



41  
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA

---

---

LA PLANIFICACION FAMILIAR  
¿UNA RESPONSABILIDAD COMPARTIDA?

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA  
Y OBSTETRICIA

U. N. A. M.  
PRESENTA LA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
CON LA APLICACION DE SERVICIO  
SOCIAL Y ASISTENCIA FAMILIAR

*Rosalinda López Hidalgo*



México D.F.  
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1997



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**ASESORA:**

*Eda Alatorre*  
**LIC. EDDA ALATORRE WYTER**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **AL UNICO DIOS VIVO Y VERDADERO**

A quien debo mi existencia, mi salud,  
la fé y fortaleza para alcanzar una de  
mis metas en la vida.

### **A MI ESPOSO FRANCISCO**

Por todo el apoyo moral y económico  
que me brindó para concluir mis  
estudios.

### **A MIS HIJOS: DELIA, URIEL Y LUIS**

Por el tiempo que me obsequiaron y  
y su comprensión.

**A LOS DOCENTES DEL S.U.A. EN  
ESPECIAL A LA LIC.EDDA ALATO-  
TORRE WYNTER, por los conoci-  
mientos impartidos y su valioso  
apoyo.**

**ROSALINDA**

## INDICE

I	INTRODUCCION	1
II	JUSTIFICACION	4
III	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
IV	OBJETIVOS	7
V	METODOLOGIA	8
VI	MARCO TEORICO	10
	1. EL ESTADO DE CHIAPAS	10
	1.1 Generalidades	10
	1.2 Estadísticas Vitales	14
	1.3 Perfil Epidemiológico	16
	2. PRINCIPALES FACTORES RELACIONADOS CON LA SALUD EN EL ESTADO DE CHIAPAS.	20
	2.1 Educación.	20
	2.2 Trabajo.	21
	2.3 Cultura.	22
	2.4 Condiciones Ambientales.	23
	2.5 Condiciones Sanitarias.	25
	3. PANORAMA GENERAL DE LA POBLACION EN EDAD REPRODUCTIVA EN EL ESTADO DE CHIAPAS.	27
	3.1 Fecundidad y Nupcialidad.	27
	3.2 Morbimortalidad Materna.	29
	3.3 Morbimortalidad Infantil.	31
	4. RECURSOS PARA LA ATENCION DE LA SALUD EN EL ESTADO DE CHIAPAS.	33
	4.1 Recursos Institucionales.	34
	4.1.1 Oficiales.	34
	4.1.2 Privados.	35
	4.2 Recursos Humanos.	35
	4.2.1 Médicos.	36
	4.2.2 De Enfermería.	37
	5. RECURSOS DE ENFERMERIA EN LA CIUDAD DE SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS	39
	5.1 El personal de Enfermería en el Hospital General de la Secretaría de Salud.	40
	5.1.1 Plantilla Teórica y real.	41
	5.1.2 Porcentajes de personal profesional y no profesional.	42

5.1.3. Organización del Departamento de Enfermería.	42
5.1.3.1 Funciones	44
5.1.3.2 Programas de Capacitación y de Actualización.	46
6. EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR	47
6.1 Antecedentes.	48
6.2 Normatividad Oficial	50
6.3 Funciones y Actividades	50
6.4 La aplicación del Programa de Planificación Familiar en la Ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.	52
6.4.1 Funciones específicas del personal de Enfermería.	53
6.4.2 Criterios para evaluar la efectividad del Programa de Planificación Familiar.	54
VII PRESENTACION DE RESULTADOS	56
VIII ANALISIS DE RESULTADOS	59
IX CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	62
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	
- Cuestionario	
- Cuadros	
- Gráficas.	

## I. INTRODUCCION

La reproducción humana es un fenómeno que integra todo un conjunto de mecanismos biológicos y sociales que se ven afectados por las condiciones de salud y al mismo tiempo influyen en ella; por lo que la fecundidad y la salud de la población están íntimamente relacionados entre sí.<sup>(1)</sup>

El problema de las altas tasas de fecundidad inciden en la salud de manera desfavorable, ya que al estar asociadas a una mala nutrición, a condiciones de pobreza y marginación determinan mayores niveles de morbilidad y mortalidad materna e infantil.

A 20 de años de haber iniciado el Programa de Planificación Familiar y a pesar de ser considerado prioritario en las acciones del Estado, no ha logrado un impacto uniforme en la población debido a una gran variedad de factores.

Tomando en cuenta que la planificación familiar se considera como un derecho humano básico de las personas tanto hombres como mujeres, conceptualizada como la decisión que de manera libre y responsable debe hacer la pareja en relación al número y espaciamiento de hijos que desea tener, debiendo por lo tanto ser una responsabilidad común que involucre a hombres y mujeres por igual; sin embargo, la realidad es que la planificación familiar ha estado dirigida desde su inicio a las mujeres, a pesar de que se conoce que por circunstancias biológicas el hombre tiene una mayor fertilidad, considerada ésta como el proceso de producción de células germinales; por lo que debe tener una mayor responsabilidad en la procreación. Debemos tomar en cuenta también que mientras que un

---

(1) URBINA F Manuel. "Fecundidad y Salud" en Salud Pública de México Vol.32.Núm.2. Marzo-Abril de 1989. 170 p.

embarazo dura 9 meses y si la madre amamanta, el tiempo para un nuevo embarazo se prolonga, - considerando que en nuestro medio la lactancia en ocasiones se prolonga hasta 2 años- tiempo en que la mujer no se embaraza, mientras que, un sólo hombre puede fecundar a muchas mujeres en ese mismo periodo; mismas que con frecuencia quedan al abandono de su suerte sin la responsabilidad paterna, dejando sola a la mujer para enfrentar la situación que conlleva la función de la maternidad y la paternidad, siendo la responsable de procurar su supervivencia y la de su hijo, teniendo que luchar en muchas de las veces para conseguir su sustento y cubrir todas las necesidades tanto de alimentación, vestido, educación, salud, entre otros; factores que influyen de manera determinante en un sinnúmero de patologías maternas e infantiles.

Por otro lado es importante destacar que los programas oficiales en materia de planificación familiar deben considerar a hombres y mujeres por igual, ya que actualmente se realizan muchas campañas para que la mujer sea la que adopte las medidas para regular o limitar su fertilidad y con frecuencia se le presiona a aceptar un método anticonceptivo ya sea temporal o definitivo; y aunque actualmente también se orientan algunas acciones al hombre, no son de la misma magnitud que en la mujer.

En este sentido consideramos que ningún programa de planificación familiar podrá darnos resultados satisfactorios, mientras esté orientado casi exclusivamente a las mujeres; y no podemos tampoco mantenernos al margen de la influencia que tiene el hombre en las decisiones de la mujer, no solo para planificar la familia sino en todos los aspectos de su vida, situación que está ligada a la cultura y tradiciones de antaño que no han podido ser desterradas y por lo tanto la mujer ha permanecido siempre sumisa y sujeta a la voluntad del hombre. Aunada a esta situación también es un hecho la influencia que puede tener la religión al respecto.

Por lo que es un problema de índole multifactorial el que siempre

recaiga en la mujer la responsabilidad de la planificación de la familia, ya que está relacionado con factores políticos, económicos, educativos, culturales, religiosos entre otros.

Aunque son bien conocidos los beneficios que por la planificación familiar se pueden tener y que repercuten directamente en la salud de la madre y del niño, así como en el desarrollo y bienestar de toda la familia, ya que permite: determinar el tamaño de la familia en base a su situación económica y social, espaciar los intervalos intergenésicos, ofrece también la posibilidad de que el embarazo ocurra en edades de menor riesgo, así como evitar nacimientos no deseados; siendo por lo tanto la planificación familiar una medida que se puede adoptar con el fin de conservar la buena salud de la familia siempre y cuando involucre al hombre y a la mujer en iguales circunstancias.

## II.- JUSTIFICACION

En el Estado de Chiapas vivimos enormes contradicciones, ya que por un lado somos una entidad con una gran variedad y riqueza de recursos naturales proporcionando una serie de beneficios al país, pero por otro lado nuestro Estado tiene una enorme carencia de condiciones de bienestar, salud y educación lo que se manifiesta al tener los más bajos índices a nivel nacional como consecuencia del rezago y marginación de sus habitantes que viven en poblaciones dispersas y de difícil acceso.

En relación al aumento de la población se ubica a Chiapas dentro de los estados de la República con más alto índice de crecimiento; situación que se dá por múltiples razones, siendo un factor de riesgo que no debemos dejar pasar desapercibido en este momento, la población flotante del sexo masculino que llegó al Estado como consecuencia del levantamiento armado de 1994.

San Cristóbal de las Casas es una población que no escapa a la realidad que se vive en la entidad, ya que es una ciudad en la que se han venido agravando sus problemas por todos los asentamientos humanos que han proliferado en la ciudad por diversas razones, que van desde la búsqueda de mejores condiciones de vida de las personas hasta las expulsiones que por motivos religiosos y políticos se han dado en algunos municipios indígenas de la región y que son alodafios a la ciudad; lo que influye desfavorablemente en las condiciones de vida y salud de esta población que al no contar con recursos y servicios para satisfacer sus necesidades, padecen una serie de patologías que se originan por la pobreza y condiciones en que viven las familias.

Por lo que respecta al programa de planificación familiar, se siguen los mismos criterios normativos del nivel estatal; y aunque estamos conscientes que la planificación familiar es una estrategia adecuada para reducir el crecimiento natural de la población, además de los beneficios

que repercuten directamente en la salud de la madre y el niño y en el desarrollo y bienestar de la familia; hemos observado que los métodos anticonceptivos se dan con frecuencia a las mujeres sin que ellas puedan decidir de manera libre, consciente e informada al respecto.

Sabemos también, que las parejas para que puedan aceptar de manera consciente y responsable la planificación familiar tendrían que tener otro nivel de escolaridad, una cultura diferente, una libertad religiosa y desde luego el consentimiento de su cónyuge; situación que es muy difícil en nuestro medio, pero esto no justifica que el programa de planificación familiar este enfocado en mayor proporción hacia la mujer, pues es ella quien da a luz, cuida los hijos, trabaja y procura por el bienestar de su familia.

