipto tanto -
los maridos como las esposas deseaban apenas más de cuatro-
hijos.

En la República Dominicana la pregunta se formu-
ló de distinta manera, pero los resultados fueron semejan-
tes. En la encuesta de prevalencia del uso de anticoncep-
tivos entre las mujeres de 1983 - 1984 y en la encuesta de
hombres de 1984, se les preguntó a los entrevistados si -
querían tener otro hijo, en general sólo un número leve -

mente mayor de hombres que de mujeres deseaban otro hijo. Sin embargo, muchas mujeres pensaban erróneamente que sus maridos deseaban otro hijo. En su mayoría, hombres y mujeres querían tener en total dos o tres hijos.

En Barbados, Dominicana, San Cristóbal y Nieves -- los hombres también quieren familias pequeñas, entre 2.1 y 3.1 hijos en promedio. Estas cifras se aproximan a las que los hombres consideran ideales, pero están por debajo del número que ellos prevén que realmente han de tener.

Este resultado - el número ideal mucho menor que el previsto, y el número deseado aún menor - es habitual en las encuestas de mujeres en las que se formulan las mismas preguntas.

"En general, estos datos - más la información de estudios anteriores, casi todos ellos en menor escala, realizados en Estados Unidos, Ghana, Filipinas, Hong Kong, Kenya - Nigeria y otros lugares - indican que las diferencias entre la dimensión media de la familia deseada por los hombres y la deseada por las mujeres dentro del mismo país son pequeñas. La diferencia entre los países y entre los distintos grupos socioeconómicos de un mismo país son más grandes. Hombres y mujeres por igual suelen expresar preferencias por más hijos varones que mujeres." (9)

(9) Population Reports. op. cit. pág. 131.

En sesiones de grupos de enfoque realizadas en Mé-
xico, tanto los hombres como las mujeres estuvieron a favor-
en principio de la familia pequeña, teniendo en cuenta espe-
cialmente el bienestar de los hijos y la salud de la mujer.
Pero desde el punto de vista personal o emocional, los - -
hombres manifestaron sentimientos ambivalentes. Tendían, por
ejemplo, a considerar signos de virilidad el hecho de tener
muchos hijos, tenían más respeto por las mujeres con fami -
lias numerosas y pensaban que las mujeres con pocos hijos no
eran buenas esposas. En definitiva, mientras las mujeres ten-
dían a preferir para sí mismas una familia pequeña, los - -
hombres tendían con más frecuencia a preferir para sí mismos
una familia numerosa. Sin embargo, en una encuesta en mayor-
escala que formó parte del mismo estudio se encontró que só-
lo el 14 % de los hombres concordaba en que el hombre gene -
ralmente quiere más hijos que su mujer, mientras que el 17 %
de ellos declaró que generalmente querían menos.

No cabe duda de que las consideraciones económicas
influyen en las opiniones y decisiones de la pareja respecto
de la dimensión que ha de tener la familia, y no existe una-
razón económica por la que los hombres deseen más hijos que-
las mujeres. Muchos hombres y mujeres de países en desarro -
llo todavía esperan recibir algún beneficio económico de los
hijos, y ven en ellos una fuente de seguridad para la vejez.
Pero es probable que esta manera de pensar esté más arraiga-
da en la mujer que en el hombre, ya que aquella tiene gene -

ralmente menor oportunidad de devengar ingresos que el hombre, y suele sobrevivir al marido. Quizá más importante aún, en numerosas sociedades la responsabilidad financiera de criar a los hijos recae sobre todo en el hombre.

En estudios de aldeas en la India a fines de los años sesenta y de los setenta se encontró que los hombres estaban al tanto de lo que cuesta criar un hijo desde el punto de vista económico, y que los beneficios económicos tenían menos importancia para ellos que las esposas. De manera similar, en la encuesta de fecundidad de Tailandia de 1975, el 35 % de los maridos no consideraban que una familia pequeña acarrearía desventajas, mientras que menos del 5 % no creía que les trajera ventaja alguna. Con respecto a la familia numerosas, en cambio menos del 4 % de los maridos no encontraba desventaja alguna en ella, mientras que el 21 % no veía, en cambio, qué ventaja podía tener. En los países en desarrollo criar un hijo todavía cuesta menos que en los países industrializados, mucho menos que, por ejemplo, en los Estados Unidos donde se estima que a una familia de clase media con dos hijos le costará 99,000 dólares de EE. UU. a los precios de 1987 criar un hijo hasta los 18 años.

Por otra parte, la carga financiera que esto significa está aumentando en todas partes. Junto con el rápido desarrollo socioeconómico que experimentan muchas socieda -

des, la gente tiene aspiraciones crecientes respecto de sus hijos. Los padres desean para éstos más años de estudios y mejor atención médica. Estas aspiraciones sirven de fuerte estímulo financiero para que los hombres traten de limitar el tamaño de la familia.

La mayoría de los hombres conocen la planificación familiar, al menos en las pocas regiones estudiadas. En la encuesta de prevalencia del uso de anticonceptivos entre hombres de la República Dominicana, el 90 % de los hombres en unión podrían identificar por lo menos un método de planificación familiar, mientras Barbados, Dominica y San Cristobal y Nieves del 79 % al 80 % de los hombres entrevistados estaban familiarizados con los métodos de planificación familiar en general. En la encuesta egipcia de fecundidad de 1980, el 89 % de los maridos conocían como mínimo un método moderno de planificación familiar. También se han obtenido tasas tan elevadas como ésta en encuestas de hombres de Corea del Sur; Ciudad Trujillo, en Perú, y Estados Unidos, en cuatro países, del Caribe, Burkina Faso, Tailandia y Egipto, el conocimiento que tenían tanto hombres como mujeres acerca de métodos anticonceptivos específicos variaba considerablemente. En general, había más hombres que conocían los métodos masculinos y más mujeres, que conocían los femeninos. En Burkina Faso sin embargo, se registraron más hombres que mujeres que conocían tanto métodos masculinos como femeninos, aunque los hombres que conocían métodos más

culinos eran más numerosos que los que conocían los femeninos. También en pequeñas encuestas realizadas recientemente en Lagos, Nigeria, los hombres estaban más enterados de los métodos masculinos que de los femeninos. En un grupo, más del 90 % de los encuestados habían oído hablar del condón, el 75 % del coito interrumpido (retiro), y el 59 % de los anticonceptivos orales.

En solo pocas encuestas se registraron más hombres que conocían métodos femeninos que masculinos. En una encuesta realizada en 1982 en Jartum, Sudán, el 88 % conocían los anticonceptivos orales, pero sólo la mitad de los encuestados conocían el condón o el coito interrumpido. Sólo un hombre de cada cuatro había oído hablar de vasectomía. También en Sudáfrica, en 1979, los maridos que conocían los anticonceptivos orales, los DIU y los inyectables eran más numerosos que los que conocían el condón. Estos datos probablemente reflejen en parte el acceso limitado de los hombres de esos países a métodos masculinos.

"El conocimiento que se tenga de los métodos anticonceptivos es de escasa utilidad a menos de que los hombres sepan realmente dónde obtener servicios o productos. En las cuatro encuestas del Caribe se les pidió a los hombres que nombraran fuentes de servicios y de productos de planificación familiar. En Dominica casi la mitad de los encuestados no conocían ninguna. En Barbados y San Cristóbal y Nieves la

cuerta parte de los hombres no conocían ninguna fuente de este tipo. (Las respuestas a esta pregunta en la República Dominicana todavía no se han tabulado.) Si bien se trata de datos limitados, son una indicación de que los programas para - - hombres deben darles a conocer no sólo información y métodos, sino también dónde pueden conseguir los productos y servicios." (10)

1.3.- CONTROL DE LA NATALIDAD.

En la actualidad, la población mundial crece a una velocidad que duplicará el número de los habitantes del mundo cada 35 años. Nunca ha sido tan rápido el índice de crecimiento, y no hay precedente que indique cuánto puede durar ni a dónde puede conducirnos.

"Julián Guitrón Fuentevilla, define el control de la natalidad como la limitación del número de hijos en una familia, a través del conocimiento y aplicación de las técnicas y métodos anticonceptivos, los cuales intencional y deliberadamente evitan y previenen la concepción." (11)

En el mundo en general los programas del control de la natalidad, se encuentra con obstáculos de diversa índole, no obstante consideramos que los más abocados para re -

(10) Population Reports. op. cit. pág. 133.

(11) Guitrón Fuentevilla, Julián. op. cit. pág. 73.

solver la situación de la explosión demográfica, son entre -
otros los sacerdotes y los médicos.

Entre la población en general, existe falta de con
ciencia por parte de las parejas, toda vez que crecen de ma-
nera absurda sin tomar en consideración que de acuerdo a lo-
predicho por Maltus, la población crece geométricamente y -
la producción lo hace de manera aritmética.

Es decir que el obstáculo inicial en todo caso se-
ría la indiferencia de los habitantes del planeta para ente-
rarse sobre los efectos reales del crecimiento irracional -
de la población. Asimismo otro obstáculo lo pone el gobier-
no, cuando demagógicamente apoya a los habitantes de menores
recursos con una serie de programas que les permiten subsis-
tir sin la menor preocupación ni el esfuerzo que debe poner
cada uno de los que constituyen la familia.

Los comerciantes con su tendencia a generar el --
consumismo también aumentan la inclinación al crecimiento -
desmesurado de la población, toda vez que entre mayor creci-
miento haya en las familias, mejores serán las posibilidades
de éxito en su actividad.

El crecimiento demográfico mundial es totalmente -
el resultado del aumento natural: el exceso de nacimientos -
en relación con el de muertes. En cualquier subdivisión del-

mundo otro factor es la diferencia entre la inmigración y la emigración.

La explosión demográfica es en general, el resultado de grandes descensos de la proporción de muertes junto con el continuo ascenso de la de nacimientos. Cuando la mortalidad empezó a declinar, como sucedió en Europa durante -- los siglos XVIII y XIX, y en la población restante en el XX, más y más niños sobrevivieron hasta llegar a la edad adulta y a su vez tuvieron más hijos.

Entre los europeos y los pueblos de origen europeo la mortalidad bajó en una forma bastante lenta, transcurrieron muchas décadas antes de que descendiera de las elevadas cifras de 30.5 por 1000 al 15 - 20 por 1000, característico actualmente de la mayoría de los países poco desarrollados.

"Las poblaciones de origen europeo y más recientemente Japón han completado ampliamente lo que los especialistas llaman la transición demográfica. La natalidad ha bajado de las cifras altas de 30 a 40 o más nacimientos por cada mil habitantes a menos de 20 por 1000. Con la mortalidad en estas poblaciones ha bajado hasta el nivel de 10 por 1000, - la proporción anual de aumento de población es de 1 % o menos, en contraste con el 2 a 3.5 por % de los países poco desarrollados.

La gran reducción de la mortalidad no llegó a las -
dos terceras partes de la humanidad de las naciones poco de-
sarrolladas de Asia, Iberoamérica y Africa, hasta después de
la Segunda Guerra Mundial. En general, la natalidad se ha -
mantenido elevada con el resultado de que estas zonas están -
presentando proporciones más elevadas de aumento natural de-
las que antes caracterizaron a los países hoy adelantados. -
La América Latina, la región continental cuya población au -
menta a mayor velocidad, - al tres por ciento anual - habrá
doblado su población en más o menos 23 años.

El promedio de vida que se esperaba al nacer (vi -
da probable) para la población de la India en 1910 era de -
unos 22 años, quizá no muy diferente de lo que había sido du -
rante los anteriores 2000 años. Para los países desarrolla -
dos de Africa, Asia e Iberoamérica, en conjunto, la vida -
probable en la década de los veinte era quizá menor de 35 -
años, es decir, más baja que en 1940 en Europa Occidental, -
Canadá y los Estados Unidos. Un ascenso extremadamente rápi -
do el promedio de vida y un descenso correspondiente a la -
mortalidad se presentaron en las dos décadas que siguieron a
la Segunda Guerra Mundial y continúa todavía, aunque a menor
rapidez." (12).

Las razones de este cambio notorio no se ha aclara

(12) Kenneth, Davis. Population Scientific. New York 1969 -
pág. 201.

do completamente. Desde luego, una de ellas fue el control - extenso y la casi total erradicación del paludismo y de otras enfermedades transmitidas por insectos. Además contribuyeron el empleo general de vacunas y medicinas modernas en las zonas rurales de los países menos desarrollados y las condiciones mejores de abastecimiento de agua y de higiene personal. Todas estas medidas públicas sanitarias, producto de la tecnología moderna, son relativamente poco caras y fáciles de utilizar en ausencia de un adelanto grande de las condiciones económicas. Pero la mejor alimentación, como resultado de una mayor abundancia y mejor distribución de los alimentos -- y algún ascenso en los ingresos per cápita, probablemente -- también ha constituido factores importantes en muchas regiones. El hambre a escala general tampoco se ha presentado o ha sido poco frecuente debido al adelanto en los transportes y comunicaciones y a una mayor preocupación por el bienestar de los países pobres en las naciones en que hay exceso de alimentos. Se ha discutido también la posibilidad de que los seres humanos han desarrollado una mayor inmunidad a algunas enfermedades microbianas.

Al declinar la natalidad en los que ahora llamamos países desarrollados, las poblaciones tenían una edad promedio mayor y las familias se hicieron más pequeñas. El promedio de edad de los pueblos accidentales subió a 30 y el número de hijos nacidos bajó a dos o tres por familia. En contraste, hoy las naciones en vías de desarrollo tienen toda -

vía poblaciones predominantemente jóvenes, con un número creciente de miembros por familia, debido a la disminución de la mortalidad infantil. Por lo tanto, la carga de la dependencia es relativamente alta en estos países y los aumentos de los ingresos por persona se retrasan porque el número de consumidores que no producen (niños y adultos) es aproximadamente igual al número de trabajadores.

"Al subir el promedio de vida y bajar la mortalidad, la proporción de niños menores de 15 años aumenta en la población siempre que los porcentajes de natalidad permanezcan constantes, porque mueren menos niños. Por ejemplo, con seis hijos vivos por cada mujer, el porcentaje de niños sube de 39 - cuando el promedio de vida es de 30 años - a 45, - cuando el promedio de vida es de 60; esto implica un aumento de más o menos 28 por ciento en la proporción niño/adulto. El promedio de niños menores de 15 años aumenta en cada familia en la misma proporción. Sin embargo, el efecto de los cambios de la mortalidad en la proporción de niños y en el tamaño de la familia es mucho menor que el resultado de un cambio igual en las cifras de natalidad. El principal efecto demográfico del aumento rápido de la población como consecuencia de una natalidad alta y casi constante y de una mortalidad baja en contraste con una población casi estacionaria que tiene una natalidad y una mortalidad elevadas es que el número de familias en cada generación es mucho mayor, comparado con la generación precedente. Esta situación

tiene consecuencias serias en una sociedad rural con una superficie limitada de tierras cultivables, porque significa que el tamaño de las parcelas de cada familia disminuye mucho de una generación a la siguiente." (13)

1.3.1.- METODOS ANTICONCEPTIVOS.-

Independientemente de que existan diversos mecanismos para que la mujer lleve a cabo el control de la natalidad, en este apartado hablaremos fundamentalmente de los mecanismos - empleados por el hombre para el control de la natalidad, tomando en consideración que la literatura médica es poco abundante.

La eficacia a largo plazo de la mayor parte de los métodos de planificación familiar depende del consentimiento mutuo del hombre y la mujer. El ideal sería que la pareja decidiera de mutuo acuerdo, con el asesoramiento si fuera necesario de los proveedores de atención de salud el método que les conviene en cada etapa de la vida fértil, independientemente de cuál de los dos ha de usarlo en la práctica.- Con todo, tres métodos son primordialmente masculinos, a saber, el condón, la vasectomía y el coito interrumpido. Otro método, la abstinencia periódica, o sea, la planificación familiar por métodos naturales, se basa en la decisión mutua de ambos componentes de la pareja de abstenerse de mantener relaciones sexuales durante el período fértil de la mujer.

(13) Enke, Steve. The Economics and population. Chicago, USA. 1978. pág. 201.

El condón se ha usado con fines anticonceptivos -- por lo menos durante 250 años y por más tiempo todavía para protegerse contra las enfermedades sexuales transmitidas. Actualmente se dispone de condones de alta calidad en una variedad de tamaños, grosores, formas, texturas y colores para atraer a los más diferentes clientes. Hay modelos que tienen en su extremo un pequeño receptáculo y otros que carecen de él, los hay rectos o moldeados, lisos y granulados, secos y lubricados. Casi todos los fabricantes producen dos tamaños. Los condones modernos son fuertes y resistentes. En climas templados se pueden almacenar durante tres a cinco años si se guardan en forma adecuada. Se deterioran más rápidamente, sin embargo, a temperaturas más altas y especialmente en condiciones de humedad y si se les expone a la luz, oxígeno y ciertas sustancias químicas.

Un producto nuevo reciente que se añade a la variedad de condones mencionada es el condón espermicida. El fabricante contiene el espermicida nonoxinol-9, generalmente empleado en espumas, jaleas, supositorios y esponjas espermicidas. Este tipo de condón se consigue en el Reino Unido desde 1977 a través de London International Group (anteriormente denominado London Rubber Company), que ahora lo vende en varios países de Europa y en otros países, entre ellos Tailandia. En Estados Unidos la primera marca fue introducida en 1982 por Schmid Laboratories, Schmid lo exporta ahora a varios países en desarrollo como Costa Rica, Filipinas y Pa-

namá. Ansell America vende un condón parecido en Estados Unidos y otros países. También ha comenzado a vender en varios países europeos y en Venezuela un condón que contiene una cantidad mayor de espermicida colocado dentro del condón en lugar de mezclado con el lubricante.

Actualmente usan condones unos 46 millones de parejas. De ellas, el 60 % vive en países desarrollados, sobre todo en Estados Unidos, Japón y Reino Unido; el 40 % restante vive en países en desarrollo, sobre todo en Asia.

Los condones presentan numerosas ventajas:

Son de utilización sencilla.

Son seguras.

Son eficaces si se usan correctamente en cada coito.

Ayudan a prevenir la transmisión de enfermedades sexuales transmitidas, incluida la infección que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, el SIDA.

No requieren supervisión médica.

Pueden obtenerse a poco costo, generalmente a través de diversos distribuidores comerciales como tiendas, máquinas expendedoras y por correo, así como en dispensarios.

Los condones pueden ser muy eficaces para prevenir el embarazo. Aunque no se dispone de datos sobre la rotura de

condones durante su uso, se han registrado tasas de embarazos de sólo 0.4 a 2 embarazos por 100 años-pareja de uso. Estas tasas tan bajas indican que los condones raramente se rompen durante el coito.

Sin embargo, la proporción de fallas suelen ser más altas -entre 3 y 12 por 100 años-pareja en importantes estudios. Los embarazos imprevistos se producen sobre todo porque las parejas no usan constantemente el condón. Quizá porque algunas parejas lo usan con más regularidad que otras, la proporción de fallas varía de acuerdo con ciertas características del usuario como edad, deseo de tener más hijos y duración del uso. Algunos hombres tal vez usen el condón en forma irregular porque encuentran que les disminuye la sensibilidad. Además, a algunas parejas les desagrada interrumpir la relación sexual para colocar el condón.

Además de prevenir el embarazo, los condones protegen contra las enfermedades sexualmente transmitidas, incluida el SIDA. Tanto los hombres que usan condones como sus compañeras tienen tasas más bajas de gonorrea, tricomoniasis, sífilis y herpes que los que no los usan, o que los usan solo ocasionalmente. Además, los estudios in vitro demuestran que el virus del herpes y el virus de inmunodeficiencia humana que causa el SIDA no pasan a través de la membrana de los condones. Es probable que los condones permicidas o el espermicida empleado con los condones ofrezcan protección adicional en

el raro caso de que se rompa el condón. Los espermicidas inactivan muchos organismos causantes de enfermedades.

Muchos trabajadores de salud exhortan ahora a las parejas heterosexuales y homosexuales a usar condones para protegerse contra las enfermedades sexualmente transmitidas y en particular contra el SIDA. En Estados Unidos y Reino Unido las estaciones de televisión y los diarios y revistas principales están comenzando a aceptar anuncios de condones en los que se destaca la prevención contra el SIDA" (15)

"La vasectomía -esterilización quirúrgica del hombre- es segura, eficaz y sencilla. Como método permanente de planificar la familia es conveniente para las parejas que no quieren tener más hijos. La proporción de fallas es muy baja y las complicaciones son raras. Vasectomía no quiere decir castración y la operación no afecta las relaciones sexuales. Pero a pesar de su seguridad y eficacia, la vasectomía no ha llegado a difundirse en la mayor parte del mundo. Se estima que mundialmente los compañeros de 41 millones de mujeres en edad fértil se han sometido a esta operación, pero la mayoría de ellos se hallan en cuatro países, a saber, Estados Unidos, Reino Unido, China e India. En comparación, alrededor de 100 millones de mujeres casadas en edad fértil se han sometido a la esterilización. ¿Cuál es la razón del poco uso que se hace

(15) Population Reports. op. cit. pág. 143.

de la vasectomía?, ¿falta de motivación entre los hombres o información y servicios insuficientes?, probablemente ambas cosas. En los lugares donde se dispone de servicios de vasectomía y los hombres pueden recibir información correcta y comprensiva, además de orientación y seguimiento, cada vez más hombres eligen que se les practique la vasectomía.

La vasectomía es un procedimiento quirúrgico relativamente sencillo que puede realizarse con anestesia local en 5 a 15 minutos. Se efectúa una incisión en el escroto y se seccionan los conductos deferentes que llevan los espermatozoides desde cada testículo a la uretra. Ambos extremos seccionados se cierran generalmente por electrocoagulación o ligadura. El procedimiento se repite en el otro conducto. Se cierra la pequeña incisión en el escroto, y después de una o dos horas de reposo, el hombre puede volver a casa. Los espermatozoides se producen como antes, pero al estar bloqueados los conductos, no pueden proseguir su camino y ser eyaculados.

Las tasas de embarazos después de la vasectomía son muy bajas, generalmente menos del uno por ciento. La vasectomía es, pues, uno de los métodos de planificación familiar más eficaces. Casi todos los embarazos se producen en los primeros dos o tres meses posteriores al procedimiento. Esto se debe a que en el aparato reproductor quedan espermatozoides acumulados del lado uretral de la obstrucción. Es probable que los hombres tengan que eyacular 15 a 20 veces hasta expul

sar todos los espermatozoides. Por lo tanto, las parejas de -
ben usar otro método anticonceptivo hasta pasadas las 15 - 20
eyaculaciones, o el hombre puede acudir al laboratorio para -
que se investigue la presencia de espermatozoides en el semen
durante seis a ocho semanas desde la vasectomía.

Son raras las complicaciones serias después de una-
vasectomía. Poco después de la intervención, aproximadamente-
la mitad de los hombres experimentan contusión, hinchazón y -
dolor, todo lo cual disminuye en pocos días. En menos del 5 %
se producen complicaciones más graves: hematoma (masa de san-
gre coagulada); epididimitis inflamación del epidídimo, (el -
tubo en espiral situado en la parte superior del testículo a-
través del cual pasa el esperma para alcanzar la madurez), -
o infección. Una técnica quirúrgica cuidadosa de esteriliza -
ción, elimina también ese riesgo."(16)

2.- ANTECEDENTES HISTORICOS.

En el presente capítulo, llevaremos a efecto un análisis de los antecedentes históricos de la planificación y el control de la natalidad, ofreciendo aspectos generales de ambas y una panorámica de las acciones que se aplican al respecto en los países desarrollados y subdesarrollados.

2.1 GENERALIDADES.-

El aumento de la población mundial puede dividirse adecuadamente en cuatro períodos, cada uno de los cuales fue precedido por nuevos métodos para aumentar el suministro de alimentos y de otros productos. El primer período comenzó cuando los hombres como monos antropoide comenzaron a usar herramientas. Desde ser una especie esparcida y en desarrollo que en un comienzo contaba con unos millones, el hambre aumentó lentamente, en un período de varios centenares de miles de años, hasta un total de quizá cinco millones. Durante todo este largo período, las muertes casi equilibraban a los nacimientos; los períodos de aumento de la natalidad constantemente eran anulados en una zona o en otra por muertes dependientes de hambre, peste y guerras.

"El segundo período de incremento dependió del de-

desarrollo de la agricultura y de la domesticación de los animales. En esta ocasión, el crecimiento fue más rápido; en 10,000 años, la población humana creció desde un número calculado de cinco millones en la edad de piedra hasta aproximadamente 250 millones en la época de Cristo.

Un tercer período, de aumento todavía más rápido, comenzó en la época del reinado de la reina Isabel (el comienzo de la edad de los descubrimientos y los inventos), cuando la población mundial era de unos 500 millones. En poco más de 300 años, se quintuplicó hasta 2,250 millones en 1940, ritmo de crecimiento inigualado por cualquier otro período en la historia de la humanidad." (17)

"En cada uno de estos períodos, el aumento fue una reacción al incremento de la producción. Cada período dejó a la población con un nivel de vida algo superior al observado al comenzar la etapa. El hambre, las guerras y la peste rindieron un tributo menor en la civilización agrícola que en la de los cazadores primitivos de la edad de piedra. La época de los descubrimientos y los inventos trajo al hombre mayores comodidades y aumento de la longevidad." (18)

"El cuarto período es una continuación del tercer-

(17) Allen Rouert. The world's food shortage. Iowa State University. USA. Trad. por Yolanda Meléndez. México - 1979. pág. 12

(18) Allen Rouert. op. cit. pág. 131.

ro pero difiere netamente del mismo pues, en un punto definido el crecimiento comenzó a asumir proporciones fantásticas. Este período, que comenzó con el final de la Segunda Guerra Mundial, se caracteriza por disminución de la mortalidad, especialmente neonatal, en todo el mundo, y por incremento rápido de la producción gracias a los adelantos tecnológicos. El ritmo actual de crecimiento basta para que la población mundial exceda de 6.000 millones para el año 2,000, y es probable que el aumento sea más rápido antes de terminar esta etapa. En 1940, la población mundial se estimaba en 2,249 millones, en 1950, había aumentado a 2,509 millones, en 1960 excedía de 3,000 millones; para 1965, será de 3,300 millones, aumento de más de 30 por 100 en 15 años. Este incremento rápido ocurre en una etapa en que todas las áreas habitables del mundo están ocupadas, y cuando muchas zonas están pobladas hasta el límite de sus recursos. En algunos países agrícolas la producción ya comienza a rezagarse en relación con el aumento del número de habitantes. Los incrementos que se habían acompañado de un mejor estándar de vida en esta ocasión puede tener el efecto inverso y hundir a la humanidad en circunstancias peores de las conocidas." (19)

Incluso en Estados Unidos, si continúa el aumento actual de la población de 1.3 % al año, dentro de 50 años se habrá duplicado el número de habitantes; esto es: serán alre

(19) Allen Robert. op. cit. pág. 129.

dedor de 375 millones.

Es difícil concebir las mejoras en la agricultura y la tecnología sin el uso amplio de los recursos marginales que se necesitan para alimentar y abastecer a la población futura del mundo. En los países subdesarrollados, en los cuales la población es muy pobre y poco educada, el aumento actual de la población plantea barreras casi insuperables para todo aumento en los ingresos por cabeza. Estos países no tienen un margen del cual obtener el capital necesario para la industria o para mejorar la agricultura. En los países de alta natalidad, la India por ejemplo, el número de niños que deben ser sostenidos por un adulto es doble que en los países de natalidad baja. Estados Unidos por ejemplo, la carga de la educación es un requisito para mejorar. La escasez causa intranquilidad, y es cada vez más difícil para los gobiernos satisfacer las necesidades del pueblo. Si persiste el aumento, la población mundial no puede esperar una vida mejor; pronto será incapaz de mantener su estándar actual de vida, y se verá reducida a un nuevo estado de miseria.

En cada uno de los cuatro periodos mencionados, la causa principal del crecimiento se ha referido a disminución de la mortalidad y no al aumento de la natalidad. En cada periodo ha aumentado la proporción de niños que viven, maduranse reproducen, y este ha sido el factor principal para disminuir la mortalidad y aumentar la longevidad media. En la ma -

por parte de las sociedades primitivas, menos de 59 por % - de los niños sobrevivían a los 30 años de edad. En Estados- Unidos y en Europa, en la actualidad, más de 95 por % so -- breviven a la edad de 30 años. Entre las sociedades primiti- vas, la longevidad probablemente fuese de menos de 20 años. En las civilizaciones incipientes, puede haber alcanzado 25 años. En Europa, las perspectivas de vida durante la edad - media eran entre 25 y 35 años. En Massachusetts, en 1840 L eran de 40 años aproximadamente.

Para la época de la Segunda Guerra mundial, la - longevidad en los Estados Unidos y en las países europeos aumentó a casi 70 años. En la mayor parte de Asia, los - países del sudoeste de Asia, Africa y Sudamérica, las per - spectivas de vida inmediatamente después de la guerra se - guían estando entre 35 y 40 años, de manera que la mortali- dad era lo bastante alta para anular más o menos la elevada natalidad. Sin embargo, la mortalidad está disminuyendo rá - pidamente. La guerra originó mejoras extraordinarias en el planeamiento y aumentó las medidas de salud pública en to do el mundo. Las mejoras moderadas en el abastecimiento de agua y algunas mejoras en la producción y los transportes - de alimentos se combinaron para producir una disminución - rápida en la mortalidad infantil. En la actualidad, la es - pectativa de vida en la India es de 45 años, aproximadamen - te cifra bastante característica para los países no indus - trializados, aunque en algunos casos, Ceylán por ejemplo -

las probabilidades de vida exceden en la actualidad de 60 años. En términos generales, y con la notable excepción de Japón, no se ha observado disminución correspondiente en la natalidad en estas áreas. En algunas regiones la natalidad ha aumentado al mejorar las condiciones.