En este contexto las enfermeras, que como profesionales de la salud compartimos la responsabilidad de promover la planificación familiar, debemos ofertar sistemáticamente los servicios del programa a la pareja, ya que de acuerdo a lo apuntado anteriormente ambos cónyuges deben asumir su responsabilidad para el bienestar de su familia.

### **III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

**¿Cuáles son los factores que influyen para que el programa de planificación familiar que está dirigido a la pareja, se dé con mayor enfoque a la mujer y no al hombre?**

#### **IV.OBJETIVOS:**

- **Identificar las acciones que el programa de planificación familiar destina a la mujer.**
- **Identificar las acciones que el programa de planificación familiar destina al hombre.**
- **Conocer el número de métodos quirúrgicos definitivos que fueron realizados en la mujer y el hombre durante el año de 1995, en el Hospital General de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.**
- **Analizar la orientación institucional hacia el mayor control, temporal y definitivo, de la fecundidad femenina.**

## V. METODOLOGIA

Este trabajo de investigación fue de tipo exploratorio, describiendo y explicando los factores que están presentes en el problema detectado.

Se realizó en dos etapas:

La primera comprendió una investigación documental: bibliográfica y de archivo. La bibliográfica para integrar un marco teórico que permitió conocer las condiciones de salud en el Estado de Chiapas, y particularmente la situación de la población en edad reproductiva, así como para reunir información sobre el Programa de Planificación familiar, recursos y acciones que se dirigen a la población en esta materia. La de archivo para consultar las estadísticas y obtener la información en relación a métodos quirúrgicos de planificación familiar realizados durante el año de 1995.

Para la recolección de datos de la primera etapa, se visitaron las bibliotecas para obtener la información y los datos se concentraron en fichas de trabajo. Se consultaron los archivos del Hospital General de San Cristóbal para conocer las estadísticas en relación a métodos quirúrgicos realizados en la fecha señalada.

La segunda etapa fue una investigación de campo para recolección de información, y en la que se aplicó un cuestionario al personal de la Secretaría de Salud en San Cristóbal de Las Casas que labora tanto en área aplicativa como normativa, lo que nos permitió identificar los factores que influyen para que el programa de planificación familiar se enfoque mayormente a las mujeres.

El universo de estudio lo constituyeron dos grupos de trabajadores, el primero el personal normativo, y el otro el personal aplicativo.

Los criterios de inclusión fueron: ser trabajador de la Secretaría de Salud sin importar su situación laboral, estar asignado al Programa de Planificación Familiar y tener como mínimo 6 meses de antigüedad.

El cuestionario incluyó datos de identificación de las personas entrevistadas como son: categoría, servicio en que labora, tiempo que tiene laborando en el Programa de Planificación Familiar. Un segundo apartado incluyó preguntas relacionadas al programa de Planificación Familiar. Función que tiene en relación al Programa de Planificación Familiar, actividades que realiza y a que población, razones por las que sus actividades se dirigen a ésta población.

Obtenida esta información se procedió a la concentración de los datos para lo que se utilizaron hojas tabulares. Para analizar los datos se utilizó la estadística descriptiva: frecuencias y porcentajes del fenómeno en estudio mismos que se presentan en cuadros y gráficas para el análisis correspondiente.

## **V. MARCO TEORICO**

### **1. EL ESTADO DE CHIAPAS**

#### **1.1. Generalidades.**

El estado de Chiapas se localiza al Sureste de la República Mexicana, con una superficie de 75,364 Km.<sup>2</sup> (3.8 % del territorio nacional), lo que lo ubica como el octavo estado más grande del país. Limita al Norte con el Estado de Tabasco, al Oeste con Veracruz y Oaxaca, al Sur con el Océano Pacífico mediante un litoral de 260 Km. y al Este con la República de Guatemala, a través de una línea divisoria de 660 Km.<sup>(1)</sup>

La entidad cuenta con una variada orografía que dificulta las comunicaciones y es un obstáculo para el desarrollo económico. Existen dos grandes conjuntos montañosos, formados por las montañas del Norte, del Oriente y los Altos y, al sur, la Sierra Madre de Chiapas. Entre estas cadenas montañosas, se encuentra la depresión Central. Las llanuras costeras: al sur la del Pacífico, y al Norte la del Golfo. Las principales elevaciones son el Volcán Tacaná 4093 m. Malé 2980 m., Tzontehuitz 2800 m., Huitepec 2750 m. Tres Picos 2550 m. Considerándose como volcanes activos el Tacaná y el Chichonal. <sup>(2)</sup>

Debido a las variaciones de altura, se presentan una diversidad de climas que van desde el trópico, hasta el de alta montaña, con tierras calientes con una temperatura media superior a los 23 °C; tierras semicálidas con temperaturas promedio de 20 °C ubicadas entre los 800 y 1500 m.s.n.m.; y las tierras templadas, comunmente llamadas frías situadas a más de 1500 m.s.n.m. y con temperaturas de 12 a 15 °C.

Las precipitaciones pluviales son regulares de acuerdo a las

estaciones del año, existiendo un estación seca de noviembre a mayo, seguida de una húmeda de junio a octubre, siendo los meses mas lluviosos junio y septiembre; existiendo regiones donde llueve todo el año como es el caso de Tapachula <sup>(3)</sup>

La principal red hidrológica del estado constituye el 30 % del país y la forman dos vertientes separadas por la Sierra Madre: la del Pacífico, en la que los ríos más importantes son el Suchiate, que sirve de límite entre México y Guatemala, Cahoacán, Coatán, Huixtla, Cintalapa, Novillero y Zanatenco; y en la vertiente del Golfo existen dos cuencas principales: el Grijalva con una longitud de 700 Kms., y el Usumacinta con 800 Kms de longitud y también sirve de límite internacional entre México y Guatemala, ambos ríos forman un solo sistema pluvial, siendo aprovechada su fuerza para la producción de Energía Eléctrica con las Presas de la Angostura con una potencia real instalada de 900 mw, Chicoasén con 1,500 mw, Malpaso con 1080 mw y Peñitas con 420 mw; conformando el mayor sistema hidroeléctrico que cuenta el país. <sup>(4)</sup>

A pesar de esto existen sin servicio eléctrico todavía 145 localidades mayores de 500 habitantes, 1200 mayores de 100 y poco más de 3000 entre 10 y 99 habitantes <sup>(5)</sup>.

Existen también lagos y lagunas, siendo los más conocidos la Laguna Miramar, Lagunas de Montebello, Laguna Catazajá, Mar muerto y Laguna la Joya. <sup>(6)</sup>

El estado esta dividido políticamente en 111 municipios, agrupados en nueve regiones económicas, siendo las cabeceras de estas regiones las ciudades más importantes del estado: San Cristóbal de Las Casas, Comitán de Domínguez, Villaflores, Villaflores, Pichucalco, Palenque, Motozintla, Tonala, Tapachula, Chiapa de Corzo y Tuxtla Gutiérrez, ésta última capital del estado desde 1892. <sup>(7)</sup>

Se considera que hace unos 10 mil años existieron los primeros hombres y mujeres de Chiapas en los Valles de Teopisca y Aguacatenango en los Altos, eran grupos de cazadores recolectores que emigraron desde el noroeste del Continente, sus principales refugios eran las cuevas en donde dejaron algunos de sus testimonios 7000 años A.C.. El pueblo de Chantuto floreció hacia el 5 000 A.C. Las aldeas más antiguas se localizaron en el actual Municipio de Mazatán en que vivieron los mokaya, un pueblo proto mixe-zoque. <sup>(8)</sup>

En la era preclásica surgieron los principales centros ceremoniales como Chiapa de Corzo e Izapa. En la época clásica ya habían dos grupos distintos: los mayas y los mixe-zoques, destacándose los primeros por su desarrollo artístico y científico, sus vestigios se dejan ver en ciudades como Palenque, Yaxchilán, Toniná y Bonampak. La decadencia de ésta cultura fue hacia el año 900, no sabiéndose la causa exacta, que pudo ser de orden natural o de orden social. <sup>(9)</sup>

Durante la conquista, la Villa Real, hoy San Cristóbal de Las Casas, fungió como centro de la colonización española. Durante la Colonia hubieron enfrentamientos de chiapanecas, zoques, tzotziles y tzeltales contra los españoles, al no querer someterse al dominio extranjero. Chiapas estuvo subordinado durante la Colonia a la audiencia de la Nueva España y a la Capitanía General de Guatemala; en 1821 se declaró independiente y en 1824 se anexó en forma definitiva a México. <sup>(10)</sup>

La situación del pueblo chiapaneco a través de su historia no ha variado mucho, ya que ha sufrido una serie de carencias y se ha mantenido marginado del resto del país a pesar de su enorme riqueza de recursos naturales y beneficios que aporta a la federación, lo que ha hecho que sus habitantes en varias ocasiones hayan tomado las armas para protestar por su precaria situación; en 1869 los chamulas presionados por el despojo de sus tierras se levantaron en armas contra el gobierno, intentando destruir

San Cristóbal capital del estado en ese entonces; a esta se le llamó Guerra de Castas. En 1911 hubo otro levantamiento de los Chamulas que intentaba devolver a San Cristóbal la capital del estado. Durante la dictadura de Huerta, fueron sofocados varios intentos de rebelión. <sup>(11)</sup>

Es importante destacar que el estado de Chiapas cuenta con un alto porcentaje de población de habla indígena que se localizan preferentemente en terrenos con topografía muy accidentada lo que ha dificultado la comunicación y favorecido la alta marginación desde siglos. De acuerdo al Censo de 1990 la población indígena representa el 28 % de la población mayor de 5 años, distribuida en seis grupos principales: tzeltales, tzotziles, choles, zoques, tojolabales y mames. Los pueblos indígenas se encuentran distribuidos en la mayor parte de los municipios del estado, ocupan las mesetas, estribaciones y cañadas de las zonas altas de la entidad. Los asentamientos principales están en 67 municipios de 7 de las regiones económicas de la entidad aunque existen minorías en las regiones de la Fraylesca e Istmo-Costa. Los tzeltales son el grupo indígena más numeroso ya que representan el 33.6 % de la población indígena, seguido de los tzotziles con el 32 %, luego el chol con el 12.5, los zoques con el 9.1, los tojolabales el 6.9 % y los mames que representan el 2.4 %; existiendo otros grupos étnicos mucho menos numerosos como son los lacandones que viven en pequeñas aldeas de la selva, los chujes, los jacaltecos y los mochós. <sup>(12)</sup>

Las diferentes etnias existentes no son homogéneas, existen algunos municipios que conservan un sistema de gobierno tradicional como es el caso de San Juan Chamula, Mitontic, Larrainzar y Zinacantán; en otros aunque se ha perdido las formas de gobierno, conservan aún su idioma, tradiciones y costumbres. En cuanto a sus condiciones de vida, se encuentran en la más alta marginación, lo que se refleja en el rezago de atención a los servicios más elementales.