"Algunas personas opinan que el índice de crecimiento debe disminuirse absteniéndose de conceder beneficios del saneamiento, la salud pública y la medicina. Sin embargo, sería ilógico pedir al hombre que retrocediera en cuanto a una conquista de la muerte como la que hoy tiene en sus manos. Dejando aparte la dureza de esta solución, los demógrafos señalan que no puede haber disminución importante en la natalidad a menos que disminuya la mortalidad. Ninguna raza desea extinguirse, y en tanto que la mortalidad sea alta, es probable que la natalidad siga proporcionadamente elevada. Los ensayos para detener los adelantos de la salud pública no son prácticos ni convenientes. No podemos ni debemos planear disminuir el índice de crecimiento aumentando la mortalidad. La esperanza debe ser que la natalidad disminuya en proporción con la disminución de las muertes." (20)

Las disminuciones necesarias en la natalidad del mundo no se lograrán de la noche a la mañana. Los puntos de

(20) Coale John. The Economic Effects of fertility control. - New Jersey. USA. Trad. Yolanda Meléndez. Méx. 80 pág. 39

vista, los hábitos y las costumbres de la mayor parte de los pueblos del mundo tendrán que modificarse a un ritmo más rápido que en lo pasado para que el índice de natalidad disminuya a tiempo para impedir una catástrofe. Sin embargo, en muchos sentidos el mundo está maduro para las modificaciones rápidas.

Todos los gobiernos nuevos consideran que es responsabilidad gubernamental planear el desarrollo económico de sus países. Es inevitable que en estos planes se incluyan los problemas de población. Los cabecillas de gobiernos autocráticos o autocríticos tienen más libertad de acción -- que aquellos responsables de una democracia. A diferencia de los líderes de los gobiernos democráticos, no tienen que tomar en cuenta las objeciones de una minoría de votantes. La masa de los habitantes, sean votantes o no lo sean, es -- menos probable que tengan o expresen actitudes hostiles -- hacia los métodos gubernamentales. En todos estos sentidos, -- los nuevos gobiernos están en posición ventajosa. Sin embar -- go, por otra parte presentan varios impedimentos: falta de -- experiencia, escasez de gentes suficientemente educadas para -- proveer de personal a las agencias gubernamentales, y el nepotismo y la debilidad burocrática que a menudo adquieren -- mayor importancia en estas circunstancias. Los grandes nú -- cleos de población campesina están alejados y es difícil mo -- dificarlos. Se necesitará un gran esfuerzo para disminuir -- las cifras de reproducción en un tiempo moderado.

"En las zonas industrializadas del mundo, los genes han comenzado a disminuir la natalidad, casi hasta balancear los nacimientos con el número de muertes, y ello sin la sanción o la aprobación de los gobiernos. El cambio hacia el uso de anticonceptivos se establecieron firmemente en los países industrializados; en la actualidad, su uso aumenta de manera acumulativa en el resto del mundo. Cabe si ello podrá hacerse con la suficiente rapidez para impedir una desigualdad irremediable entre el número de habitantes del mundo y la producción necesaria para sostenerlos. La pregunta tiene tal importancia para el futuro del hombre que merece una respuesta, incluso si es de ensayo. En consecuencia, tratamos de fijar una especie de blanco, de estimar que tan pronto podrían disminuirse el índice de crecimiento de la población mundial hasta proporciones manejables, y lograr una población final de números adecuado." (21)

2.2.- PAISES SUBDESARROLLADOS.

En el mundo hay 3,400 millones de habitantes, de los cuales el 66 % viven en países poco industrializados en los mismos la natalidad es de 35, 40 incluso 45/millón/año.- La mortalidad va en disminución, pero en términos generales la natalidad permanece tan alta como siempre

(21) David Kenet. op. cit. pág. 200

Este 66 por % de los habitantes de nuestro plane - ta viven en aldeas pequeñas, separados del resto del mundo - por la limitación de los transportes; los sistemas de vida - son muy semejantes a los que han tenido durante los dos mil años últimos. La educación es limitada, los gobiernos son - poco estables, y juzgados por las normas occidentales, la - administración es débil. Es remota la probabilidad de cual - quier modificación rápida en sus actitudes básicas. Sin - embargo, está ocurriendo un cambio, y no tenemos prueba en - lo pasado que indique el ritmo de su efecto acumulativo. La radio y la televisión, los automóviles y los aeroplanos - - brindan comunicación más rápida que la cabeza de bueyes y - la palabra directa. La disminución de la mortalidad es una - manifestación del cambio que afecta a todas las familias. Se están produciendo con rapidez métodos mejores para regular - la fecundidad, que se ponen a la venta y que los gobiernos - pondrán a disposición del público cada vez en mayor medida y a precio mínimo. Dado su esfuerzo proporcional a la magnitud de la tarea, cabe que el cambio en la limitación de la fami - lia pueda lograrse antes que la industrialización, aunque - disminuye el estándar de vida.

"Para los años siguientes, se predice un crecimien to aun más rápido al seguir disminuyendo la mortalidad en - América del Sur, Africa y Asia. Hoy día, Costa Rica, el Sal - vador y Venezuela crecen a un ritmo que duplicará su pobla - ción en menos de 20 años. Si continúa este crecimiento, la -

población, se duplicará en menos de 25 años en Guatemala, Ja
maica, México, Colombia, Ecuador, Egipto, Turquía, Túnez, --
Ceylán, Hong Kong, el Archipiélago Malayo, Filipinas, Taiwan
y Tailandia." (22)

En la India, el índice de crecimiento se acerca -
a 25 por % al año. Fundándose en las cifras brutas de na-
talidad y mortalidad de 38.3 y 19.0 respectivamente, infor-
madas en 14 th. National Sample Survey, el índice de aumen-
to no es de 2 por % al año; sin embargo, los expertos calcu-
lan que el índice de natalidad excede de 40 por 1000 perso-
nas y que el de crecimiento está entre 2.2 y 2.5 por 100 al
año. Si continúa este ritmo, la población actual de la In-
dia de 460 millones alcanzará el doble 920 millones en unos
30 años. La comisión de planeamiento de Pakistán estima el
índice de crecimiento en 100 millones de personas en 2.6 -
por % al año, si continúa con esta rapidez, la población -
actual de Pakistán de 100 millones se duplicará para 1991.-
Los dos países mencionados están ya sobrepoblados.

"En 1955, el gobierno de la India pidió al Conse
jo Sobre Población, establecido por John D. Rockefeller --
III, y del cual se hablará ampliamente en el inciso siguien-
te; que les enviará una misión de consejeros que ayudará a
establecer un plan gubernamental para regular la fecundidad.

(22) Allen Robert. op. cita. pág. 132.

Es interesante señalar que cuando una de las funcionarias públicas más destacadas en Estados Unidos pidió una licencia de tres meses para acudir a esta misión, se consideró conveniente anunciar oficialmente que el propósito del viaje sería proporcionar "consejo sobre el estado sanitario" en la India, y se omitió cuidadosamente toda mención acerca de regular la natalidad. Después de conferenciar con la misión el gobierno de la India estableció un programa para regular la fecundidad - que se incluyó en sus planes quinquenales, al que se dio apoyo económico importante y que desde entonces ha crecido muchísimo. En 1959, el gobierno de Pakistán hizo una petición semejante." (23)

En los años siguientes, han buscado consejo los gobiernos de Corea del Sur, Vietnam del Sur, Taiwan y Turquía.- Todos estos países han establecido planes activos para regular la fecundidad. Las personas adiestradas por el consejo sobre población son hoy muy solicitadas en sus países natales.

"India fue el primer país donde se emprendió un plan respaldado por el gobierno para disminuir la natalidad por su población de 460 millones, India ocupa el segundo lugar en el mundo. En la actualidad, se estima que la pobla -

(23) Davis Kenneth. Population Scientific. New York. USA. - 1969. Traducción Yolanda Meléndez. pág. 196.

ción crece a un ritmo que excede de 2 por % al año, el cual, de persistir, duplicaría el número de habitantes en unos 30 a 35 años. Las asignaciones para la planeación familiar, comenzaron en el primer plan quinquenal (1955 - 1956) con la suma de un millón cuatrocientos mil dólares; en el segundo plan quinquenal (1956 - 1961) se gastaron diez millones y medio de dólares, y en el tercero (1961 - 1966) 56 millones de dólares.

Para enero de 1963, se habían adiestrado alrededor de 25,000 médicos y trabajadores sociales, lo cual es apenas el comienzo en un país que tiene 500,000 aldeas. El propósito es disminuir la natalidad actual de 40 por millar a 25 por millar para 1973, pero aun no ha comenzado a disminuir el número de nacimientos. La esterilización voluntaria de los varones se practica ampliamente, y en el estado de Maharashtra el gobierno sufraga los gastos.

Pakistán cuya población es de 100 millones, incluyó la planeación familiar en el segundo plan quinquenal (1960 - 1965) asignando seis millones de dólares para ello; tiene el propósito de brindar un servicio de planeación familiar para todos los centros médicos existentes. En octubre de 1962, el Instituto Nacional de Investigaciones de Planeación Familiar en Karachi comenzó un estudio en gran escala del anillo intrauterino de plástico, el anticonceptivo más barato y eficaz producido hasta hoy. El plan de

planeación familiar de Pakistán es demasiado reciente para -
que pueda observarse efectos en el índice de natalidad.

Corea del Sur inició un sistema nacional de planea -
ción familiar en noviembre de 1961, seis meses después de -
llegar al poder el gobierno revolucionario. En 1962, en el -
presupuesto nacional se adscribieron 42 millones de won para
la planeación familiar, suma que creció en 1963 a 83 millo -
nes (664,000 dólares estadounidenses). Corea espera dismi -
nuir el índice anual de incremento natural de sus 27 millo -
nes del 3 por % estimado para 1963 a 1.82 por % para - -
1971. El ministerio de justicia está considerando la posibili -
dad de establecer una ley semejante a la del Japón que per -
mite el aborto por consideraciones económicas y heredita - -
rias. El consejo de planeación económica estima que al fun -
cionamiento del sistema disminuirá la natalidad a 1.16 por -
% por año para 1980 en comparación con la cifra estimada --
de 3.15 por % por año si no hubiera tal programa.

India, Pakistán y Corea son los primeros países -
en los cuales el gobierno se ha encargado directamente de -
un programa para disminuir la fecundidad. Malaca, Ceylán, -
Barbados, Puerto Rico y Hong Kong son ejemplo de países en -
los cuales el gobierno ha ayudado a financiar organizacio -
nes particulares sobre planeación familiar.

En Singapur (Malaca) el gobierno concedió 100,000

dólares a la Asociación de Planeación Familiar en 1962, en particular como resultado de los esfuerzos de esta asociación, el índice de natalidad disminuyó de 45.4 por millar en 1952 a 34.5 por millar en 1962; sin embargo, el índice de incremento natural permaneció alto al disminuir la mortalidad. En Hong Kong el gobierno aportó 42,000 dólares a la Asociación de Planeación Familiar en el período de 1962 a 1963; la ciudad tiene mortalidad baja (32 por 1,000 en 1962), pero la llegada de refugiados de China produce problemas sociales y económicos casi insolubles." (24)

"Los gobiernos de Ceylán y Suecia efectúan un estudio piloto sobre planeación familiar en dos zonas rurales y en dos poblados de Ceylán. Además, el gobierno sostiene la Asociación de Planeación Familiar y permite que trabaje en los hospitales y clínicas gubernamentales.

La pequeña Isla de Barbados, una de las zonas agrícolas más densamente pobladas del mundo, ha tenido clínicas para regular la natalidad gracias a subsidios gubernamentales desde 1954 a 1955.

En Puerto Rico, las primeras clínicas se establecieron en 1935, a pesar de la oposición católica intensa y hasta hace poco de la desaprobación de Washington. El movi-

(24) Davis Kenneth. op. cit. pág. 296.

miento ha crecido hasta alcanzar grandes proporciones. Se practica ampliamente la esterilización de mujeres después que han tenido su tercero o su cuarto hijo; en algunas áreas se han esterilizado 30 por % de las cuadríparas: la natalidad es baja para esta parte del mundo; 31.4 por millar en 1962.

En otros países ya comienza a mostrarse interés activo en los problemas del aumento demasiado rápido de la población y de un porcentaje demasiado grande de niños que sobrecargan la fuerza de trabajo. A partir de 1960, los gobiernos de Taiwan, Túnez, Turquía, y la República Árabe Unida han establecido sistemas experimentales con la ayuda de consultores calificados, y hay el propósito de establecer programas nacionales para disminuir la natalidad. En Taiwan, donde la educación es elevada y el ingreso por cabeza es el más alto fuera de Japón, la natalidad ha disminuido de 45.3 por millar en 1955 a 37.3 por millar en 1962. Este puede ser el primer país asiático en el cual los anticonceptivos equilibren la natalidad y la mortalidad.

Los informes de China indican que la propaganda gubernamental para disminuir la natalidad, que decreció durante cierto tiempo después de una campaña enérgica en 1957, se ha reanudado; no se conocen los índices de natalidad y mortalidad actualmente en China. Edgar Snow informa que Chou Enlai indica que el incremento es de 2.5 por % en

1953; ello duplicaría la población en menos de 30 años."(25)

Sudamérica y Centro América, y las regiones del -- Africa al sur del Sahara siguen siendo áreas extensas en las cuales ha progresado poco la anticoncepción. En Latinoamérica el crecimiento de la población es mayor que en cualquier otro continente, pues excede de 2.7 por % el año. Los países más europeizados, Argentina y Uruguay, tienen la natalidad -- más baja, y los estados Centro Americanos la más alta. El go -- bierno Chileno autorizó proyectos experimentales sobre el -- control de la natalidad en 1963; ello fue la primera brecha -- en una actitud general de hostilidad hacia cualquier discu -- sión sobre el tema. Sin embargo, Sudamérica sigue siendo la -- región más retrógrada en su actitud hacia los métodos para -- regular la natalidad. Quizá sea el último campo de batalla -- de quienes se oponen a limitar los nacimientos.

Hace un decenio, nadie podía prever la posibili -- dad de que en tan breve tiempo ocurrieran modificaciones de -- este índole. Se hubiera dicho que la opinión pública no podía modificarse tanto en término de diez años, que los gobiernos de países pequeños o no industrializados carecían de la pre -- visión para emprender estas acciones sin precedentes. Pero, -- si incluimos a China, es patente que en más de la mitad del -- mundo los gobiernos se han empeñado en disminuir el incremen -- to demasiado rápido de los habitantes, y toman parte activa en -- los programas de regulación de la natalidad encaminados a es

(25) Allen Robert. op. cit. pág. 140

te fin.

2.3 PAISES DESARROLLADOS.

"De los 3.400 millones de habitantes del mundo en la actualidad 33 por % esto es 1,000 millones, viven en las áreas industrializadas, que incluyen Europa, Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Australia, Nueva Zelandia, Rusia y Japón. Los habitantes de estos países tienen mortalidad baja, de más de 15 por millar, y una longevidad calculada de 60 a 70 años. La natalidad es baja, pues las mujeres casadas tienen en promedio tres hijos cada una. El uso de los métodos anticonceptivos, o en el caso de Japón y quizá de Rusia, el aborto es casi general. En la mayor parte de los países europeos las mujeres no tienen más hijos que los necesarios para equilibrar el número de muertes. La población de estos países seguirá creciendo a causa de la distribución actual de las edades, pero al equilibrarse la proporción de niños con la de ancianos, los nacimientos y las muertes estarán en equilibrio, poco más o menos. En Estados Unidos, la natalidad sigue excediendo en 20 por 100 del número necesario para balancear la mortalidad. El exceso depende principalmente de natalidad alta en las clases económica y educativamente bajas, en las cuales la regulación de la natalidad, aunque se conoce no se practica de manera eficaz. Muchos niños no son deseados, y esto ocurre en todas las clases sociales, en especial las menos educadas. Estudios recientes indican que ca

si 20 por % de las gestaciones en Estados Unidos no se deseaban para el momento que ocurrieron ni para después.* (25)

Al disponerse de métodos anticonceptivos más eficaces y desaparecer las sanciones restantes contra su uso, cabe esperar disminución en la natalidad en Estados Unidos, hasta un nivel que compense la mortalidad a esté cerca de el, pero es difícil predecir el momento en que ello se logre. En los demás países industrializados, la cifra de sustitución debe alcanzarse más pronto. Considerando que la expectativa de vida en estos países ya es de 70 años, es poco probable que ocurra cualquier modificación en las cifras de mortalidad que modifique esta predicción. Los países industrializados seguirán creciendo hasta que el número actual aumentado de jóvenes llegue a la vejez y vuelva a elevarse la mortalidad.

*Hay motivos para optimismo si se considera la historia de los 11 últimos años. La experiencia de las fundaciones estadounidenses puede considerarse ejemplo de la rapidez del cambio en las actitudes públicas en este aspecto. En 1952, el Consejo sobre Población, establecido por John D. Rockefeller III, comenzó a funcionar como un centro para investigaciones científicas en los problemas de población. De manera-

(25) Coale John. The economic effects of fertility control. - New Jersey. USA. Trad. por Yolanda Meléndez. México -- 1988. pág. 319.

directa y por subvenciones, tenían propósitos de fomentar estudios acerca de la fisiología de la reproducción y de las causas y los efectos de las modificaciones de la población, y brindar becas para estudios en este campo a estadounidenses y extranjeros. Se planteaba el problema de si los becarios podrían trabajar ulteriormente en sus especialidades en los países respectivos. Se planteó el problema todavía más grave de que las actividades en el campo de la regulación de la natalidad por estadounidenses pudieran ser consideradas con sospecha por otros países, especialmente los más necesitados de ayuda. En Estados Unidos, la profesión médica opinaba que la investigación sobre métodos anticonceptivos no eran respetables, incluso en la actividad del consejo relacionada con estudios demográficos, se tenían cuidado para no ofender a la opinión pública. Los políticos pensaban que no podrían mencionar el tema, si deseaban conservar sus puestos." (26)

Mientras tanto, Estados Unidos había ocurrido una gran modificación en la actitud pública hacia el control de la natalidad. Se pronunciaron discursos libremente en la cámara de diputados y en el senado. El ex presidente Eisenhower se retractó de su oposición previa, y bajo un presidente católico, el gobierno de Estados Unidos dirigió de manera oficial el uso de los fondos gubernamentales para investigar

(26) Enke Steve. The Economics and population. Chicago, USA. 1970. Trad. Yolanda Meléndez. pág. 198.

la fisiología de la reproducción, y el de fondos para ayuda-extranjera con el fin de auxiliar a los países ultramarinos a resolver sus problemas de población. El trabajo educativo de la oficina de consultas sobre población (Population Reference Bureau) y de la Federación de Paternidad planeada (Planned parenthood federation) debe recibir gran crédito, pero el trabajo hubiera sido ineficaz si no se hubiera efectuado durante el cambio producido por el carácter amenazador del crecimiento demasiado rápido de la población mundial. Estas modificaciones en la actitud de los pueblos y de sus gobiernos se ha ido acumulando durante los últimos 11 años. Son -- particularmente notables los programas para regular la natalidad respaldados por el gobierno en los países no industrializados." (27)

Japón tiene una posición peculiar. En 1948, se aprobó una ley que permitía el aborto provocado por motivos económicos y para proteger la salud de la madre; además, se designaban médicos para efectuar la operación a precio bajo. Los habitantes del Japón con motivos muy importantes para disminuir los nacimientos a causa del colapso económico después de la guerra, recurrieron al aborto. El índice de natalidad era de 34 por millar en 1947, y disminuyó a 17 por millar en 1957. Los nacimientos son insuficientes para ba -

(27) Davis Keneth. Population Scientific. New York. USA. - 1969. Trad. Yolanda Meléndez. pág. 196.

lanzar la mortalidad, aunque el crecimiento continuará por muchos años. El gobierno, al reconocer la necesidad de impedir el aumento ulterior de la población, no se atreve a modificar la ley; en cambio, está haciendo lo posible para que los habitantes dejen el aborto a favor de los métodos anti-conceptivos. Las experiencias en el Japón sugieren que otros países asiáticos pueden tener ya motivos para disminuir el número de hijos, y pueden estar listos para una disminución neta en el número de la familia.

Después de lo anterior, podemos concluir que uno de los indicativos para establecer el desarrollo o subdesarrollo de un país, es el control de la natalidad y la planificación familiar que se lleva a cabo en los mismos, de ahí que el nuestro, a pesar de lo mencionado por los voceros -- oficiales, sigue siendo un país subdesarrollado por el nulo control de la natalidad que se observa desde hace tiempo, sin solución real alguna.

C A P I T U L O I I I

3.- MARCO JURIDICO.

El programa de planificación familiar en nuestro país ha ido marcando y estableciendo etapas.

Las primeras acciones en materia de planificación familiar en México datan de 1964, pero es a partir de 1973 cuando la planificación familiar es propósito gubernamental.

El programa de planificación familiar en México, se caracteriza por ser uno de los pocos en el mundo que se sustenta en bases legales, tanto en materia de población como en materia de salud.

Estas bases datan desde 1913, y han quedado asentadas en el artículo 4to. Constitucional (1973): "El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos."

La Ley General de Población (1974), Capítulo I, artículo 3ro. "Para los fines de esta Ley, la Secretaría de Gobernación dictará y ejecutará o en su caso promoverá ante las dependencias competentes o entidades correspondientes,-

las medidas necesarias para:

II. Realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preservar la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y - estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país."

Ley General de Salud (1984), Título primero, artículo 3ro. En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

V. La planificación familiar. Y las Normas Técnicas - del Programa de Planificación Familiar revisadas en 1986.

3.1. PLAN NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR 1977 - 1982.

En 1977, por acuerdo presidencial se aprobó y se puso en marcha el Plan Nacional de Planificación Familiar 1977 - 1982, en el cual se concertaron acciones,

se establecieron lineamientos, objetivos y metas generales con base en la experiencia de cada una de las instituciones del Sector Salud y Seguridad Social.

3.2.- PROGRAMA INTERINSTITUCIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR 1983 - 1988.

En 1983, bajo el planteamiento de nuevas necesidades y la experiencia de la pasada administración, las instituciones del Sector Salud elaboraron, en forma conjunta, bajo la coordinación de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia y con la participación del Consejo Nacional de Población el Programa Interinstitucional de Planificación Familiar para el periodo 1983-1988, el cual se le reconoció como un programa de salud y fue incluido dentro del Plan Nacional de Desarrollo. Es en este periodo cuando se constituye como un elemento estratégico de los programas nacionales de población y salud.

Dentro de este último se plantearon tres grandes objetivos.

a) Coadyuvar al mejoramiento de la salud de la población, particularmente de la población materna e infantil.

b) Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad con pleno respeto a la decisión y dignidad de la pareja, y

c) Ayudar a reducir la frecuencia de los embarazos no deseados, previniendo así los problemas sociales

asociados, como es la incidencia del aborto.

Asimismo, se establecieron prioridades que propiciaron la conjunción de actividades y estrategias de todas las instituciones del Sector Salud, para así lograr el cumplimiento de los objetivos anteriormente planteados:

1) Establecer, durante el período 1983-1988, metas y estrategias para las instituciones del Sector Salud.

2) Extender el servicio hacia las áreas rurales dispersas.

3) Lograr una mayor participación de la población masculina.

4) Proporcionar los servicios de orientación sexual y planificación familiar a la población adolescente.

5) Sistematizar la capacitación y supervisión del personal de salud, así como la evaluación de las actividades y resultados del programa.

Con base en las prioridades establecidas y sin perder de vista los objetivos planteados, las instituciones del Sector Salud se dieron a la tarea de establecer las metas de cobertura del Programa de Planificación Familiar 1983-1988, tanto de los niveles rural y urbano como del institucional. Asimismo, por primera ocasión se promovió la participación del sector privado.

3.3.-SERVICIOS.

La prestación de servicios de salud, en donde se encuentran incluidos los de planificación familiar, ha sido y es uno de los principales objetivos del gobierno mexicano durante las últimas dos décadas.

Con base en estos lineamientos, la Secretaría de Salud se ha dado a la tarea de atender, a través de sus diversos hospitales y unidades médicas de las zonas urbanas y centros y casas de salud de las zonas rurales, a un poco más de la mitad de la población total del país.

En lo que se refiere al Programa de Planificación Familiar, la Secretaría de Salud ha reforzado la ampliación de los servicios, a través de la horizontalización de los mismos en todas las unidades médicas de los tres niveles de atención y de la implantación de la Estrategia de Extensión de Cobertura, lo cual ha dado como resultado que cada vez sea mayor el número de parejas que tengan acceso a la prestación de este servicio.

Además de ser una institución prestadora de servicios, la Secretaría de Salud, es la responsable de normar y coordinar las líneas generales de los programas de las instituciones involucradas, tanto del sector público-

como del privado.

Actualmente los servicios de planificación familiar se prestan a través de establecimientos de estos dos sectores

3.4.- SECTOR PUBLICO.

Dentro del sector público, los servicios de planificación familiar se prestan a través de las instituciones de salud y seguridad social y otras instituciones gubernamentales como los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal, Petróleos Mexicanos, La Secretaría de Marina y la Secretaría de la Defensa Nacional.

Entre aquellos que cuentan con una mayor infraestructura se encuentran:

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social. La prestación de los servicios los efectúa a través de 4,001 unidades que incluyen los tres niveles de atención y el IMSS-COPLAMAR. Como se verá más adelante, es la institución que atiende al mayor número de usuarios de planificación familiar.

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. Cuenta con una infra

estructura de 1,048 unidades médicas en todo el país, en donde se presta el servicio de planificación familiar.

DIF: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia. Institución asistencial que, como parte de sus funciones promueve los servicios de planificación familiar y la referencia de usuarios a unidades médicas de otras instituciones de salud.

SS: Cuenta con un total de 5,735 unidades médicas de los tres niveles de atención y 12,966 Casas de Salud donde opera la Estrategia de Extensión de Cobertura, atendiendo a la población abierta, es decir, aquella que no pertenece a ninguna institución de seguridad social.

Como resultado de la descentralización de los servicios de salud, a la fecha la Secretaría de Salud ha transferido la responsabilidad operativa a 14 gobiernos estatales en donde, como coordinadora, continúa normando, supervisando y evaluando la prestación de los servicios.

3.5.- SECTOR PRIVADO.

Desde los inicios del programa, el sector privado ha estado presente, es decir, se ha sumado a los esfuerzos del sector público para alcanzar los objetivos y metas establecidas en el nivel nacional.

El sector privado está compuesto por las farmacias, consultorios y otras instituciones privadas como FEMAP, MEXFAM y CORA.

Farmacias.- Con un total aproximado de 25,000 farmacias en todo el país, actualmente cubren la demanda de un poco más de la quinta parte de usuarios de planificación familiar.

Consultorios.- Agrupa los servicios de planificación familiar que son desarrollados por médicos, clínicas y hospitales privados.

Instituciones Privadas de Planificación Familiar
La Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Planificación Familiar (FEMAP), la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM) y el Centro de Orientación para adolescentes (CORA), participan en la capacitación, promoción educativa y prestación de servicios a la población abierta.

3.6.- ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA SECRETARÍA DE SALUD.

Para cumplir con los objetivos y metas planteados, la Secretaría de Salud llevó a cabo diversas actividades que se ubican dentro de tres grandes estrategias:

Planeación.

Ampliación de la oferta de los servicios y

Ampliación de la demanda de los servicios.

3.6.1.- PLANEACION.-

Se han abocado a la programación sectorial, la investigación, la presupuestación y la programación y evaluación institucional.

Programación y Evaluación Sectorial.- La Secretaría de Salud dictaminó la coordinación e integración del grupo de trabajo responsable de elaborar y establecer los objetivos, metas de cobertura, estrategias e indicadores de evaluación del Programa Inter-institucional de Planificación Familiar 1983 - 1988:

Para ello se elaboraron 32 estudios demográficos estatales, los cuales proporcionaron un marco de referencia para el desarrollo de los programas estatales de planificación familiar.

Asimismo la Secretaría de Salud elaboró, para cada entidad federativa, proyecciones al año 2010 del posible impacto del Programa de Planificación Familiar sobre algunos indicadores del bienestar social, tanto como: salud, empleo, educación y vivienda.

Todo lo anterior proporcionó las bases para que en julio de 1987 se iniciara la elaboración de los programas estatales interinstitucionales de planificación para 1988, con representación de las instituciones del sector nivel central y del estatal de población. La Secretaría de Salud publicó estos programas en enero de 1988.

Investigación.- Para retroalimentar y actualizar la programación y fortalecer el proceso de evaluación se han llevado a cabo diversas investigaciones de tipo epidemiológico, sociodemográfico, de mercado social y de comunicación como:

a) Encuestas Nacional sobre Fecundidad y Salud.- De representatividad nacional y regional. Constituye una opción a corto plazo para mantener una metodología y análisis del uso de anticonceptivos, tanto del sector público como privado, así como ampliar el conocimiento sobre las relaciones entre la planificación familiar y la salud materno-infantil, al igual que para estimar los niveles de fecundidad. Se llevó a cabo durante 1987.

b) Encuesta sobre determinantes del uso de métodos anticonceptivos.- Su objetivo fue detectar los factores que inciden en la toma de decisiones por parte de la población, con respecto al uso de anticonceptivos en mujeres alguna vez unida de 15 a 49 años de edad. Se realizó durante

el primer semestre de 1988.

c) Encuesta Nacional sobre factores de riesgo en la anticoncepción hormonal.- Con representatividad nacional, se realizó con el propósito de determinar el nivel de conocimiento del método en médicos y enfermeras que prestan el servicio de planificación familiar en la Secretaría de Salud, así como la estimación de la prevalencia de los principales factores de riesgo y efectos colaterales asociados con su uso. Se llevó a cabo en septiembre de 1984.

d) Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas de la planificación familiar. La muestra fue representativa para las áreas rurales y urbanas marginadas del país. Se llevó a cabo con el objeto de evaluar la promoción educativa y para detectar los elementos que pudieran orientar adecuadamente sus futuras estrategias. Se efectuó en julio de 1987.

e) Encuesta sobre el conocimiento reproductivo de la población adolescente del área metropolitana de la ciudad de México. Sus objetivos fueron:

- Obtener indicadores sobre la prevalencia de las relaciones sexuales tempranas.
- El uso de métodos anticonceptivos en esta población.