La necesidad de tierras por el aumento de la población, las presiones económicas, las cuestiones religiosas y fenómenos naturales como la erupción del Volcán Chichonal, ha obligado a numerosos grupos indígenas a emigrar de su área original.

En el contexto nacional, el estado de Chiapas se ubica en el primer lugar de marginación económico-social. En 1990 el 34.2 % de los municipios fueron catalogados en el rango de muy alta marginación<sup>(13)</sup>, arribando así al 31 de diciembre de 1993; un día después se inicia la rebelión armada, con la Declaración de la Selva Lacandona en contra del gobierno; movimiento que ha cimbrado la conciencia de los mexicanos y que ha hecho recordar al resto del país y al mundo entero la existencia de un pueblo que ha sido olvidado por mucho tiempo.

## **1.2. Estadísticas Vitales.**

En el aspecto demográfico, en Chiapas y de acuerdo a los resultados del XI Censo General de Población y Vivienda tenemos que la población para 1990 ascendió a 3'210,496 habitantes, de los cuales el 50.01 % correspondió al sexo femenino y 49.99 % al masculino. Con un 44.2 % de personas menores de 15 años.

De acuerdo al Estudio de Regionalización Operativa realizado en la Secretaría de Salud, la población para 1995 alcanzó 4'061, 648 habitantes, de los que el 15.24 % son menores de 5 años de edad, el 55.49 % son menores de 20 años.<sup>(14)</sup>

En cuanto a densidad poblacional el crecimiento ha sido notable en los últimos 15 años, en 1980 era de 28 habitantes por Km<sup>2</sup>; en 1990 fue de 43 habitantes por Km<sup>2</sup> y en 1995 llegó a los 54.97 habitantes por Km<sup>2</sup>. Siendo la región más densamente poblada la del Soconusco con 105.8 habitantes por Km<sup>2</sup>. seguido por San Cristóbal con 101.4; las regiones

menos pobladas son la Fraylesca y la selva con 22.0 y 22.8 habitantes por Km.<sup>2</sup> <sup>(15)</sup>

El crecimiento de la población en los últimos sesenta años ha sido del 3.0 %. Sin embargo en la década que va de 1980 a 1990 se elevó a 4.5 % anual, más del doble del promedio nacional que es de 2.02 %. Por lo que nuestra entidad tiene la segunda tasa de crecimiento más alta del país, después del Estado de Quintana Roo. De mantenerse este ritmo de crecimiento, la población registrada en 1990 se duplicaría para el año 2006. <sup>(16)</sup>

En relación a la tasa de natalidad en los últimos 50 años se observa que el registro más alto fue en la década de los sesenta, y a partir de entonces ha ido disminuyendo hasta obtener una cifra de 34.8 nacimientos por cada mil habitantes para 1990; sin embargo existen elementos para pensar en una subestimación de las estadísticas vitales, ya que muchos nacimientos no son registrados o se realizan tardíamente <sup>(17)</sup>

Por lo que respecta a la esperanza de vida se observa un incremento, ya que en 1950 era de 45.6 años en Chiapas, mientras que a nivel nacional era de 49.6. En 1991 la esperanza de vida alcanzó para el estado 66.8 años y a nivel nacional 70 años de edad. En las mujeres chiapanecas es de 69.8 años, mientras que en los hombres es de 63.8 años. <sup>(18)</sup>

En Chiapas, la mortalidad ha tenido una tendencia descendente. En 1940 la tasa fue de 18 por cada mil habitantes; en 1991 alcanzó la cifra de 4.4 por cada mil habitantes. <sup>(19)</sup> y aunque estos son datos oficiales, es de dudarse la información debido a que en muchas localidades no existe registro civil y las dificultades de comunicación impiden un registro oportuno de esta información, también es importante destacar que en algunas localidades se sepultan a los muertos en los predios de sus familiares.

Cinco grandes grupos de enfermedades engloban las principales causas de mortalidad general en Chiapas, las infectocontagiosas, las enfermedades crónicas no transmisibles, los accidentes y violencias, las enfermedades por deficiencia nutricional y las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. En los años recientes la mortalidad por tumores malignos se ha ubicado en el segundo lugar como causa de muerte.<sup>(20)</sup>

### 1.3 Perfil Epidemiológico.

La población del estado es mayormente rural; un 40 % vive en zonas urbanas con acceso a servicios formales de salud, mientras que a nivel rural y específicamente en los pueblos indígenas el índice de marginación es mayor. Allí persisten las patologías denominadas de la pobreza en donde las malas condiciones de vida generan enfermedad y desnutrición que a su vez originan mayores enfermedades.<sup>(21)</sup>

Casi invariablemente todos los años, las principales causas de morbilidad han sido en orden de importancia, las infecciones respiratorias agudas y las diarreas infecciosas, con tasas cercanas a los 2,400 y 1,200 por 100,000 habitantes respectivamente, así como las amibiasis, ascariasis, angina estreptococcica y la escabiasis, entre otras. De 1988 a 1993 las infecciones respiratorias, las enfermedades diarreicas y la amibiasis se mantuvieron dentro de las primeras 20 causas, además de estas la ascariasis, la escabiasis, las infecciones de la piel, el paludismo, la tricomoniasis, las neumonías y bronconeumonías y la paratifoidea. Los envenenamientos, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus han pasado a ocupar los primeros sitios en lugar del sarampión, parotiditis, varicela y dengue clásico.<sup>(22)</sup>

La desnutrición incide en forma muy importante en la salud de la entidad; en 1993 y de acuerdo al censo de peso y talla en población de 3 a

14 años que realizó la Secretaría de Salud en coordinación con el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia y la Secretaría de Educación Pública, se encontró que un 18 % de los niños del país presentaban algún grado de desnutrición, mientras que en Chiapas fue del 45 %, lo que demuestra el alto grado de rezago socioeconómico; siendo aún más alarmante la situación en las regiones de los Altos y la Sierra en que más del 60 % de sus niños que ingresan a la escuela primaria tienen algún grado de desnutrición; también ésta es causa directa de mortalidad, ocupando el séptimo lugar en 1993. <sup>(23)</sup>

El Programa de Paludismo continúa siendo prioritario en la entidad y aunque los casos han disminuido de 1989 en que se notificaron 14,867 a 2,179 en 1995, los factores de riesgo están latentes y representan un problema muy importante por el conflicto social que no permite la penetración en algunas localidades. La oncocercosis tiene dos de los tres focos existentes en el país, representa el 80 % del total de casos. La leishmaniasis se encuentra como padecimiento endémico en la región de Pichucalco y en la región Norte de Tuxtla, habiéndose localizado focos nuevos en la región Selva. Existen también las condiciones para la presencia de brotes de dengue, siendo las ciudades de Tuxtla Gutiérrez y Tapachula, los núcleos de población con mayor riesgo para el dengue hemorrágico; el comportamiento de éste padecimiento en la entidad ha sido variable en los últimos años, en 1988 la tasa fue de 32.4 por 100,000 habitantes, disminuyendo hasta 1.9 por 100,000 y aumentando en 1995 a 20.4 por 100 000 habitantes. El cólera es otro de los padecimientos con gran impacto en la población desde 1991, teniendo un comportamiento fluctuante ya que en ese año la tasa de morbilidad fue de 36.3 por 100,000 habitantes, aumentando en 1993 a 64.4 y en 1995 la tasa fue de 36.6, siendo las regiones más afectadas la del Centro y los Altos. Por último el tracoma es una enfermedad endémica en la región de los Altos afectando principalmente a los municipios de Oxchuc, Chanal y Tenejapa en que las condiciones de higiene de las familias son deficientes por la escasez de agua. <sup>(24)</sup>

Es importante destacar que en los datos de morbilidad existe subregistro debido a que se capta únicamente la demanda de atención en las unidades de salud, por lo que en localidades en las que no existe infraestructura para la salud, no se registra esta información.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Agenda Estadística. 1995 p. 17
- (2) Ibidem p. 17
- (3). GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS. Plan Estatal de Desarrollo 1995-2000. COPLADE, Chiapas, 1995 p.28
- (4) Ibidem p. 178
- (5) FRAGOSO L. Carlos, LOPEZ V. Teresa, et al. Chiapas colores de agua y selva p. 16
- (6) Agenda estadística Chiapas 1995. p. 17
- (7) Ibidem p. 17
- (8) GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS. Plan Estatal de desarrollo 1995-2000 p. 35
- (9) Ibidem p. 36
- (10) Chiapas colores de agua y selva. p.123.
- (11) GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS. Plan Estatal de Desarrollo 1995-2000. COPLADE, Chiapas, p.42.
- (12) Ibidem p. 76
- (13) Ibidem p. 68.
- (14) GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS/SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA EN EL ESTADO. Modelo de Atención a la Salud para población abierta. Abril de 1996. p. 9.
- (15) Ibidem. p.12

- (16) GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS. Plan Estatal de Desarrollo 1995-2000. COPLADE, Chiapas, p.64
- (17) SSA. Programa estatal de Salud Reproductiva 1995, p.5
- (18) GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS. Plan Estatal de Desarrollo 1995-2000. COPLADE, Chiapas, p.65
- (19) SSA/INEGI. Estadísticas Vitales 1991. p. 97
- (20) GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS. Plan Estatal de Desarrollo 1995-2000. COPLADE, Chiapas, p. 88.
- (21) GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS/SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA EN EL ESTADO. Modelo de Atención a la Salud para población abierta. Abril de 1996. p.17
- (22) Ibidem p. 18
- (23) Ibidem p. 19
- (24) GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS. Plan Estatal de Desarrollo p.271.