- Frecuencia de embarazos y de la fecundidad.
- Determinar el conocimiento que tienen los adolescentes acerca del ciclo menstrual, la reproducción, la planificación familiar y los métodos anticonceptivos. Se llevó a cabo en septiembre de 1987.

f) Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivos y la planificación familiar de la población masculina obrera. Con este estudio se obtuvieron elementos para determinar las estrategias de atención a seguir en los servicios médicos, de comunicación y educación en planificación familiar para la población masculina. Se llevó a cabo en 1988.

g) Investigación de mercadotecnia social.- Se realizaron tres estudios para definir la mejor forma de vender productos anticonceptivos a través de tiendas de interés social, como las del sistema de distribución CONASUPO.

Asimismo, se midió la aceptación y el impacto de los mensajes promocionales por medio de la radio e impresos como folletos y carteles, tanto urbanos como rurales. Se identificó el perfil del consumidor del preservativo PROTEKTOR y del cliente de las tiendas CONASUPO.

h) Estudio sobre las ventas de anticonceptivos en las farmacias.- A través de esta investigación se conoció bi-

mestralmente la demanda de la población hacia los anticonceptivos, y el monto de las ventas en las farmacias del país.

Programación y Evaluación Institucional.- Con el objeto de que el proceso anual de programación y evaluación se lleve conjuntamente entre los responsables del nivel central y estatal de la Secretaría de Salud, se realizaron cinco talleres anuales, en los que se revisaron los avances, problemas y estrategias a seguir, así como la programación de metas de cobertura y metas operativas de promoción, capacitación, supervisión e información para el período anual, y el cálculo de insumos requeridos para alcanzar las metas. Con la participación de los responsables del programa en las jurisdicciones sanitarias se han realizado once talleres similares.

El producto de estos talleres permitió que cada entidad federativa contara con un programa institucional anual, en donde se ha incluido un diagnóstico demográfico y de niveles de uso de anticonceptivos, y las actividades que se deben realizar en términos de logística, capacitación, supervisión, promoción y sistemas de información.

A partir de 1987, se incluyeron en la programación las metas de cobertura correspondiente a las unidades del programa IMSS-COPLAMAR, en el caso de los estados descentralizados.

En relación con la evaluación institucional del programa, se han distribuido a las autoridades centrales y estatales informes que se elaboran en el nivel nacional y para cada entidad federativa cada trimestre.

Por otra parte, con el propósito de evaluar en forma oportuna los aspectos más relevantes del programa en cada estado, en particular en lo que se refiere a la calidad de los servicios y la cobertura (o demanda insatisfecha) de la Estrategia de Extensión de Cobertura, se desarrolló un modelo de evaluación-supervisión con el uso de microcomputadoras portátiles.

Presupuestación.- Durante 1985 se marcó una nueva etapa en la planeación y asignación de los recursos, ya que se asignó a las entidades federativas la programación presupuestal, y a las áreas sustantivas centrales la verificación y permanencia de los recursos. La administración estatal adquirió relevancia en el proceso de programación presupuestación, y permitió la racionalización del gasto, así como mejorar la utilización de los recursos existentes.

En congruencia con el proceso de descentralización de los servicios, los gobiernos estatales iniciaron su participación financiera en el Programa de Planificación Familiar, lo cual marcó el principio de la asignación de recursos a los municipios.

3.6.2.- AMPLIACION DE LA OFERTA DE SERVICIOS.

Para ampliar la oferta de los servicios de planificación familiar y materno infantil, se incrementó el número de comunidades de la EEC en la población rural dispersa; se llevó a cabo el proceso de horizontalización de los servicios se inició en las unidades médicas del 1er. nivel la prestación de los servicios de salud a la población adolescente y la incorporación de los servicios de orientación sexual y planificación familiar para minusválidos en los centros psiquiátricos, los reclusorios y los consejos tutelares.

Estrategias de Extensión de Cobertura (EEC).- El aumento de la cobertura en las comunidades rurales es una condición necesaria para el logro de la meta nacional, debido al elevado uso de métodos anticonceptivos en las zonas urbanas de nuestro país.

Por ello, y considerando los objetivos del Sistema Nacional de Salud, durante 1985 la Secretaría de Salud reforzó la estrategia de extensión de cobertura en comunidades rurales de 500 a 2,500 habitantes, para prestar servicios básicos de salud como: planificación familiar, hidratación oral, inmunizaciones, atención del menor de cinco años y control prenatal a través de auxiliares de salud, que son personal voluntario de la comunidad que ha sido adiestrada.

Con base en el Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta, la infraestructura de la EEC está -- constituida por las "casas de salud", que son locales proporcionados por la comunidad o, en ocasiones, las propias viviendas de las auxiliares que prestan el servicio.

Para cada diez localidades con casa de salud se integró un "área programática" o "módulo", para constituir el nivel de enlace con las unidades de cada jurisdicción sanitaria. En 1988 ya se contaba con recursos para 12,966 auxiliares de salud, 1,210 supervisoras de auxiliares, y - 307 coordinadores médicos jurisdiccionales.

Con el fin de mejorar la calidad del trabajo estos recursos, durante el período 1986 - 1988 se realizaron 131 cursos para 4,997 personas, y se distribuyeron 13 números de la colección de cuadernos técnicos de planificación familiar que describen los lineamientos operativos de la - EEC. Asimismo, se han proporcionado vehículos, maletines - modelos didácticos y material de promoción impresos.

Horizontalización de los servicios.- Es una de las acciones que más refuerzan la ampliación de la oferta de los servicios del Programa de Planificación Familiar. - Para lograr que todo el personal de las unidades médicas - del primer nivel de atención proporcione información, - - orientación y servicios relativos al programa, se ha incre

mentado su supervisión y asesoría, e impulsado el adiestramiento de 939 multiplicadores. Además se diseñaron paquetes educativos integrados con material audiovisual, (1,850 diapositivas) y los 16 contenidos temáticos del programa (16 cassettes).

Servicios para adolescentes.- En México al igual que en otros países, el embarazo en adolescentes se ha incrementado y se ha convertido en un serio problema social y, en particular, de salud. En estadísticas recientes se han reportado 430 mil embarazos anuales en esta población.

Con base en lo anterior y recordando que una de las prioridades establecidas en el programa de planificación familiar 1983 - 1988 fue propiciar los servicios de orientación sexual y planificación familiar a esta población, la Secretaría de Salud inició en los centros de salud del primer nivel de atención del Distrito Federal los servicios para la población adolescente.

Para mayo de 1988 ya se habían capacitado a 1,652 personas, lo cual representó el 83 % de lo programado, y se establecieron servicios para dicha población en 215 centros de salud de 16 jurisdicciones del Distrito Federal.

Asimismo, se proporcionó un total de 1'195,217 - consultas de las cuales el 76.8 % correspondieron a medici na general, el 31% a atención prenatal, 2.6 % a planifica ción familiar, 2.5 % a salud mental y 12.9 % para atención odontológica.

Orientación sexual y planificación familiar para minusválidos.- De los nuevos grupos a los que el programa se está dirigiendo se le ha prestado una especial atención al de las personas que sufren algún tipo de minusvalía, - quienes representan entre el 7 y el 10 % de la población-- del país. En coordinación con la Confederación de Asocia ciones en Pro del Deficiente Mental y con el Sistema Nacio nal para el Desarrollo Integral de la Familia, se llevaron a cabo diversos cursos sobre orientación sexual y planifi cación familiar, habiéndose capacitado a 130 personas pres tadores de servicios de diferentes establecimientos de todo el país, entre los que destacan los Centros de Rehabili tación y Educación Especial y el Instituto Nacional para - la Rehabilitación de niños ciegos y débiles visuales del - DIF.

Servicios de orientación sexual y planificación - familiar en Consejos Tutelares, Reclusorios y Centros Psic quítricos.- En coordinación con las autoridades de la Se cretaría de Gobernación y del Departamento del Distrito - Federal, se capacitó al personal de trabajo social, de re

clusorios y de los consejos tutelares para menores, con el fin de proporcionar la información, orientación y servicios correspondientes.

Como resultado del adiestramiento al personal médico de los hospitales psiquiátricos de la Secretaría de Salud en el Distrito Federal, se impartieron 7,798 consultas de planificación familiar en 1987.

Participación del Sector Privado.- El Programa de Planificación Familiar consideró la participación de los sectores social y privado como apoyo para el logro de la cobertura de servicios.

La Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Planificación Familiar (FEMPA) y la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), han constituido un complemento cada vez más amplio de las instituciones del Sector Salud en la capacitación, promoción educativa y prestación de servicios a la población abierta. En este sector ha destacado también la labor del Centro de Orientación para Adolescentes (CORA).

Debido a que más de un 20 % de las usuarias activas de planificación familiar obtienen métodos anticonceptivos directamente de las farmacias, se capacitó en 20 cursos a 1,085 empleados de farmacias de once entidades federativas.

Nuevos métodos anticonceptivos.- Anticonceptivos Hormonales Subdérmico.- En 1986 se inició una investigación de tipo biomédico acerca de un nuevo hormonal subdérmico llamado Norplant, cuya acción es de cinco años.

La Secretaría de Salud está estudiando la aceptabilidad y los efectos en las usuarias de este nuevo anticonceptivo y con los resultados que se obtengan se podrá determinar si el método es adecuado para la población mexicana.

Otro de los estudios de este tipo es el referente al inyectable anticonceptivo mensual Cyclofem (25 mg de acetato de medroxiprogesterona + 5 mg. de clikonato de estradiol), como un inyectable hormonal de larga duración o acción que tenga alta eficacia y pocos efectos secundarios se desarrolla actualmente la fase 4, a partir de cuyos resultados se determinará si se incluye en el programa de planificación familiar en México.

Mercadotecnia Social.- Debido a la especial atención que merece el elevado volumen de usuarios de planificación familiar en el país que recurren a las farmacias del sector privado para obtener los anticonceptivos, la Secretaría de Salud implantó una estrategia de mercadotecnia social para ponerlos al alcance de la población, a precios accesibles en un nuevo canal de ventas. Desde mayo de 1986 se venden los preservativos marca Protector en las 5,000 tiendas

urbanas y el 5 % de las 12,000 rurales del sistema de distribuidores CONASUPO. Esta cobertura ha constituido una innovación en el campo de la mercadotecnia social en el nivel internacional, y al cabo de dos años el segundo lugar en ventas entre las 42 marcas existentes en el mercado mexicano. Para promover el producto, se ha capacitado al personal de tiendas, se ha producido y difundido múltiples impresos y mensajes radiofónicos y, durante 1987, se amplió la venta del producto a las tiendas del ISSSTE, del DDF y del IMSS.

3.6.3.- AMPLIACION DE LA DEMANDA DE SERVICIOS.

Para ampliar la demanda de servicios, la Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría General del CONAPO y la Dirección General de Radio, Televisión y Cinematografía de la Secretaría de Gobernación, incrementó la difusión de contenidos educativos a través del cine, radio y televisión.

Se realizó la radionovela de 120 capítulos "Por amor a mi Pueblo" para promover la planificación familiar, la atención primaria, la participación comunitaria en pro de la salud y la organización de la comunidad, la cual se ha difundido en diversas radiodifusoras locales de 31 entidades federativas.

De 1983 a 1988 se redujeron 25 mensajes cortos pa

ra televisión y radio, enfatizando los efectos positivos que en la salud tiene la planificación familiar, los cuales se difundieron en estaciones de cobertura nacional y local.

En 1986 se produjo un largometraje de corte comercial. "Va de Nuez", que desarrolló, a través de una comedia, temas de orientación sexual, relación de pareja, embarazo en adolescentes y planificación familiar.

Durante 1988 se transmitió con cobertura nacional la teleserie de once capítulos "Las Buenas Costumbres", sobre la problemática familiar de los embarazos en jóvenes y, en general, sobre la planificación familiar, la orientación sexual y la relación de pareja y familiar.

Promoción por medio de impresos.- Para reforzar la comunicación interpersonal se diseñaron e imprimieron boletines y material didáctico para prestadores de servicios, así como folletos, carteles, trípticos, volantes y calendarios dirigidos a la población en general. Durante 1988 se ha puesto un especial énfasis en los dirigidos a la población masculina rural y se ha editado una serie titulada "Libro Gufo", la cual presenta una forma similar a las historietas populares más vendidas.

3.7.- RESULTADOS.

Los resultados y el impacto que han tenido las actividades de todas las instituciones que han participado en el programa han sido evaluadas a través de varias encuestas.

Al inicio de la pasada administración las instituciones del Sector Salud elaboraron el Programa Interinstitucional de Planificación Familiar, en donde se acordó la necesidad de evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos por lo que respecta a su prevalencia, -- sus efectos sociales y a la salud. Para dar cumplimiento a este acuerdo se definió la realización de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud.

Esta última encuesta se llevó a cabo en 1987 y permitió a la Secretaría de Salud y a las instituciones involucradas tener una visión actualizada tanto a nivel nacional como regional, de los avances y logros del programa, así como del cumplimiento de objetivos y metas -- programadas para el período 1983 - 1986,

Para valorar el avance de las acciones del programa de planificación familiar pongamos una especial -- atención al uso de métodos anticonceptivos a nivel nacional.

Entre 1982 y 1987 la cobertura de mujeres en edad fértil unidas que controlaban su fecundidad, incluyendo los métodos tradicionales aumentó de 47.7 a 52.7 %. Lo que significa que para abril de 1987 había 6.9 millones de parejas usuarias. Este hecho revela que la meta de cobertura se alcanzó en un 95 por ciento. Para noviembre de 1988, se estimó una cobertura de 54.7 % lo que permitiría un total de 7.7 millones de usuarias.

Sin embargo, este nivel de uso dista mucho de ser homogéneo entre las áreas rural y urbana del país, es decir existen marcadas diferencias en la cobertura del uso de métodos.

En 1987 la cobertura fue de 37.6 % en las localidades con menos de 2,500 habitantes y de 63 % en las urbanas. Es importante resaltar esta diferencia, ya que el alto nivel de uso que se ha dado en las ciudades difícilmente podrá seguir aumentando al mismo ritmo, y ello implicará que hay que redoblar esfuerzos para la ampliación de la cobertura en las comunidades rurales, para sí cumplir con metas nacionales.

En lo que respecta a la distribución por edad de las usuarias, las coberturas de las mujeres unidas menores de 20 años mostró niveles aún muy bajos (30.3) en relación con la de los otros grupos de edad.

En cuanto a los tipos de métodos se observa una clara tendencia hacia los de mayor efectividad. En 1982, - los más utilizados eran: las pastillas (29.7%), seguido de la oclusión tubaria (28.1 %) y en tercer lugar el dispositivo intrauterino (13.7 %).

Para 1987 esta distribución cambió a un 36.4 % - de ligadura, 19.9 % para el DIU y 18.0% para pastillas. - También destaca que los usuarios de vasectomía representaron para 1987 el 1.5 % del total, es decir, lo doble de lo registrado en 1982; sin embargo, aún se refleja la poca participación del hombre en el programa.

Ahora bien, en cuanto a los servicios prestados - por las diversas instituciones, nos encontramos que el Sector Público sigue siendo el que mayor número de usuarios ha captado es decir, cada vez es mayor la población que acude a solicitar el servicio a las instituciones públicas.

3.8.- ESTRATEGIAS GENERALES 1989 - 1994.

Con base en la política de Bienestar Social, el Dr. Jesús Kúmate Rodríguez, Secretario de Salud, convocó a las instituciones del Sistema Nacional de Salud para que participaran en el Grupo Interinstitucional de Planificación familiar cuyos objetivos son:

1.- Desarrollar el Programa de Planificación Familiar 1989-1994, con base en los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo y las políticas del Consejo Nacional de Población y del Sistema Nacional de Salud.

2.- Proporcionar las bases de planeación y evaluación para que en cada entidad federativa se formulen y desarrollen anualmente programas interinstitucionales de planificación familiar.

3.- Cumplir con los acuerdos que en la materia establezca el Jefe del Ejecutivo Federal en el Gabinete de Bienestar Social.

4.- Presentar ante el Gabinete de Bienestar Social, presidido por el C. Presidente de la República, el avance anual del Programa de Planificación Familiar.

5.- Proponer al Consejo Nacional de Población -- los contenidos de planificación familiar y orientación sexual, que se utilizarán para la promoción educativa a través de medios de comunicación social públicos y privados.

6.- Actualizar, difundir y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la prestación de servicios de planificación familiar.

7.- Analizar los presupuestos autorizados para el Programa de Planificación Familiar y gestionar recursos adicionales cuando así se requiera.

El Grupo se instaló el 28 de marzo de 1989, y está constituido por la Secretaría de Salud y por instituciones públicas como el IMSS, ISSSTE, DIF y los servicios de salud de la Secretaría de Marina, Secretaría de la Defensa Nacional y de Petróleos Mexicanos, así como por instituciones privadas como FEMAP, MEXFAM, COPLAFAM, CORA y el Centro de Desarrollo Humano.

Los planteamientos que en materia de población se deriven de este Grupo serán presentados ante el Consejo Nacional de Población por la Secretaría de Salud, en su carácter de miembro del Consejo.

La experiencia, infraestructura y recursos de cada una de las instituciones integrantes serán la base para el desarrollo del programa de trabajo de este Grupo en los próximos años, así como para el diseño de estrategias específicas de apoyo que permitan ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios en especial para las zonas marginadas, urbanas y rurales, y para las nuevas generaciones de quienes dependerá y quienes vivirán el futuro demográfico de nuestro país.

Asimismo la Secretaría de Salud ha propuesto, para el período 1989-1994, los lineamientos generales para responder a las necesidades y problemas que se han presentado, tanto en la estructura misma del programa como en la prestación y promoción de los servicios:

1.- Impulsar la formación y desarrollo de recursos humanos, que presten servicios de planificación familiar, para incrementar su calidad y cobertura.

2.- Procurar mayor atención y accesibilidad a los servicios de la población rural que reside en comunidades con menos de 2,500 habitantes, así como de las áreas urbanas marginadas.

3.- Prestar servicios de educación, información y orientación sexual a toda la población que lo solicite haciendo un especial énfasis en los adolescentes.

4.- Hacer partícipe a la población masculina del control de la fecundidad ya que en la actualidad casi es exclusivamente de la mujer.

5.- Elaborar contenidos de orientación sexual, planificación familiar y riesgo reproductivo para instituciones de educación media, media superior y superior del sector educativo.

6.- Reforzar el apoyo técnico y financiero en las entidades federativas con menor cobertura en áreas rurales e indicadores desfavorables de salud y fecundidad.

7.- Diseñar y transmitir mensajes, a través de radio y televisión y por medio de impresos sobre orientación sexual y planificación familiar.

8.- Fomentar el establecimiento de convenios de co-financiamiento con los gobiernos estatales y municipales, y con los sectores social y privado.

9.- Desarrollar proyectos de investigación operativa de las estrategias de capacitación, supervisión y prestación de servicios.

La magnitud de los retos que se enfrentan actualmente requiere no sólo de mayores esfuerzos por parte de las instituciones de salud sino de la participación activa de otros sectores, como es el educativo, para lograr cambios en la actitud y en la conducta reproductiva en los diversos grupos de población.

C A P I T U L O I V

ESTUDIO SOCIO-JURIDICO DE LA PATERNIDAD RESPON-
SABLE, LA PLANIFICACION FAMILIAR Y EL CONTROL DE LA NATA-
LIDAD COMO FORMAS DE INTERACCION ENTRE LOS CONYUGES.

4.- La planificación familiar en México, elevada hoy-
al rango constitucional, señala en el artículo 4o. lo si --
guiente:

"El varón y la mujer son iguales ante la ley. Es-
ta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.
Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, res -
ponsable e informada sobre el número y el espaciamiento de
sus hijos". Este concepto se repite en el artículo 162 del
Código Civil vigente para el Distrito Federal, diciendo: -
"Los cónyuges están obligados a contribuir cada uno por su
parte a los fines del matrimonio y a socorrerse mutuamente.
Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, res -
ponsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus
hijos. Por lo que toca al matrimonio, este derecho será --
ejercido de común acuerdo por los cónyuges".

La Organización de las Naciones Unidas ha realiza-
do diferentes reuniones sobre población como: en 1966 cele-
brada en Nueva York, la de 1968 realizada en Tberán; la de
1972 en Nueva York, año en que se proclama 1975 como el --

"año internacional de la mujer", produciendo entre otras - consecuencias, introducir en la legislación mexicana el de recho a planificar la familia. Sin embargo, el legislador reglamentó a medias este derecho, en virtud de que la planificación familiar no debe entenderse sólo como derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos, sino - y - aquí surge el quid del asunto- el derecho a no tener hijos.

4.1.- REPERCUSIONES.

Si una persona soltera o pareja casados, deciden no tener hijos, estarán planificando su familia; estarán - ejerciendo un derecho personal, subjetivo que tiene su fun damento, interpretando el artículo 4o. constitucional en - sentido contrario -o contrario sensu-; pero es conveniente reflexionar. ¿Es legal ejercer un derecho que no permitirá el embarazo de la mujer?, ¿Es jurídico ejercitar un dere - cho que terminará la gestación de un producto en cualquier etapa de la preñez, aún poniendo en peligro la vida de la -presunta madre?. Su buscamos la respuesta, sobre todo a la segunda cuestión, quien se ubique en ese supuesto estará - cometiendo el delito de aborto, que "es la muerte del pro - ducto de la concepción en cualquier momento de la preñez"- (artículo 329 del Código Penal para el D.F.); y, sin embar - go, estará ejerciendo su derecho, con rango constitucional, de planificar su familia.

Ahora bien, además de las cuestiones legales, de -
bemos considerar los problemas sociales, y entender que la
planificación familiar es una concepción clara y actitud -
consciente sobre el número de hijos que deben tener, de --
acuerdo al intervalo genésico deseado, fundados en el cono-
cimiento de las técnicas y métodos anticonceptivos; la pa -
ternidad y maternidad responsable, como la conducta cons -
ciente y deliberada de los padres, conociendo su situación-
social, económica y cultural, para determinar el número de
hijos que deben tener y el control de la natalidad, como la
limitación del número de hijos en una familia, a través del
conocimiento y aplicación de las técnicas y métodos anticon-
ceptivos, los cuales intencional y deliberadamente evitan,-
previenen la concepción; y que si México no encara el grave
problema de la sobrepoblación y la explosión demográfica, -
ni un mar de petróleo será suficiente para resolver las gra
ves carencias que aun sufre el pueblo mexicano, como son -
grandes sectores que no hablan español, otros que carecen -
de proteínas básicas desde su nacimiento, otros más sin ha-
bitación, y la gran mayoría, que viven como seres subhuma -
nos y poco o nada alimentados.

En nuestra opinión, si una señora ha sido orienta
da sobre la planificación familiar y el control de la fecun
dación, y queda embarazada, si tiene el consentimiento de -
su esposo, su situación económica es precaria, puede con ba
se en el artículo 4o. constitucional, efectuarse el aborto-

y optar más adelante por uno de los medios definitivos de control de la fecundidad, a fin de evitar posteriores embarazos. En este sentido los legisladores deben aclarar la situación para evitar a los juzgadores hacer interpretaciones "in extenso", por falta de un criterio definido.

La realidad nos demuestra, que poco se ha logrado en materia de paternidad responsable en México y por ello es común observar que el machismo en nuestro país provoca que la planificación familiar sea letra muerta, razón por la cual el maestro Julián Guitrón Fuentes nos habla de un aspecto de paternidad irresponsable y sus efectos jurídicos:

"El padre o madre que abandonen a un hijo por más de seis meses, pierden la patria potestad. Quién exponga al desamparo a sus hijos recibirá la sanción mencionada. Si los padres observan costumbres depravadas en relación a sus hijos, perderán su derecho de ser padres. Si hubiera malos tratos o se abandonen los deberes de alimentar, educar, y formar a los hijos, se sancionara a los culpables, obligándolos a perder la patria potestad. Si la mala conducta de los padres compromete la salud, seguridad o moralidad de sus hijos, sean o no estos hechos delictuosos, perderán la patria potestad.

Si el padre o la madre han cometido algún deli -

to grave, y hubieran sido condenados dos o más veces por -
esa causa, también pierden la patria potestad.

Cuando los cónyuges se divorcian por una causa ne-
cesaria, como es el caso del adulterio, en cuya hipótesis se
sancionará al culpable a perder la patria potestad. Iguelmen
te, si la mujer que se va a casar lo hace embarazada, y el -
hijo que le nace después de casarse, sea declarado ilegíti-
mo.

La ley preocupada por la moral familiar, castiga -
al marido privándolo de tener a sus hijos a su lado si ha -
prostituido a su mujer, de manera directa, es decir, cuando
haya recibido dinero o algún regalo en especie, para permi -
tir que otro tenga relaciones carnales con ella.

Se pierde la patria potestad cuando un cónyuge in-
cita al otro para cometer algún delito. Puede darse el caso-
de que no fueren los padres corruptores de sus hijos, pero -
en la hipótesis de tolerar aquella, se hacen acreedores a la
sanción tantas veces mencionada.

Por otro lado merece la pena citada, separarse de
la casa conyugal por más de seis meses, sin que haya una -
causa que lo justifique, desde luego debe aclararse que la
ley no distingue, ya que tanto la madre como el padre, pue

den ser culpables de cualquiera de las causas señaladas. - Si el padre o la madre tienen los vicios del juego, de la embriaguez o usan indebidamente las drogas enervantes, - - arruinando a la familia, estarán en la hipótesis de perder la patria potestad de sus hijos.

En estos casos señalados anteriormente, la patria potestad se pierde para siempre y si los dos padres fueren culpables, se tendrá que nombrar un tutor, ante la ausencia de los abuelos paternos o maternos.

Se pierde la patria potestad, durante el tiempo que viva el cónyuge inocente, si se prueba en el divorcio necesario, que se abandonó el hogar conyugal por más de un año, habiendo una causa que fuere bastante para pedir el divorcio. Lo mismo se observará cuando se declare ausente legalmente a una persona o presuntivamente muerta. La - - crueldad mental excesiva en las relaciones matrimoniales, las amenazas físicas o morales y las injurias graves también sancionan con la pérdida de la patria potestad, y además, cuando los padres no cumplen con sus obligaciones elementales de alimentar, educar y procrear a sus hijos, también serán sancionados. Puede darse el caso de que un cónyuge calumnie al otro, en esta situación quien ha sido -- ofendido puede demandar el divorcio y obligar a que el - - otro cónyuge pierda la patria potestas.

Por otra parte, se pierde la patria potestad -- cuando el padre o la madre realizan actos punibles contra -- uno o el otro, respectivamente, siempre y cuando esa con -- ducta sea un delito que merezca la pena de un año o más de -- prisión.

Como excepción en que no se pierde la patria po -- testad pero que los hijos deben quedarse con uno sólo de -- los cónyuges, se cita el de padecer sífilis, tuberculosis -- o alguna enfermedad crónica o incurable; así como la impo -- tencia incurable que sobrevenga después de celebrado el ma -- trimonio; en el mismo caso se está si se padece enajenación -- mental incurable.

Aparentemente la figura de la patria potestad es irrelevante para algunos pseudoestudiosos del Derecho Fami -- liar, como lo hemos demostrado en esta nota, no lo es tanto, ya que la sanción consiste en mantener la obligación de -- cumplir con los deberes derivados de aquella y sancionar al padre o la madre impidiéndoles volver a sus hijos, según -- sean las circunstancias señaladas en este artículo." (28)

Curación, prevención y rehabilitación, constitu -- yen acciones médicas importantes, pero no son suficientes. La meta a que se aspira hoy día es la salud integral, con -- cebida como bienestar bio-psico-social. Este concepto lle --

(28). Guitrón Fuentevilla, Julián. op. cit. págs. 264 - 266.

va implícita la importancia y la imposibilidad de separar al cuerpo de la mente y a ambos del grupo social del que el individuo forma parte.

Toda acción médica habrá de orientarse hacia dicha meta y por ello deberá enfocarse hacia el organismo, - hacia la mente, hacia la familia y hacia la comunidad, - que es en sí otro organismo, de gran complejidad y en estrecha interrelación con el primero. El enfoque unilate - ral hacia aspectos exclusivamente médicos no han aportado mayores resultados para el logro del bienestar del hombre. Por tal motivo las acciones deben ser conjuntas, tanto médicas como sociales.

¿Pero cómo y en que momentos deben emprenderse - acciones médicas y sociales que nos sitúen en condiciones de aspirar al bienestar bio-psico-social?.

No podemos pretender que quien ha sido engendra - do en condiciones desfavorables, tanto biológicas -edad ma - terna avanzada, o por el contrario excesivamente joven -, - en presencia de patología general o gestacional como socio económicas, familiares excesivamente numerosas, con ingre - sos mínimos ha hecho insuficientes todos sus servicios, de sarrolle plenamente su potencial genérico y pueda aspirar - al goce de la salud integral.

Evidentemente nuestras acciones han de ponerse - en juego antes de la concepción misma, deben ser de índole médica y de índole social y realizarse con la participación de personas conocedoras de ambas áreas.

Los elevados índices de morbimortalidad materna - y perinatal, las también altas tasas de mortalidad y morbilidad infantil y del preescolar no se han modificado, a pesar de los esfuerzos desplegados por la ciencia médica en - sus áreas de Gineco-Obstetricia, por Pediatría y por esa - nueva rama surgida de la suma de conocimientos de una y - otra como necesidad inaplazable de profuncoizar en la investigación de la fisiopatología del embrión, del feto y del - trabajo de parto, la Perinatología.

Y no se han modificado, porque son consecuencia - obligada de gestaciones realizadas en condiciones desfavora - bles, y gran número de casos se liga a los denominados "fac - tores de riesgo".

Que injusticia más grande la que estamos presen - ciando, son los que procrean más; precisamente los menos - capacitados para mantener una familia; cualquiera puede -- darse cuenta de que a mayor natalidad, hay algo que anda - mal en nuestra sociedad actual, esa injusticia social no de - bemos aceptarla con los brazos cruzados.

Vivir de acuerdo con la época presente, es una exigencia para el hombre. Por otra parte, vivir fuera de los imperativos de la época, es una actitud inmoral.