## **2.PRINCIPALES FACTORES RELACIONADOS CON LA SALUD. EN EL ESTADO DE CHIAPAS.**

Diversos factores determinan la situación de salud, como son el crecimiento demográfico, la dispersión de las comunidades, deficientes vías de comunicación y transporte, viviendas que no cuentan con las mínimas condiciones sanitarias, hacinamiento, analfabetismo, desnutrición, así como falta de recursos e infraestructura para la salud. A pesar de que el estado cuenta con enormes recursos naturales generadores de riquezas que aportan grandes beneficios al país como son la producción de energía eléctrica, el petróleo, la agricultura, la pesca y la ganadería, así como los bellos paisajes naturales y la gran riqueza cultural que ofrece al país y al mundo, nuestro estado ha permanecido siempre al margen del desarrollo del país, siendo la población indígena en el área rural, a la que menos han llegado recursos y servicios.

### **2.1 Educación.**

El nivel educativo es importante, no solo como indicador del nivel de vida, sino porque se encuentra íntimamente ligado a los aspectos económicos y sociales y también refleja el grado de desarrollo en que se encuentra la población. Al respecto Chiapas se puede afirmar que presenta el mayor rezago educativo a nivel nacional.

De acuerdo a los resultados del XI Censo General de Población 1990, el promedio de escolaridad de la población mayor de 15 años es de cuarto año de primaria, y el 30 % de la población chiapaneca mayor de 15 años es analfabeta. Siendo las regiones de los Altos y Selva donde la situación se torna crítica ya que alcanzan los mayores porcentajes de analfabetismo, con 48 y 47 % respectivamente, y que son donde se encuentra la mayor población indígena, existiendo municipios como las Margaritas, Altamirano, Chanal y San Juan Chamula que tienen mayor conflicto social y político y en que el analfabetismo es mayor al 50 % .<sup>(1)</sup>

## 2.2 Trabajo.

Otro de los indicadores de la pobreza de los habitantes del estado es lo relacionado al trabajo y las percepciones obtenidas. De acuerdo al XI Censo General de Población y vivienda 1990, la población económicamente activa en el Estado de Chiapas, correspondió al 27.5 %, no se toma en cuenta aquí a las mujeres dedicadas a actividades del hogar quienes se consideran dentro de la población económicamente inactiva, junto con los estudiantes, pensionados, jubilados e incapacitados para trabajar que alcanzan un 35.5 %. De la población económicamente activa (PEA) el 92 % está ocupada y el 8 % desocupada, estos datos corresponden al área urbana únicamente <sup>(2)</sup>

Desde el punto de vista de la ocupación, el estado es esencialmente agropecuario, ya que el 58 % de la población trabaja en el sector primario, el 11.1 % se ocupa en el sector secundario y el 30.9 % en el terciario.

Del total de la población trabajadora de Chiapas, el 20 % no recibe ingresos, el 40 % recibe menos de un salario mínimo, el 40 % más de un salario mínimo. <sup>(3)</sup> Es importante destacar que la población indígena que representa la tercera parte de la población en su mayoría vive de actividades agrícolas de autoconsumo y no perciben salarios.

La agricultura de subsistencia ha crecido debido al aumento de población, siendo los principales cultivos el maíz, frijol, café y en menor escala las hortalizas y frutas; lo que ha hecho que se tengan que utilizar territorios no adecuados para la producción y aún sitios considerados reservas ecológicas, siendo la demanda de tierras uno de los problemas actuales en el estado.

### **2.3 Cultura.**

El estado de Chiapas posee una enorme riqueza cultural heredada de nuestros antepasados indígenas, la que sumada al aporte de los españoles, constituyen una herencia que hemos desarrollado con características propias y distintas de otros pueblos. Tenemos así la variedad del lenguaje, la presencia de científicos y artistas, la música, las fiestas patronales, la variedad en la comida y los bellos trajes regionales.

Existe también una gran variedad de artesanías que en su mayoría son elaboradas por la mujer indígena, como son la cerámica en Amatenango del Valle, el tallado del ámbar en Simojovel, los bordados y trajes típicos de las diferentes regiones del estado, sobresaliendo los de la zona Altos.

En cuanto a tradiciones y costumbres en la vida del chiapaneco y sobre todo del indígena están muy ligadas al alcoholismo, ya que siempre existen motivos para ingerir alcohol lo que ha venido a constituir un problema social económico y político, ya que en todas las festividades tanto comunales como familiares la ingesta del alcohol es imprescindible lo que trae como consecuencia el que parte de los ingresos de la familia se destinen al consumo del alcohol y por consiguiente los alimentos y artículos de consumo básico pasan a segundo término, lo que contribuye a empeorar la situación de la población de por sí ya deteriorada. También como resultado del alcoholismo se ha generado la problemática de las expulsiones en los municipios indígenas, principalmente en los Altos, ya que al no consumir alcohol como consecuencia de haber dejado atrás la religión tradicional se ven afectados los caciques productores del licor que han agredido, despojado de sus propiedades y perseguido a sus hermanos indígenas.

Las creencias mágico religiosas en relación a la enfermedad de muchos de los habitantes de las zonas urbanas y rurales y en particular los

pueblos indígenas justifican el que empleen prácticas curativas a base de plantas y animales que son prescritas por los curanderos, hierberos, pulsadores, hueseros, etc., llamados en las regiones indígenas también como iloles o médicos tradicionales y que hacen mucho énfasis al aspecto espiritual de la persona, utilizando una serie de rituales como son: curación del mal de ojo, adivinación, pulsamiento, rameadas para alejar los malos espíritus, sacrificio de animales, etc., y aunque algunas de éstas prácticas son beneficiosas, la mayoría de las veces retardan el tratamiento adecuado de los enfermos.

#### **2.4 Condiciones ambientales.**

Debido a que Chiapas es una entidad eminentemente agrícola, sus cuerpos de agua se han contaminado debido a la expansión de las fronteras agrícolas que han invadido las zonas boscosas, por los cambios en el uso del suelo, la utilización de agroquímicos y la explosión demográfica, siendo la contaminación por aguas negras un problema mayor ya que no se cuenta con sistemas adecuados de tratamiento. La capital del estado es el área urbana que con su aguas residuales contamina el sistema Grijalva- Usumacinta a través del río Sabinal y que repercute en la flora y fauna del Cañon del sumidero. Esta misma ciudad se abastece de agua también del Río Grijalva y en esta misma cuenca son arrojados los residuos de la planta productora de moscas y del Ingenio Pujiltic. El Río Santo Domingo contamina también a este sistema ya que arrastra los residuos agroquímicos de la fraylesca. En el Norte y la Selva la presencia de la industria petrolera también genera altos índices de contaminación en el agua. En la Zona Itsmo- Costa los graves problemas de contaminación se dan sobre todo por desechos agroindustriales y el uso irracional de agroquímicos; las principales fuentes de contaminación son el Ingenio de Huixtla, el frigorífico de Arriaga y la planta de moscas de Metapa.<sup>(4)</sup>

Otro de los problemas graves es lo relacionado a las basuras municipales, debido a que existe un mal manejo en la recolección y disposición final de estos residuos.

En relación a la contaminación del aire, es un hecho que en la entidad el grado de industrialización es menor, pero esta se hace presente en la región Norte por la explotación de hidrocarburos; las ciudades de Tuxtla Gutiérrez y Chiapa de Corzo por la presencia de industrias como las trituradoras, bancos de materiales y por la cantidad mayor de vehículos automotores; otras localidades con alta contaminación son Tapachula y Arriaga.<sup>(5)</sup>

La riqueza biótica del estado se ve amenazada por la deforestación debido a las actividades agrícolas y ganaderas, aserraderos clandestinos, nuevos centros de población y la creación de embalses para el riego y para el aprovechamiento hidroeléctrico. Debido a la deforestación ha variado la cantidad y distribución de las lluvias lo que ha ocasionado pérdidas económicas, pérdida en la fertilidad del suelo, extinción de flora y fauna siendo factor que contribuye a esta última la cacería irracional y el tráfico ilegal de especies; las invasiones constantes por reclamos de tierra y los daños a la ganadería ha sido una de las múltiples causas que han deteriorado la economía del Estado.

Uno de los principales factores de deforestación son los incendios, que en un 55 % son causados por actividades agropecuarias, el 19 % a fumadores, el 13 % a causas intencionales, el 8 % por cazadores furtivos, el 4 % a fogatas y el 4 % por derecho de vía. Las regiones naturales que han sido más incendiadas son la Depresión Central, la Sierra Madre y los Altos. A pesar de que ha habido una disminución en los incendios por los programas de control y prevención, Chiapas ocupa en este rubro uno de los primeros lugares del país.<sup>(6)</sup>

## 2.5 Condiciones Sanitarias.

El rezago que vive el estado se deja ver también por las condiciones sanitarias en que vive la población. Según el Censo de 1990 las viviendas registradas fueron 594,025 con un promedio de 5.4 habitantes por vivienda. Del total de las viviendas únicamente el 57.3 % disponen de agua entubada, existiendo algunas regiones como Comitán y Palenque que no llegan al 50 % y, aunque la Zona Centro tiene un 76.2 % se encuentra todavía debajo del promedio nacional que es de 78.4 %. En relación a la eliminación de excretas, según el mismo Censo de 1990, solo el 38.4 % de las viviendas en Chiapas disponía de éste servicio, mientras que el promedio nacional era de 61.5 %, siendo el medio rural el más afectado al respecto <sup>(7)</sup>

Esta situación se presenta por diferentes factores que van desde el crecimiento acelerado y la dispersión de la población, la carencia de vías de comunicación, la falta de cultura en el uso del agua, así como el mal manejo de los recursos y la prestación de los servicios; y aunque en el discurso la federación tiene una gran deuda con Chiapas, las promesas de cada sexenio únicamente han sido eso "promesas". Estas condiciones sanitarias determinan la situación de salud de sus habitantes y la presencia constante de enfermedades infecciosas y parasitarias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) SSA/INEGI. Estadísticas vitales 1991. p.138
- (2) GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS. Plan Estatal de Desarrollo rrollo 1995-2000. COPLADE. p. 87-88

- (3) Ibidem p. 178.
- (4) Agenda Estadística Chiapas 1995. p. 478
- (5) GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS. Plan estatal de Desarrollo 1995-2000. p. 203
- (6) Ibidem p. 203
- (7) GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS/SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA EN EL ESTADO. Modelo de Atención a la Salud para población abierta. Abril de 1996. p.13.

### **3. PANORAMA GENERAL DE LA POBLACION EN EDAD REPRODUCTIVA EN EL ESTADO DE CHIAPAS.**

" La salud reproductiva de las mujeres constituye uno de los principales indicadores de las condiciones reales en las que transcurre sus vidas dentro de su contexto familiar, social y cultural" (1)

De diversos factores depende la salud de la mujer, la pertenencia a un estrato socioeconómico influye de manera decisiva en la calidad de vida, ya que ésta se da en gran parte por la disponibilidad de recursos básicos como son la alimentación, vivienda, vestido y educación desde que se nace hasta la muerte.

Y aunque la esperanza de vida de las mujeres es mayor a la de los hombres, la calidad de la misma conlleva muchas repercusiones negativas como son la soledad y el desamparo económico, debido a que la gran mayoría que se desempeña como ama de casa y madre no percibe jubilación, y cuando la percibe por su condición laboral o de viudez, las cantidades son tan raquíticas que se ven aún disminuidas por los constantes aumentos en los precios; a veces ni aún el tener muchos hijos le aseguran gozar de los requerimientos mínimos para una vida digna.

#### **3.1 Fecundidad y Nupcialidad.**

En Chiapas las mujeres en edad fértil representan el 23.5 % del total de la población y presentan tasas de fecundidad más elevadas que las observadas para el país en su conjunto, destacándose en especial el grupo de mujeres de 20 a 24 años, cuya fecundidad es 35 % más alta que la del promedio nacional en éstas edades, lo que refleja un patrón reproductivo elevado (2).

Dentro de los factores que podemos considerar como determinantes de la fecundidad, están el número de matrimonios, la edad al casarse, la disponibilidad y uso de anticonceptivos, la situación económica, el nivel educativo y profesional de las mujeres y la estructura por edad y sexo.

La nupcialidad es una de las determinantes para la fecundidad, ya que si la edad de la unión ocurre en edades tempranas la fecundidad es más elevada. En México las mujeres inician su vida sexual muy jóvenes, tal situación es más patente en el Estado de Chiapas, sobre todo en el área rural.

En 1991 un 4.3 % de matrimonios fue en mujeres menores de 15 años y el 45.8 % de 15 a 19 años, lo que representa el que un 50 % de las mujeres se unieron en matrimonio antes de los 20 años de edad; a nivel nacional esta cifra fue del 36.9%. Lo anterior se refleja en las tasas de fecundidad, ya que en todas las entidades del país ha habido un descenso en el promedio de hijos por mujer en los últimos 20 años, sin embargo en el estado de Chiapas este descenso ha sido menos pronunciado; en 1990 la tasa global de fecundidad en el estado era de 4.31 hijos por mujer, más del doble que en el Distrito Federal y un hijo más que la media nacional.<sup>(3)</sup>

Los hombres tienden a casarse más tarde que las mujeres, según los datos estadísticos de 1991, el 21.7 % se unieron en matrimonio civil antes de los 20 años, y el 40 % entre los 20 y 24 años; cifras semejantes se dieron a nivel nacional en que el 16.9 % de uniones por matrimonio civil fue en menores de 20 años y un 40.9 % entre los 20 y 24 años.<sup>(4)</sup>

Para ese mismo año la tasa de nupcialidad en la entidad fue de 5.3 por cada 1000 habitantes, más baja que la nacional que fue de 7.6, lo que puede atribuirse a que muchas de las uniones no se dan por matrimonio civil, ya que una cantidad considerable de parejas viven en unión libre lo

que se puede corroborar con las estadísticas relacionadas a nacimientos registrados por estado civil de la madre; ya que en 1991, del total de nacimientos registrados, el 4.8 % correspondió a madres solteras, el 24.4 % a casadas, el 36.3 % a unión libre, y una cifra de 34.1 no especificada. También es importante destacar que de los matrimonios registrados en el estado de Chiapas, el 79.7% correspondió al área rural y el 20.5% al área urbana; y por lo que respecta a ocupación de la mujer solo el 38.4 % trabaja mientras que el 61.2 % no trabaja <sup>(5)</sup>, y es que a pesar de que la incorporación de la mujer a la fuerza laboral ha sido un importante adelanto, existe todavía un patrón cultural muy arraigado según el cual el matrimonio es la principal y única realización para la mujer.

Por lo que respecta al nivel de escolaridad de la madre es importante destacar que de los nacimientos registrados en Chiapas, el 36.3 % correspondió a madres sin escolaridad y el 33.1 % no se especificó el dato, muy por encima de los promedios nacionales que fueron de 13.9 y 6.2 % respectivamente. <sup>(6)</sup> Lo que es consecuencia del bajo nivel educativo en la entidad, ya que tiene el mayor grado de analfabetismo en el país, y las mujeres es el grupo más afectado.

### **3.2 Morbimortalidad materna**

La mortalidad materna es definida como los fallecimientos causados por el embarazo, aborto parto y postparto. Siendo importante considerar que si la vida de un ser humano tiene un costo incalculable, la de una mujer madre es superior tomando en cuenta que la supervivencia del recién nacido corre un grave riesgo.

En Chiapas la mortalidad materna en 1987 tenía una tasa de 8 por 10,000 nacidos vivos registrados, la cuarta más alta del país, después de Oaxaca, Puebla y San Luis Potosí; en 1994 fue de 5.9 por 10,000 nacidos

vivos registrados, superando la tasa nacional que es de 4.5. Las principales causas de 1990 a 1994 fueron, la Hemorragia del Embarazo y el Parto, la Toxemia del Embarazo y el Parto y las Complicaciones del Puerperio, seguidas del Aborto. <sup>(7)</sup>

Es importante considerar que debido al subregistro existente se puede decir que la tasa es mucho mayor, ya que se afirma que en el área urbana es del doble y en la rural el triple. <sup>(8)</sup>

Por lo anterior y dado a que en nuestro Estado existe un alto porcentaje de población rural (60 %), la tasa de mortalidad real está muy por encima de las cifras mencionadas. Esto se explica en parte por las condiciones de vida de la población, el escaso acceso de las mujeres a servicios de salud, la falta de control prenatal, pero también por los factores culturales que impiden que las mujeres sean atendidas en las unidades médicas por médicos hombres, en condiciones muy ajenas a su medio, y muy desagradables, como son el afeitar la región vulvo perineal, la posición ginecológica en que se coloca a la mujer para la atención del parto que únicamente proporciona comodidad para quien atiende el parto más no para la madre, así como el separarla de su ambiente familiar que le brinda apoyo afectivo y emocional, lo que determina el que una gran proporción de los partos sean atendidos por parteras.

La desnutrición es también un factor a ser tomado en cuenta, y que afecta más severamente al área rural e indígena siendo agravada por la multiparidad y los periodos intergenésicos cortos, que no permiten a las mujeres recuperar su salud, dando origen también a niños desnutridos con mayor riesgo de padecer más enfermedades y muertes.

### 3.3 Morbimortalidad Infantil

Las principales causas de morbilidad infantil en la entidad han sido invariablemente las infecciones intestinales, las respiratorias agudas, y la desnutrición principalmente en el área rural; siendo determinantes para estos padecimientos las deficiencias sanitarias en que vive la población, ya que las condiciones de las viviendas son precarias caracterizadas por tener un solo cuarto, donde se preparan los alimentos a ras del suelo, duermen y cohabitan con sus familiares algunos animales domésticos; sumándose además de esto, la falta de agua y drenaje.

Es importante considerar que los datos en cuanto a morbilidad no son del todo confiables dado que en los reportes médicos sólo identifican la causa principal que dió origen a la consulta, quedando sin registrar las enfermedades secundarias no evidentes.

Los datos existentes en cuanto mortalidad infantil en el Estado de Chiapas, han mostrado una tendencia descendente, ya que la tasa registrada en 1979 fue de 47.40 por 1000 nacidos vivos registrados, disminuyendo a 14.0 en 1994. Dentro de las principales causas de mortalidad están las afecciones originadas en el periodo perinatal, las enfermedades infecciosas intestinales, las infecciones respiratorias, las anomalías congénitas y las deficiencias de la nutrición <sup>(9)</sup>.