Si no ayudamos al humilde al ignorante, al impreparado, estamos incurriendo en una falta; estamos asumiendo una actitud inmoral, no podemos forzar a la procreación ilimitada al incapacitado, so pretexto de seguir el precepto del Génesis, creced y multiplicaos. El presente nos impone una enmienda si aceptamos que una nueva era ha comenzado a mediados del siglo XX.

Creced y multiplicaos, sí pero de una manera consciente y razonada, consciente para poder ser responsable; - razonada para mejorar la calidad de vida de nuestros hijos.

La planeación basada en la paternidad responsable; el hombre debe comprender que no se trata de hacer niños, sino de traer al mundo hombres en el sentido pleno de la palabra.

El marido y la mujer deben estar conscientes de que al procrear traerán al mundo hijos que deberán de desarrollarse en condiciones óptimas de nutrición, de educación y de preparación al trabajo por consiguiente esos progenitores deben poder conservar la libertad para no procrear más allá de sus posibilidades, y guardar el derecho de limitar-

los nacimientos cuando lo juzguen necesario, esta es en última instancia la razón de ser de la planeación familiar.

Por desgracia para lograr todos estos ideales pasarán muchos, pero muchos años. Desafortunadamente no tenemos tanto tiempo por delante. Hemos visto como se duplicará la población de México cada 23 años. Hemos analizado lo que podrá suceder en 50 años más al conservar una actitud pasiva. Nos encontraríamos ante el problema en situación desesperada; tal vez demasiado tarde para lograr un equilibrio entre la producción y la reproducción.

En otras palabras, el desarrollo y la evolución de una paternidad responsable nos llevaría demasiado lejos, fuera de tiempo, para resolver el problema apremiante.

La segunda modalidad para llevar a cabo la planeación tiene que entablar la lucha frontal contra la ignorancia, dando una educación sexual y una orientación rápida, accesible y práctica a los padres de familia, sepan o no sepan leer.

En México no estamos preparados, en las clases humildes e ignorantes, para seleccionar y adoptar el método que permita planificar la familia. En este aspecto nuestra posición es desventajosa si la comparamos con la de Eu

ropa o la de Norte América. Es por ello que el país se va poblando a expensas de los impreparados debido a la escasez de escuelas, así como de los individuos físicamente inferiores por la desnutrición que padecen. De seguir así llegaríamos a resultados imprevistos y no deseados.

En efecto el nivel intelectual de nuestro pueblo, la calidad del promedio humano, iría descendiendo constantemente, ya de por sí, aun suponiendo que no hubiere obstáculo al control de la fertilidad, el gobierno tendría una tarea titánica para educar y orientar a esos individuos física e intelectualmente deficientes, tratando de alcanzar un resultado práctico en la lucha contra la sobrepoblación.

El hombre todavía por muchos años, será libre en nuestro medio de tener los hijos que desee, consciente de lo que está haciendo, pero a sabiendas de que puede elegir el plan que más convenga para el bienestar de su hogar.

Tomándoles desde el punto de vista práctico, para el caso que nos ocupa; el crecer del hombre se ha ido modificando considerablemente con el transcurso de los años, es decir la vida media del individuo gracias a los adelantos de la medicina, sobre todo en los últimos 50 años es cada vez mayor. Este hecho a traído como consecuen

cia un aumento de la población mundial.

Desde el punto de vista de la multiplicación, cada vez toman parte mayor número de parejas, esto acarrea igualmente la sobrepoblación, llamada también explosión demográfica, conflagración demográfica o super población.

Este problema de acuerdo con los estudios númericos, tiende a ser cada día más importante, llevando una - curva ascendente que adquiere mayor altura en un periodo de tiempo cada vez más corto.

La humanidad al mismo tiempo que cumple con el - cometido de la reproducción para la conservación de la especie, busca soluciones a sus problemas. Actualmente los - principales problemas son: LA CONSERVACION DE LA PAZ MUNDIAL Y LA EXPLOSION DEMOGRAFICA.

"Como solución a este último problema sólo existen dos caminos, acabar con la vida de gran parte de los - habitantes, conducta obviamente ilógica y el otro; la planificación familiar, por el control de la natalidad, solución que atañe directamente a la medicina, que cada día es más necesaria, adquiere mayor popularidad y aceptación." -
(29)

(29) Bermúdez Méndez Elvia. La vida familiar del mexicano. Editorial Trillas. México 1975, 2da. edición. páj. 171

El hombre debe ser educado; no es como los animales que se manejan por instintos y que pueden subsistir y realizar plenamente su naturaleza animal sin necesidad de ninguna educación. No así el hombre que precisamente por ser una naturaleza de carácter espiritual encarnada en una materia, necesita de esa educación para poder realizar todas las posibilidades de su propia naturaleza humana. Estos son los dos fines primarios o principales del matrimonio: la procreación y la educación de la prole.

4.2.- LA AYUDA RECÍPROCA ENTRE LOS CONYUGES, FORMAS Y ANÁLISIS DE ESTAS.

Deber de asistencia. Es una consecuencia lógica de la ayuda mutua que los conyuges se propusieron al contraer matrimonio, además es uno de los fines secundarios del matrimonio. Comprende este deber de asistencia una ayuda espiritual que deben prestarse mutuamente los conyuges, la cual es consecuencia de la plena comunidad que debe existir entre ellos. Esta ayuda tiene un aspecto positivo tal como dar consejo, prestar auxilio de todo tipo, y muchos más, en la riqueza infinita que presenta la vida matrimonial cotidiana, y otro aspecto negativo que lleva a abstenerse y tratar de evitar todo aquello que en alguna forma pueda trastornar la vida conyugal, o la persona del otro conyuge en su aspecto material y espiritual. Tales ayudas de carácter más bien espiritual, rebasan el campo -

jurídico y son de gran importancia en el matrimonio.

También comprende el deber de asistencia, una ayuda material. La plena comunidad de vida que se establece entre los cónyuges en virtud del matrimonio, debe tener también una consecuencia material. No podrán lograrse los fines del matrimonio si no existe este deber de asistencia mutua desde el punto de vista de los satisfactores y de los bienes materiales y que comienza por concretarse en la vida común en el hogar conyugal.

La educación de los hijos y la ayuda mutua que deben de prestarse los cónyuges, implica necesariamente la obligación de contribuir económicamente uno o ambos al sostenimiento de ese hogar conyugal. Es el derecho positivo el que debe proveer en la mejor forma que el legislador lo juzgue conveniente a concretar cómo y en que forma los cónyuges deben prestarse esa ayuda material pero desde luego es necesario que se legisle sobre esta materia señalando la forma en que contribuyen al sostenimiento económico del hogar, la obligación que tienen mutuamente de prestarse alimentos cuando uno de ellos esté incapacitado y es también propio de la naturaleza del matrimonio, el que existe al menos un derecho aunque sea mínimo, por parte del cónyuge a la herencia legítima del otro si es que no tiene bienes propios.

4.3.- ANALISIS SOCIOLOGICO.-

"El tema central de este trabajo recepcional en - tra en el terreno de la Sociología, en virtud de que los fenómenos que presentan los hombres que viven en sociedad, dependiendo en su mayor parte de la voluntad de los individuos que la forman, no parecen susceptibles de preverse y en consecuencia no pueden ser materia de ciencia, puesto que esta última se caracteriza esencialmente por la previsión que nos permite hacer de los fenómenos que se ocupa." (30).

El objetivo central del presente trabajo, se ubi - ca en el terreno de la Sociología y la investigación social, tomando en consideración que la Sociología moderna tiene -- tres direcciones:

- 1.- De carácter teórico, especulativo y analíti - co.
- 2.- De investigación con el objeto de mejorar - realidades concretas desfavorables o de resolver problemas - sociales determinados e
- 3.- Investigación para formular o fundamentar - teorías sobre la sociedad o alguno de sus aspectos." (31)

(30) efr. Escobar Alberto. Sociología General. Aguilar Editores. México 1904. 2da. edición. pág. 5

(31) Mendieta y Núñez Lucio. Breve historia y definición de la Sociología. Instituto de Investigaciones Sociales.- UNAM. 1971. 1a. Edición. pág. 137.

"Los mecanismos que se utilizan para llevar a cabo la paternidad responsable, la planificación familiar y el control de la natalidad, tienen como objetivo primordial la familia, entendida esta como la institución social básica ya que en ella por las funciones que esta desempeña, el hombre se va formando y transmite hacia los demás todo -- aquello que aprendió en el grupo primario, razón por la -- cual se considera que quién proviene de una familia organizada tendrá una familia organizada igualmente." (32)

Indiscutiblemente, uno de los principales obstáculos para la paternidad responsable, la planificación familiar y el control de la natalidad es la educación, veámoslo que dice al respecto Rodolfo Emerson:

"Humanamente hablando, las disparidades entre los hombres derivan de la escuela, del colegio, del ambiente. - Todos los cuentos fantásticos de Aladino, del invisible Gyges o del talismán que abre los palacios de los reyes o las encantadas galerías bajo tierra o en el fondo del mar, no son más que imágenes que expresan únicamente el milagro del - desenvolvimiento intelectual. Cuando un hombre inteligente llega a ser un hombre inspirado, cuando ese mismo hombre pasa del estado de entorpecimiento al estado de comprensión, -

(32) Horton Paul. Sociología. Traducción McGraw Hill. Madrid España. 1978. 2da. Edición. pág. 73

salude lejos de sí el aturdimiento de las comenadas, el letar go de los sentidos, para entrar en la casi-omnisciencia del - pensamiento superior; entonces, arriba, abajo, en torno suyo; desaparecen todos los límites que le acercan. No se le cie - rra ningún horizonte. Aprende las cosas en su principio, to - dos los hechos en su conexión." (33)

La planificación familiar, la paternidad respon - sable y el control de la natalidad son diferentes en cuan - to a su concepción y resultados de acuerdo a cada clase so - cial.

Lucio Mandieta y Núñez explica claramente lo refe - rente a las clases sociales:

"Para comprender aquella vida y esas relaciones - es necesario tener un claro concepto sobre las clases socia - les y conocer la idiosincracia de cada una de ellas, pues - la actuación de los individuos y de los grupos tanto en sus relaciones culturales como económicas de cooperación de -- oposición y de lucha depende, por lo que respecta a los in - dividuos, en gran manera de la clase a que pertenecen y por lo que se refiere a los grupos, de la clase predominante -

(33) Emerson Rodolfo W.- Los fundamentos de la Sociología - Contemporánea. Imprenta de Juan Pueyo. 1a. versión -- Castellana. Madrid 1923. págs. 46-47.

en ellos o del equilibrio de clases dentro de ellos." (34)

Para una pareja, en particular, planificación familiar significa la capacidad y posibilidad de tener control sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Desde este punto de vista, estamos hablando de la prevención de los nacimientos en la familia mediante el uso de determinados mecanismos como son los métodos de la contracepción tradicional y los de la moderna.

Para comprender el significado que históricamente ha tenido la planificación familiar, sobre todo, cuando se ha generalizado a tal punto de reducir la fecundidad de las poblaciones a su mínima expresión, se han desarrollado estudios sobre las principales experiencias mundiales. Estas han arrojado una concepción muy particular sobre el fenómeno de la reducción de las tasas de natalidad, e incluso de las políticas de población resultantes.

En esos estudios de experiencias anteriores no se contempla el efecto de los programas de planificación familiar debido a que no existían en las fechas que se observaron los grandes cambios demográficos de una alta a una baja fecundidad.

(34) Mendieta y Núñez, Lucio. Las clases sociales. Biblioteca de ensayos sociológicos. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM. 2da. Edición 1957. pág. 188.

La Sociología de la transición demográfica, por decirlo así, se ha elaborado a partir de una teoría y metodología histórica, propiamente dicha. No existen estudios de naturaleza psicosocial para el análisis de los cambios en los patrones reproductivos de las parejas.

La comprensión de los fenómenos demográficos se hace siempre a partir de la ubicación de la familia en un medio ambiente social y económico. Esta ubicación en los estudios se hace generalmente en los estratos socio-económicos - que pueden formarse según algunas características de empleo, ingreso, educación, residencia geográfica, etc.

Así el descenso de la fecundidad en los países europeos que primeramente experimentaron este fenómeno es estudiado a partir de la definición de una estructura social determinada. Sabemos por estos estudios que los patrones reproductivos de las parejas van asociados a fenómenos de formación de nuevas clases sociales y a los de ascenso social. La explicación de los fenómenos demográficos se plantea, pues - a partir de enfoque de tipo estructural.

Para el estudio del fenómeno demográfico actual podemos detectar la presencia de dos nuevos elementos:

"1.- Los programas de población, que están orientados básicamente a influir en la pareja para que adopten una

conducta reproductiva de limitación y espaciamiento de los nacimientos, mediante el uso de una tecnología moderna anti-conceptiva, y

2.- El surgimiento de un nuevo enfoque en los estudios demográficos: el enfoque psicosocial." (35)

Es importante destacar el hecho anterior si queremos comprender la utilidad de áreas del conocimiento demográfico relevante a los programas de población.

Generalmente, parece ser que los programas de población se han fundamentado más en estudios de carácter psicosocial, que en estudios de carácter demográfico.

Así pues, la demografía ha analizado un fenómeno - ex post; es decir, ha observado cambios demográficos y los ha estudiado a la luz de circunstancias demográficas propiamente dichas, sociales, económicas y políticas. Con el desarrollo de este enfoque, en el estudio de los fenómenos actuales, se ha orientado más hacia la interpretación de los fenómenos de tipo estructural socio-económico que influyen en la pareja y no ha profundizado en aquellos elementos que actúan sobre la pareja y que se observan en el nivel comunitario o grupal.

(35) Díaz Guerrero, Raúl. Dirección Gral. de Atención Médica Infantil, Paternidad responsable y planificación familiar. Editorial Pax. México 1973. pág. 114.

Con esto quiero señalar que la planeación familiar en la pareja no es un acto independiente de la familia como núcleo, sino una situación a la cual se llega por influencia externa al grupo familiar.

Por su parte, el bienestar, enmarcado en sistemas de salud, educación, empleo, vivienda y recreación, es aceptado por el individuo en la medida en que este socialmente-preparado para integrar cambios en sus modos de conducta. - Que el Estado determine y logre proporcionar a estos elementos de bienestar a la población, no quiere decir que el problema demográfico desaparezca, ya que antes deben considerarse los patrones de conducta, las normas sociales y las actitudes de la población en su aceptación a los factores que determinan el bienestar social. En este cuadro se enmarcan los programas de planificación familiar.

La planeación familiar como un acto de gobierno, tiene, asimismo, dos aspectos: uno, que se refiere al control natal como mecanismo coercitivo, impuesto por los gobiernos para cambiar fundamentalmente el ritmo de crecimiento demográfico, y el otro, está constituido por las políticas de población indirectas que se traducen en cambios de la conducta reproductiva.

Para citar un ejemplo de estos mecanismos me referiré a Francia, México y Japón.

En este sentido, en nuestro país, hemos tenido - tradicionalmente una política de población expansionista - que ha conformado el comportamiento reproductivo de las parejas, tanto en el medio rural como en el urbano.