También en referencia a la mortalidad infantil, es importante destacar que no se capta en su totalidad, entre otras razones debido a que en el área rural para el registro de las defunciones es necesario trasladarse a poblaciones lejanas donde haya registro civil para el Certificado de Defunción, lo que origina gastos y mayores problemas. También la negativa a trasladar a los enfermos a los hospitales influye en los registros, esta negativa se funda en que al separar al enfermo de su medio, se rompe el círculo protector que a su alrededor existe por el

contacto con su familia, su medio ambiente y su religión; aunado a esto los gastos de defunción y los trámites si el fallecimiento ocurriera en el hospital, por lo que prefieren que muera en su casa, a que sea trasladado a una unidad médica.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) LEÑERO Otero Luis et al. La Salud Reproductiva en el Estado de Chiapas, México. IMES, 1993. p. 4
- (2) SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA EN EL ESTADO DE CHIAPAS. Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta 1996. p. 12
- (3) Ibidem p. 12
- (4) SSA. Estadísticas Vitales 1991. p. 54-55.
- (5) Ibidem p. 57
- (6) Ibidem p. 44
- (7) SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA EN EL ESTADO DE CHIAPAS. DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA Y MEDICINA PREVENTIVA. Principales causas de Mortalidad Materna 1990-1994.
- (8) LEÑERO Otero Luis et al. La Salud Reproductiva en el Estado de Chiapas, México. IMES, 1993. p. 12
- (9) SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA EN EL ESTADO DE CHIAPAS. DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA Y MEDICINA PREVENTIVA. Principales causas de Mortalidad Infantil 1994.

#### **4. RECURSOS PARA LA ATENCION DE LA SALUD EN EL ESTADO DE CHIAPAS.**

La insuficiencia de recursos para la atención de la salud es uno de los aspectos más críticos en el estado de Chiapas, así como su inadecuada distribución, siendo importante destacar que los modelos de atención creados en el nivel nacional no son aplicables en nuestra entidad, debido a las condiciones específicas del estado, como es la gran dispersión de sus habitantes, la falta de vías de comunicación, la situación económica, así como la inaccesibilidad cultural sobre todo en los pueblos indígenas, lo que hace que en muchos de estos la atención de salud sea a través de la medicina tradicional.

De acuerdo a los datos presentados en el Plan Estatal de Desarrollo 1995-2000. Se tiene una cobertura de servicios para la salud de un 82 %, pero hay que considerar que más bien se trata de una supuesta potencialidad más que de una cobertura real, ya que existen unidades ubicadas para atender a un cierto número de habitantes, pero el uso real que estos hacen de los servicios de salud está muy por debajo de la cifras programadas, aunado a esto la deficiencia de insumos para prestación del servicio o los tiempos y costos que representa el llegar a las unidades de salud, hacen que no esten accesibles a toda la población.

Por otro lado y a pesar de la carencia de servicios formales en muchas localidades, existe duplicidad en otras, en las que hay un Centro de Salud de la SSA y una Unidad Medica Rural del IMSS Solidaridad, esto se origina por intereses y políticas de las instituciones, debido a que hasta el momento no existe unificación en el Sector Salud, para la atención a la población abierta.

#### **4.1 Recursos Institucionales**

Según el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta 1996, un 16.50 % de la población total del Estado cuenta con seguridad Social, y un 82.14 % es población abierta. La Secretaría de Salud atiende al 32.20 % de la población, el 34.36 % es atendida por el Instituto Mexicano del Seguro Social en su régimen de Solidaridad, el 1.16 por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), existiendo un 14.42 % que equivale a 585, 557 habitantes sin acceso a servicios de salud.<sup>(1)</sup>

Existen 0.21 consultorios por cada 1000 habitantes, es decir un consultorio por cada 5,000 habitantes y el número de camas es un poco menor ya que es 0.18 camas por mil habitantes.

##### **4.1.1. Oficiales**

Por lo que respecta a los recursos oficiales disponibles en el sector público, existen 84 unidades médicas de primer nivel en el régimen de seguridad social, correspondiendo 46 al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) régimen obligatorio, 33 al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y 5 al Instituto de Seguridad Social para los trabajadores del Estado de Chiapas (ISSTECH). Para la atención a la población abierta el IMSS Solidaridad cuenta con 561 unidades de primer nivel, el DIF 7, la SSA tiene 168 unidades de salud además de 81 unidades médicas móviles que otorgan servicios de primer nivel en localidades que no cuentan con infraestructura formal de Salud <sup>(2)</sup>. Es de hacer notar que cada una de estas unidades móviles atienden hasta 10 localidades, lo que significa que algunas localidades reciben atención dos veces por mes en temporadas normales y con existencia de equipo, material, medicamentos y gastos para su movilización; ya que las restricciones en el presupuesto han hecho que las unidades móviles no laboren normalmente durante los primeros meses del año, por lo que la atención a las comunidades no siempre es oportuna para resolver la problemática de salud.

Un problema que ha afectado la atención de salud en algunas regiones de la entidad, entre ellas la zona de Los Altos, es la violencia que se ha generado a partir de 1994, que dificulta la prestación del servicio y ha ocasionado serios problemas en el personal que labora en la región.

En cuanto a unidades de segundo nivel el régimen de Seguridad Social tiene un total de 11 hospitales, distribuidos de la siguiente manera: 4 el IMSS, 4 el ISSSTE, 2 el ISSTECH y 1 SEDENA y SEMAR. Para la población abierta la SSA tiene 11 Hospitales y el IMSS Solidaridad 10, con un total de 783 camas censables. <sup>(3)</sup>

#### **4.1.2 Privados**

La población que recibe atención por parte de la medicina privada es el 1.48 % <sup>(4)</sup> sin embargo cada vez es menor esta cifra debido a los altos costos que representa, lo que hace que la población cada vez mas solicite los servicios en las instituciones públicas, a pesar de las serias deficiencias de recursos en éstas, que se han visto empeoradas por la crisis económica que afectado a todo el país.

En 1992 el número de unidades médicas privadas registradas fue de 83, en la que se incluyen 74 clínicas, 7 sanatorios y 2 hospitales. El número de consultorios registrados para ese mismo año fue de 178. <sup>(5)</sup> Para 1996 se reportan una total de 66 unidades privadas con 165 consultorios y 603 camas para pacientes hospitalizados. El volumen de camas representa el 29.62 % del total en el estado y las unidades médicas el 7.08 %, los consultorios el 11.35 % de los que están funcionando actualmente en Chiapas. <sup>(6)</sup>

#### **4.2 Recursos humanos.**

No existe un registro adecuado de recursos humanos en la entidad,

debido a que el sector salud no tiene un sistema uniforme de información al respecto, existiendo deficiencias en este rubro; ya que se presentan distintos datos en las fuentes consultadas, también el hecho de que hay personal que trabaja en más de una institución, dificulta un registro fidedigno al respecto.

En Chiapas y debido a la deficiencia de servicios de salud por la alta dispersión de sus comunidades y dificultades de acceso para otorgar servicios, la Secretaría de Salud formó un personaje denominado Técnico en Atención primaria de Salud, con el propósito de brindar servicios de atención Primaria, existiendo 168 actualmente, no teniéndose resultados sobre la efectividad de su función y actividad realizada, aunque se considera que solucionarán la problemática de falta de cobertura de servicios. Adicionalmente la SSA cuenta con 738 auxiliares de salud que reciben una gratificación mensual y que deben realizar básicamente actividades de promoción de la salud y de vigilancia epidemiológica. El IMSS Solidaridad reporta la existencia de 1,667 asistentes rurales, se menciona también la existencia de un alto número de promotores voluntarios, no teniéndose un adecuado control al respecto.<sup>(7)</sup>

Es importante mencionar también que aunque no se tiene un control estadístico existe un importante número de médicos tradicionales y parteras empíricas que atienden importante número de personas. Se afirma que en Chiapas existen aproximadamente 2,500 parteras empíricas <sup>(8)</sup>

#### **4.2.1 Médicos.**

En 1990 el total de médicos en el estado fue de 2,160 lo que equivale a 0.67 médicos por 1000 habitantes , siendo las regiones en las que el índice es menor, la de los Altos y Selva, debido a que este recurso generalmente no tiene la disponibilidad de trabajar en áreas rurales marginadas, y la mayoría se concentra en las poblaciones urbanas.

#### 4.2.2 De Enfermería.

En el Sector salud y de acuerdo al Modelo de Atención a la Salud para Población abierta 1996, el número de enfermeras es de 3,786, tomando en cuenta que la población reportada para 1996 fue de 4'061,848 habitantes, corresponde una enfermera por cada 1072 habitantes, de las cuales el 66.2 % son auxiliares de enfermería, el 21.6% son enfermeras generales, el 3.9 % tienen alguna especialidad (se incluye como especialidad a los cursos posttécnicos) y el 8.2% tienen otro tipo de curso<sup>(9)</sup>

Aunque ya existe un grupo de enfermeras con el nivel de Licenciatura, no se contempla aún en los registros estadísticos estatales.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD EN EL ESTADO DE CHIAPAS. Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta 1996. p. 24.
- (2) Ibidem p. 22
- (3) Ibidem p. 23
- (4) Ibidem p. 23
- (5) SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Boletín de Información Estadística, 1992 p. 372
- (6) SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD EN EL ESTADO DE CHIAPAS. Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta 1996. p. 37.
- (7) GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS. Plan estatal de Desarrollo 1995-2000 p. 89

- (8) LEÑERO, Otero Luis et al . La Salud Reproductiva de la Mujer en Chiapas, Reflexiones y Recomendaciones. IMES. Chiapas, México, 1993. p. 13
- (9) SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD EN EL ESTADO DE CHIAPAS. Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta 1996. p. 24

## **5. RECURSOS DE ENFERMERIA EN LA CIUDAD DE SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS CHIAPAS.**

El personal de enfermería en la Ciudad de San Cristóbal de Las Casas, se encuentra distribuido en las instituciones oficiales del sector salud, destacándose por su número el asignado a la Secretaría de Salud y al IMSS Solidaridad, que atienden población abierta y que hacen un total de 150 enfermeras.

El régimen de Seguridad Social a través de las unidades Médico Familiares del IMSS, el ISSSTE y el ISSTECH, ocupan a 59 enfermeras.

A nivel privado son 23 el número reportado que se distribuyen en 4 sanatorios particulares.

Del total que es de 232, el 33.6 % corresponde a personal profesional y el 66.4 % es personal no profesional, esto por lo que se refiere a grado de estudios, ya que en relación a categoría y salarios en el año de 1991 la Secretaría de Salud otorgó código de enfermera general a las auxiliares de enfermería con más de 15 años de antigüedad, sin importar el grado de estudios, existiendo actualmente en la plantilla con código de enfermera general, personal solo con primaria ó con secundaria, con bachillerato u otras carreras; siendo personal que ingresó como personal voluntario y posteriormente alcanzó una plaza de base; y aunque en los últimos 5 años se ha elevado el número de enfermeras generales, todavía se sigue contratando a personal que no reúne el perfil, ni cuenta con los estudios correspondientes, limitando a las enfermeras que egresan de las escuelas su campo laboral, que de por sí ya es escaso; por otro lado han sido contratadas como auxiliares de enfermería, las que si tienen la carrera básica de enfermería. Esta situación se dá con más frecuencia en las unidades de primer nivel. Por su parte el IMSS Solidaridad otorga categoría de auxiliar de atención en área médica a enfermeras generales y auxiliares de enfermería por igual.<sup>(1)</sup>

### **5.1 El personal de enfermería en el Hospital General de la Secretaría de Salud.**

El Hospital General "I" de la Secretaría de Salud en San Cristóbal tiene teóricamente 30 camas censables, teniendo en realidad una capacidad física instalada de 56 camas censables, además de 4 en Urgencias y 3 en Labor. Cuenta con las cuatro especialidades médicas básicas, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía General con apoyo de Anestesiología, Laboratorio y Rayos X. Brinda atención médica correspondiente a patologías de mediana complejidad, dando apoyo a las unidades de primer nivel existentes en la Región de los Altos, participa también en la formación de personal becario de enfermería y medicina.

En fecha reciente se le otorgó al Hospital la Certificación como "Hospital Amigo del Niño y de la Madre", por haber cumplido con los requisitos para tal fin.

El personal de enfermería asignado al Hospital General, tiene una plantilla de enfermería integrada por 48 elementos distribuidos en seis turnos y en los servicios existentes, y representa el 33.6% del total de personal de base que labora en el Hospital <sup>(2)</sup>.

Los turnos son: matutino con horario de 7 a 14:30, vespertino con horario de 13:30 a 21 horas, Nocturno A y B con horario de 8 p.m. a 8 a.m. Sábados, Domingos y Días Festivos con horario de 8 a 20 hrs. y Guardia C para cubrir las guardias nocturnas de domingos y días festivos.

11 enfermeras a parte de trabajar en el Hospital de la SSA tienen otro trabajo en instituciones oficiales del Sector salud y del sector educativo.

### **5.1.1. Plantilla teórica y real.**

De acuerdo a la plantilla teórica de enfermería existente en el Departamento de Recursos Humanos del Hospital General tienen código de enfermera un total de 48 elementos, distribuidos de la manera siguiente: 1 tiene código de Jefe de Enfermeras, 4 de Jefes de Piso, 1 enfermera especialista, 31 enfermeras generales y 11 auxiliares de enfermería, cabe hacer mención que dentro de la categoría de enfermeras generales se incluyen a 17 enfermeras que no tienen los estudios básicos de enfermería y que fueron recategorizadas por su antigüedad en el servicio como ya se mencionó anteriormente.

De esta plantilla, una auxiliar de enfermería tiene incapacidad indefinida, lo que disminuye a una plantilla real de 47 elementos distribuidos en los 6 turnos. Las 4 jefes de piso realizan funciones de supervisoras, y 2 enfermeras generales más fungen como supervisoras, debido a que no existen las plazas necesarias para cubrir todos los turnos.<sup>(3)</sup>

### **5.1.2. Porcentajes de personal profesional y no profesional.**

En relación a la proporción de personal profesional y no profesional tenemos que del total de personal de enfermería el 38 % son profesionales y el 62 % corresponde a personal no profesional.

Dentro del personal no profesional, 3 personas únicamente cursaron la enseñanza primaria, 3 tienen secundaria incompleta, 10 secundaria completa, 1 con preparatoria incompleta y 3 con preparatoria completa, 3 son maestras de educación primaria, 3 técnicos en salud comunitaria, 1 con 4 semestres de medicina, sumando en total 28 personas de las cuales 17 tienen código y salario de enfermera general y 1 de jefe de piso, sin tener el perfil profesional de enfermería.<sup>(4)</sup>

Únicamente 21 tienen la carrera de enfermería a nivel técnico, lo que determina en buena medida la atención de enfermería que se brinda a la población usuaria de los servicios.

Aunque se han realizado actividades de promoción con el personal para cursar la carrera de enfermería a nivel técnico a través del sistema abierto o escolarizado, - ya que existen escuelas de enfermería cercanas y al personal se le brinda las facilidades para que puedan estudiar enfermería asignándoles horarios adecuados a sus necesidades- , del personal de enfermería que trabaja en el Hospital, únicamente 2 personas en los últimos 5 años han estudiado la carrera técnica de enfermería. Esto puede explicarse por la falta de estímulos salariales ya que da lo mismo tener más de 15 años en servicio y primaria o ser enfermera general, la remuneración económica es la misma, por lo que al personal que ya tiene esta categoría no le interesa superarse si continuará percibiendo el mismo sueldo, ya que como se hizo mención anteriormente al tener el código de enfermera general que se le otorgó por su antigüedad tiene el mismo salario y las mismas prestaciones que las enfermeras que sí estudiaron la carrera de enfermería.

Por lo que es importante que las autoridades del Sector Salud creen un tabulador de salarios que sea adecuado a la preparación del personal, ubicando al personal de acuerdo a su perfil y asignando también remuneraciones justas para que se garantice una mejor atención de enfermería.

### **5.1.3 Organización del Departamento de Enfermería.**

El Departamento de Enfermería es parte integrante de una institución médica, sanitaria o asistencial, presta servicio al paciente, familia y comunidad, siendo también fuente de información estadística y de formación de profesionales, es el único departamento que presta sus

**servicios las 24 horas del día; el puesto de más alto rango es el de jefe de enfermeras y es la que dirige al personal.**

El personal de enfermería del Hospital General de la Secretaría de Salud en San Cristóbal está dirigido por una Jefe de Enfermeras que depende directamente de la Dirección, se encarga además de coordinar las actividades docentes y desempeña funciones de asesoría y enseñanza, debido a que no existe coordinadora de enseñanza; es de hacer notar que en el Hospital en los últimos meses han habido una serie de deficiencias en la organización del personal debido a los frecuentes cambios en la Jefatura de Enfermería.

Dependiendo en forma directa de la Jefe de enfermeras, están las supervisoras, 1 por cada turno y sus actividades se orientan a la supervisión y evaluación del personal, pacientes y servicios, también se encarga de la asignación de pacientes a las enfermeras generales y auxiliares, y de solicitar y dotar del material y equipo necesario, así como los medicamentos a utilizarse durante el turno. Las enfermeras generales y las auxiliares son las encargadas de la atención directa del paciente. El sistema de trabajo que se utiliza en el hospital es el de organización por servicio, asignando una enfermera a cada servicio, por lo que el número de pacientes por enfermera es variable de acuerdo a la ocupación del hospital. Los Servicios existentes en Hospitalización son: Medicina Interna, que cuenta con una sala para terapia intermedia y una para pacientes aislados, Cirugía, Pediatría y Ginecobstetricia, Urgencias, Labor que todavía no funciona. Expulsión, Quirófano, Ceye, Consulta Externa, Inmunizaciones y la Clínica de Hidratación Oral, en cada uno de estos servicios hay una enfermera general o auxiliar de enfermería en el turno matutino, en el turno vespertino hay una enfermera para Labor, Expulsión y Quirófano, y en el nocturno la enfermera de Urgencias atiende también la Sala de Hidratación Oral.

**Cabe mencionar que no se cuenta con personal de sustitución lo**

que dificulta en muchas ocasiones cubrir todos los servicios por las ausencias que con frecuencia se presentan por diversos motivos, lo que ocasiona entre otras cosas, la sobrecarga de trabajo, el cubrir los servicios con pasantes de enfermería, ó que las supervisoras tengan que hacer las funciones de enfermera general descuidando las de supervisión que tienen asignadas.

Dentro de los problemas existentes entre el personal de enfermería es la falta de continuidad en algunos servicios, debido a que no en todos hay la entrega del turno, lo que dificulta el seguimiento en la atención que se presta.

Otro de los problemas es la continua escasez de medicamentos y material de curación, lo que impide aplicar los tratamientos adecuadamente, así como las actividades que realiza el personal de enfermería, ya que en su mayoría los pacientes que acuden a esta unidad hospitalaria son de escasos recursos y tienen serias dificultades para adquirirlos por los costos que representan. <sup>(5)</sup>

#### **5.1.3.1. Funciones.**

Las funciones de la jefe de enfermeras son: analizar las necesidades de enfermería de la unidad hospitalaria y planear la organización y funcionamiento del departamento de enfermería, elaborar el programa de trabajo y los roles del personal, definir las actividades que deben desarrollar las enfermeras en cada servicio, adaptar las normas de trabajo y darlas a conocer, verificar que se cuente con el material y equipo necesario para el buen funcionamiento de los servicios, solicitar las necesidades al almacén o la administración, mantener actualizada la plantilla de personal, realizar reuniones periódicas con el director y jefes de departamento así como con el personal de enfermería para resolver problemas y coordinar las actividades, realizar programas de educación al personal de enfermería y de introducción al puesto para

personal de nuevo ingreso, formar parte del consejo técnico de la institución y elaborar los informes estadísticos.

La supervisora colabora con la jefe de enfermeras en la programación, organización y reorganización del servicio, supervisa la atención que se brinda al paciente, participa en programas de enseñanza, orienta al personal sobre las rutinas del servicio, propone a la jefe las modificaciones que considera necesarias, verifica la existencia de equipo y suministros y vigila su uso y cuidado, coopera en caso necesario con el personal de línea, recibe y entrega el turno, mantiene coordinación con los distintos departamentos del hospital, sustituye a la jefe de enfermeras en caso de urgencias, mantiene informada a la jefe y ayuda a resolver la problemática de los diferentes servicios en que labora el personal de enfermería, verifica que se realicen los tratamientos y exámenes especiales, realiza el censo de pacientes y los informes necesarios.