Nuestras leyes han permitido tradicionalmente el matrimonio a edades muy tempranas, nuestros sistemas educativos, uno de nuestros grandes logros sociales, ha sido tradicionalmente gratuito; en el campo primordialmente, pero - también en ciudades pequeñas, la mujer difícilmente completa su educación primaria e no tiene ninguna; los logros alcanzados en la salud pública y en la medicina preventiva, - han reducido considerablemente la mortalidad infantil. Aundo a estos aspectos, la sociedad mexicana ha tenido la -- imagen de vivir en un "cuerno de la abundancia", como en - reiteradas ocasiones se le ha llamado a nuestro país. La - suma de todos estos factores se ha traducido en acelerado ritmo de crecimiento poblacional.

Vale la pena aquí hacer un paréntesis y plantear algunas interrogantes a fin de subrayar las áreas de investigación que son necesarias de cubrir para que las acciones en planeación familiar, tanto del estado como de la pareja, logren su cometido.

Si el comportamiento de las parejas es un fenómeno íntimamente ligado y dependiente de las acciones ema-

nadas del Estado, conviene saber hasta qué grado el éxito de los programas de planeación familiar esté condicionado a las decisiones tomadas en otros sectores; hasta qué grado puede el Estado lograr extensamente sus objetivos de educación, de salud, de empleo y de vivienda, sin afectar la armonía de la pareja en su función de familia. Estas interrogantes, que se refieren al nivel macrosocial, tienen como objetivo evaluar, por un lado, las acciones del Estado y, por el otro, la aceptación de la población a los programas de planificación familiar.

La antropología social y cultural se ha interesado desde sus inicios en el estudio de las formas de organización familiar; su más habitual metodología de investigación de campo, basada en la observación, particularmente la semiparticipante o participante, así como sus marcos teóricos en el estudio de las culturas y subculturas, -especialmente de las comunidades rurales e indígenas- constituyen un importante ingrediente para la investigación social del fenómeno de la planificación familiar.

La psicología social, e incluso la psicología personal tienen, esencialmente por su parte, un interés por los fenómenos vivenciales individuales y grupales - particularmente del núcleo familiar, de la conjunción -

sexual y de la relación paterno filial-, íntimamente relacionados con la planificación familiar y con la reproducción.

A su vez, la sociología ha desarrollado importantes avances, tanto en la rama de la sociología de la población o demografía, de carácter más bien macrosocial, como en la de sociología de la familia de tipo más bien microsocial; pero también en la de la sociología de la salud y la medicina -en su doble perspectiva macro-micro social-. En estas tres especializaciones la referencia a la planificación familiar es evidente. Es así como la mayor parte de los estudios sociales realizados hasta ahora en el campo de la planificación familiar han provenído más bien de un enfoque sociológico que analizaremos aquí.

A pesar de esta vocación a la investigación relacionada con la planeación familiar, por parte de la antropología, de la psicología social y de la sociología, aún es incipiente lo que han podido realizar al respecto - en el caso de México. Más todavía si hablamos de investigación de carácter interdisciplinario.

Lo anterior nos lleva a la necesidad de un planteo de investigación que vayan de lo unidisciplinar a lo multidisciplinar, y de lo multidisciplinar a lo interdisciplinar. Para esto se requiere de nuevas iniciativas para -

la formación de profesionales, y en particular, de investigadores, con capacidad para llevar a cabo, en equipos interdisciplinarios, programas de entrenamiento en torno a problemas específicos obtenidos de la realidad y no sólo de la teoría ni de la historia científica de su rama. Importa más desentrañar el problema en sí, objeto del estudio, que responder a una tradición disciplinaria más o menos importada del exterior y extraída de los libros.

Un programa de formación de especialistas en ciencias familiares o en ciencias de la población, pudieran ser, en este campo, una posible iniciativa fructificante: programa que, quizá sobre la base de una disciplina central o antecedente, el estudiante pudiera contemplar la problemática conjunta con la concurrencia de especialistas de la familia o de la población de las diversas disciplinas involucradas (antropólogos, psicólogos, sociólogos, sanitaristas e epidemiólogos, demógrafos, educadores etc.).

Así, la planificación familiar es una respuesta al equilibrio e integración familiar, o resulta disfuncional a la misma; o surge como un imperativo de la sociedad moderna que la genera y del sistema cultural o religioso, que le da lugar en su cuerpo valoral y normativo, o bien se produce una inadecuación que difícilmente saldrá adelante.

Siendo la planificación familiar en el nivel de la pareja una función del cambio en los patrones reproductivos - de la población, en la conducta sexual, en el contexto familiar (nivel de bienestar, integración familiar, etc). y en los contextos sociales y económicos en el ámbito comunitario, las necesidades y prioridades de investigación se definen en torno a las acciones que lleven a cabo los programas de planificación familiar para alcanzar las metas demográficas establecidas.

Se definen tres grandes áreas de investigación en planificación familiar y se identifican algunas líneas claves de investigación social:

1.- En el área rural.

1.1.- Aceptación o niveles de resistencia a la planificación familiar.

1.2.- Estudios del impacto social de los programas.

1.3.- Estudios sobre la participación del liderazgo comunitario y otros agentes de cambio en la implementación de los programas.

2.- En educación.

2.1.- Elaboración de monografías temáticas derivadas de estudios realizados en otros países, útiles para la investigación social del personal y directivos de los -

programas.

2.2.- Estudios sobre educación en conducta sexual.

2.3.- Estudios sobre resultados sociales de sistemas educativos para promover la planificación familiar.

3.- De servicios clínicos de planificación familiar.

3.1.- Actitudes y motivaciones del personal médico y paramédico, así como de autoridades y funcionarios relacionados con los programas.

3.2.- Estudio sobre efectos psicosociales de los servicios clínicos y cambios administrativos introducidos en los programas.

3.3.- Estudios sobre la imagen social que tiene la usuaria y la no usuaria de los programas.

3.4.- Estudios sobre la aceptación y rechazo de métodos específicos y métodos definitivos.

3.5.- Estudios sobre el aborto.

Se define además, otra área de investigación relacionada con la evaluación de los programas. Aquí, lo que más interesa es la evaluación del impacto demográfico de los programas en la natalidad y en la fecundidad. Se trata de ir evaluando los programas en su desempeño anual para corregir tanto las metas propuestas como las acciones mismas que llevan al cumplimiento de esas metas.

En esta área de investigación, la demografía formal ha producido conocimientos relevantes, que podemos detectar a través de algunos trabajos típicos hechos con base en información sobre la población mexicana en fechas recientes.

Respecto al cumplimiento de metas demográficas se desarrollan modelos que toman en cuenta la variable de planificación familiar en dos alternativas diferentes:

- 1.- Retraso en la edad al matrimonio, y
- 2.- Esterilización voluntaria a partir de cierta edad.

En este modelo, que se implementó con información de población rural mexicana en 1968, se observa que tiene mayor impacto demográfico el retraso en la edad al matrimonio no contraído antes de los 25 años, que una esterilidad voluntaria practicada después de los 25 años.

La investigación en modelos de población de la indole mencionada deben ser, por lo tanto, promovidos y apoyados, ya que arrojan muy importantes luces sobre estrategias claves y alternativas en la operación de los programas.

"Para la implementación de estos modelos se hace necesaria investigación adicional en fecundidad, sobre to -

do, en relación a la estimación de niveles de su relación con los intervalos prota e intergénésicos. En esa línea de trabajo es importante el trabajo que realizó el investigador Mier y Terán, donde estima estos intervalos a partir de información de población rural mexicana de 1968.

Para la evaluación de programas respecto al impacto demográfico, es importante señalar la sugerencia de Pórras, de adoptar enfoques como el de Wolfers, en donde se establece una relación entre el nivel de fecundidad y el tiempo necesario del uso de anticonceptivos para poder evitar una cantidad determinada de nacimientos en un lapso fijado de antemano.

"En general, el objetivo de la investigación demográfica en México, en su aspecto formal (Análisis Demográfico), ha producido ya un conocimiento primario para la fundamentación del programa nacional de planificación familiar." (37)

"La planificación familiar representa un valor positivo de modernidad, frente a uno tradicional, negativo.

El individuo, o cuando más la pareja marital, representa la unidad del análisis del proceso decisorio-

(37) Leñero Luis. Sociocultura y Población. Editorial Editorial Col. México 1977. pág. 116.

y de la acción; lo demás está comprendido en lo que se considera conjunto de factores de influencia indirecta.

El valor supuesto de libertad individual, paternidad responsable, eficacia y utilitarismo de la planificación familiar para el éxito en el control natal y supuestamente para el mejoramiento de la vida personal y familiar ("La familia pequeña vive mejor").

La expresión directa y consciente de las personas frente al entrevistador refleja una realidad objetiva, lo cual supone como ciertas muchas cosas: que el encuestado sabe lo que quiere y siente y lo racionaliza en la misma forma que el investigador; que los mecanismos conscientes son los que explican la conducta, más que los inconscientes o los que provienen de la estructura social impersonal; que la gente no miente y expresa con sinceridad su opinión, ante lo que se le pregunta; que la respuesta individual equivale a la respuesta de una persona hecha en el contexto de su condicionamiento interrelacional (por ejemplo, decir lo mismo estando presente el esposo que sin estarlo); que los datos recolectados tienen un valor objetivo, independiente de la variedad de situaciones en la que se originan unas y otras entrevistas; etc. Todas estas suposiciones, sin embargo, son muy discutibles teniendo al -

menos, grados de validez relativa que generalmente no se toman en cuenta al analizar los datos y reflejan una orientación en el sentido aplicativo al llevar los resultados a la acción programática: búsqueda de "aceptantes", usuarias activas." (38)

(38) Leñero Luis. La integración familiar en los países en vías de desarrollo. Editorial Sage. México 1973. pág. 123.

CONCLUSIONES.-

PRIMERA.- La ley actual faculta a las familias para que ellas planeen su familia y la realidad nos hace ver que en México se ha abusado de dicha facultad por lo que ha crecido sin control alguno.

SEGUNDA.- La planificación familiar en México es un absoluto fracaso, en virtud de que en la mayoría de mexicanos no existe plena conciencia del problema que su irresponsabilidad ha dado lugar, al aumento irracional de la población en nuestro país.

TERCERA.- En México la explosión demográfica ha generado graves conflictos sociales destacando como consecuencias que saltan a la vista: escasez de vivienda, drogadicción, inseguridad pública, comercio ambulante, desempleo, prostitución y deterioro de la ecología.

CUARTA.- Un crecimiento indiscriminado de la población evita el desarrollo integral tanto de la familia como de la sociedad con serias consecuencias económico-sociales.

QUINTA.- El gobierno debe crear un organismo eficaz que oriente a la población a efecto de que la planea

ción familiar, el control de la natalidad y la paternidad responsable sean una brillante realidad y no una falacia.

SEXTA.- La realidad nos demuestra que el mundo sigue creciendo demográficamente sin control alguno, por lo que la producción alimentaria cada vez alcanza menos para satisfacer las necesidades de la población.

SEPTIMA.- La explosión demográfica trae graves consecuencias al mundo de tal manera que los recursos naturales cada día se agotan sin que exista posibilidad real de mejora entre la población.

OCTAVA.- La Sociología juega un papel vital en el manejo científico de los problemas que da lugar al crecimiento desmedido de la población porque se encarga de señalar consecuencias sociales que trae aparejado dicho crecimiento.

NOVENA.- La Sociología juega un papel muy importante en cuanto a los aspectos tocados en este trabajo toda vez que con su quehacer eminentemente científico podrán prever los mecanismos que se requieren para evitar que los problemas aquí señalados con-

tienden agobiando al mundo, con auxilio vital de la medicina.

DECIMA.- La Sociología debe tomar plena conciencia de que únicamente con su esfuerzo continuo, la paternidad responsable, el control de la natalidad y la planificación familiar serán realidades importantes que permitan a México, iniciar su desenvolvimiento.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Allen Robert. The World Food Shortage. Iowa University, USA. Traducción por Yolanda Meléndez. México 1979.
- 2.- Bermúdez Méndez Elvia.- La vida familiar del mexicano - Editorial Trillas. México 1975. 2da. Edición.
- 3.- Carleton Roberts. Aspectos metodológicos sociológicos - de la fecundidad humana. Editorial Celade. Santiago de Chile. 1970. pág. 340.
- 4.- Cicú Antonio.- El derecho de familia. Editorial Buenos-Aires Argentina. 1974. 3a. edición.
- 5.- Coale John. The Economic effects of fertility control. New Jersey. USA. Traducción por Yolanda Meléndez. México 1980.
- 6.- Comisión Económica para América Latina.- Conferencia - Mundial de Población. Fondo de Cultura Económica. 1a. - Edición. 1975.
- 7.- Díaz Guerrero, Raúl.- Dirección Gral. de Atención Médica Infantil, Paternidad Responsable y Planificación Familiar. Editorial Pax, México 1973.
- 8.- Emerson Rodolfo J. Los fundamentos de la Sociología Contemporánea. Imprenta de Juan Pueyo. 1a. versión castellana, Madrid 1923.
- 9.- Enciclopedia de la vida sexual. Trad. Argos Vergara. Barcelona España.
- 10.- Enke Steve. The Economics and poblation. Chicago USA.- 1978. Trad. por Yolanda Meléndez.

- 11.- Escobar Alberto. Sociología General. Aguilar Editores - México 1904. 2da. Edición.
- 12.- Giraldo Neira, Octavio. Explorando las sexualidades humanas. Editorial Trillas. México 1983. 2da. Edición.
- 13.- Guitrón Fuentevilla, Julián. ¿Qué es el Derecho Familiar?. Promociones Jurídicas y Culturales. México 1987. 3a. Edición.
- 14.- Hervada Francisco Javier.- Los fines del matrimonio. - Editorial Cultura. Pamplona España. 1960. 2da. edición.
- 15.- Horton Paul. Sociología. Traducción. Edit. MacGraw Hill Madrid España. 1978. 2da. edición.
- 16.- Ibarrola Antonio De. Derecho de Familia. Editorial Porrúa. México 1978. 1a. Edición.
- 17.- Kenneth Davis. Population Scientific. New York. USA. - 1969. Traducción por Yolanda Meléndez.
- 18.- Leñero Luis. La Familia. Editorial Jus. México 1974.
- 19.- Leñero Luis. La integración familiar en los países en vías de desarrollo. Editorial Sage. México, 1973.
- 20.- Leñero Luis. Sociocultura y población. Editorial Editorial Edicol. México 1977.
- 21.- Mendieta y Núñez, Lucio. Las clases sociales. Biblioteca de ensayos sociológicos. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM. 1957. 2da. Edición.
- 22.- Mendieta y Núñez, Lucio. Breve historia y definición de la Sociología. Instituto de Investigaciones Sociales UNAM. 1971. 1a. Edición.

LEGISLACION CONSULTADA

- 1.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Partido Revolucionario Institucional. México. 1988.
- 2.- Código Civil para el Distrito Federal.- Editorial Porrúa. 45a. Edición. México 1989.
- 3.- Código Familiar para el Estado de Hidalgo. Ediciones - Delma. México 1989.
- 4.- Código Penal para el Distrito Federal. Editorial Porrúa. México 1989.
- 5.- Compilación de Legislación 1986 - 1987. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF. 4a.- Edición actualizada. México 1988.