Debido a que no existen jefes de piso, las enfermeras generales tienen a su cargo un servicio y son responsables de la atención directa de los pacientes, debiendo recibir y entregar los pacientes de su servicio, requisita las solicitudes para intervención quirúrgica, para Laboratorio y Rayos X, participa en la realización de tratamientos y exámenes especiales, acompaña al médico a la visita, elabora y actualiza el kardex, administra medicamentos y cumple con las indicaciones. Lleva la hoja de actividades de enfermería y requisita los formatos utilizados en casos especiales.

Las auxiliares de enfermería con código de enfermera general realizan actividades similares, ya que son responsables de un grupo de pacientes asignados a su servicio, a las auxiliares se le asignan responsabilidades de acuerdo a su capacidad y bajo la supervisión de la enfermera general o supervisora, debido al ausentismo que es bastante elevado en algunas ocasiones se responsabiliza a una auxiliar o a una pasante del servicio. <sup>(6)</sup>

### **5.1.3.2. Programas de Capacitación y actualización.**

Los programas de capacitación que se han efectuado durante el presente año han estado dirigidos a todo el personal incluyendo al de enfermería, ha sido para lograr la certificación del Hospital como "Amigo del Niño y de la Madre" por parte de la UNICEF, basando sus contenidos en la Lactancia Materna exclusiva y el alojamiento conjunto, otros programas en los que ha sido capacitado el personal son el de Planificación Familiar, el Programa de Vacunación Universal, efectuándose también la Vacunación Intrahospitalaria, Prevención y control de las Enfermedades Diarréicas Agudas.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- (1) Entrevistas realizadas al personal directivo de enfermería de las unidades de salud en San Cristóbal de Las Casas.
- (2) Plantilla de Personal de Enfermería del Hospital General. 1996
- (3) Ibidem.
- (4) Ibidem.
- (5) Entrevistas realizadas al personal de enfermería.
- (6) Ibidem.

## 6. EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.

El Programa de Planificación Familiar se considera prioritario dentro de las políticas y programas estatales, como estrategia para disminuir el crecimiento natural de la población, pues su aumento es actualmente una preocupación de gran envergadura para los gobiernos del mundo y en especial para los países subdesarrollados, ya que el crecimiento demográfico continua siendo elevado en estas regiones con grado menor de desarrollo.

La planificación familiar es un derecho humano fundamental contemplado en la Constitución de nuestro país a partir de 1984 dentro de las garantías individuales, estableciéndose en el artículo cuarto el Derecho a la salud, la igualdad del hombre y la mujer ante la ley, así como el derecho que toda persona tiene a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

El Programa desde su inicio ha sido vertical desde el nivel nacional, ha tenido presupuesto específico y sin embargo no ha logrado un impacto uniforme en la población, lo que se demuestra por las altas tasas de fecundidad existentes en varias regiones del país. Siendo Chiapas una de éstas, en que los objetivos no se han alcanzado, pues dentro de las perspectivas del Programa de Planificación Familiar en la entidad, para 1988, se planteaba una reducción de los niveles de fecundidad hasta alcanzar una tasa de crecimiento de 1.6 % en el año 2000, lo que traería repercusiones positivas para los sectores de bienestar social como son el educativo, de salud y económico, ya que al disminuir la población infantil en edad escolar la demanda de educación disminuiría, de igual forma en el sector salud, las demandas de ampliación de cobertura serían menores; y en lo que respecta al sector económico, obtendría resultados significativos, sobre todo en lo que respecta a la generación de empleos y el índice de dependencia infantil.<sup>(1)</sup>

Estas metas son difíciles de alcanzar dado que para 1990 la tasa de crecimiento duplicó a la nacional al tener una tasa de 4.5; lo anterior hace planteamos varias interrogantes, entre otras, por qué el programa en Chiapas no ha tenido el mismo impacto que en otras entidades, qué tanto los presupuestos asignados se han ejercido adecuadamente, qué tanto influye la condición de la mujer y la participación del hombre como usuario del programa.

Es importante recalcar que desde su inicio el Programa de Planificación ha estado dirigido a regular la fecundidad en la mujer, orientándose hacia ella la creación y uso de metodología anticonceptiva ya sea temporal ó definitiva, y aunque en los últimos años se están incluyendo acciones dirigidas a los hombres todavía no han logrado impactar en la población, ya que vivimos en un país en el que a pesar de los logros que se han tenido de incluir en las leyes la igualdad entre el hombre y la mujer, la realidad es que la mujer en nuestra cultura todavía no ha logrado ocupar el lugar que le corresponde dentro de la sociedad, y se considera en un nivel inferior.

### **6.1 Antecedentes.**

En México diversas circunstancias propiciaron el cambio de la política demográfica, como es el hecho de que en la década de los 60-70 se percibieron una serie de desajustes económicos y sociales por causa de la llamada explosión demográfica, pues el crecimiento de la población rebasó la capacidad del gobierno para responder a las crecientes demandas de bienestar en la población. Otros hechos fueron los relacionados a los avances en cuanto a metodología anticonceptiva, el reconocimiento de la mujer con iguales derechos que el hombre y el consenso sobre la planificación familiar como un derecho humano fundamental, todos estos factores influyeron para que el tema demográfico ocupara un interés especial en lo político, social, económico, religioso, médico y de los derechos humanos.

En 1803, la población del país sumaba casi seis millones de habitantes, muy poca gente para tan vasto territorio, lo que sugería el aumento de la población para trabajar el país y defenderlo. Durante el porfiriato siguió dominando el pensamiento poblacionista, en 1895 la población de México era de 12.6 millones, cifra que aumento a 20 millones en 1940, a casi 35 millones en 1960, a 48 millones en 1970 y a 60 millones en 1975, a un ritmo de crecimiento de 3.5 anual, y aunque no existió una política de población estructurada hasta 1947, era complaciente su incremento. La Ley General de Población de 1947 menciona como finalidad, activar el aumento de la población a través del crecimiento natural y la inmigración. <sup>(2)</sup>

Esta dinámica demográfica y sus implicaciones, obligó a tomar conciencia de la problemática, y a examinar la política de población, por lo que en la Ley general de población de 1974 se dió un giro completo, ya que en ella se establecen medidas para disminuir la natalidad a través de campañas de Planificación Familiar, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el aprovechamiento de los recursos materiales y naturales del país. <sup>(3)</sup>

Ya anteriormente, en el estado de Yucatán durante la gestión administrativa de Felipe Carrillo Puerto, que también fue fundador y dirigente del partido socialista del sureste, auspició actividades en materia de planeación familiar a pesar de las opiniones reaccionarias; estableciéndose clínicas con servicios de planeación familiar en la entidad con una central en la capital, Mérida, lo que consituyó el primer servicio de Planificación Familiar en el Mundo de la época reciente. <sup>(4)</sup>

Y aunque con las políticas encaminadas a disminuir el crecimiento de la población a través de campañas de planificación familiar la tasa de crecimiento empezó a disminuir, la población ha seguido aumentando considerablemente siendo mayor este crecimiento en las regiones con

mayor grado de marginación, así lo menciona el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, y reconoce como un gran desafío el romper el círculo demográfico de la pobreza, ya que implica una serie de acciones, como son el asegurar nutrición adecuada y servicios de salud a madres y niños, propiciar oportunidades de empleo productivo e impulsar la condición de la mujer, como acciones estratégicas encaminadas a combatir la pobreza y favorecer el cambio demográfico. Sin embargo y debido a la crisis económica que ha afectado también al Sector Salud muy poco se ha logrado avanzar, debido a que los presupuestos son otorgados casi a la mitad del año, por lo que un semestre sin que se cuente con todos los insumos necesarios para operar adecuadamente los programas.

## **6.2 Normatividad oficial.**

Dentro de las actividades de salud, la normatividad de los servicios de Planificación Familiar han sido objeto de actualización, la más reciente y que está en vigor fue en el año de 1994, ya que al ser considerado prioritario el programa de Planificación Familiar, deberá estar acorde a las políticas que en materia de población se han establecido; por lo que la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, tiene como objetivo uniformar las políticas, principios, criterios de operación y estrategias para la prestación de los servicios de Planificación Familiar, siendo de observancia obligatoria en todas las unidades de salud de los sectores público, social y privado del país que prestan servicios de Planificación Familiar.<sup>(5)</sup>

## **6.3 Funciones y Actividades**

Los servicios de Planificación Familiar que se imparten en las instituciones de salud de acuerdo a lo que establece la Norma Oficial de Planificación Familiar, comprende las siguientes actividades:

- Promoción y difusión, a través de los medios de comunicación masivos, grupales y personales, sobre la importancia de la práctica de la planificación familiar y de la existencia de los servicios correspondientes.
- Información y educación a grupos e individuos sobre sexualidad y reproducción humana, salud reproductiva, factores de riesgo, indicaciones y contraindicaciones de la metodología anticonceptiva, infertilidad y esterilidad.
- Consejería, para que los solicitantes puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para la selección del método más adecuado. La norma menciona que la decisión y consentimiento responsables e informado de los usuarios debe ser respetado absolutamente y no se debe inducir a la aceptación de un método anticonceptivo en especial.
- Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos temporales ó definitivos, debiendo efectuar interrogatorio, exámen físico, valoración de riesgo reproductivo, consejería garantizada, seguimiento de los usuarios, referencia a otra unidad en caso necesario, localización y promoción
- Identificación y manejo de casos de infertilidad.

Estas actividades deben ser realizadas por personal médico y paramédico, auxiliar comunitario y médicos privados.

La normatividad también establece la ofertación sistemática de los servicios a toda persona en edad reproductiva que acude a los servicios de salud, en especial a las mujeres con mayor riesgo reproductivo, así como la gratuidad en la prestación del servicio y la dotación de métodos anticonceptivos en el sector público.

#### **6.4 La aplicación del programa de Planificación Familiar en la Ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.**

El Programa de Planificación Familiar en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, es prioritario en las instituciones del Sector Salud, tanto en el régimen de Seguridad Social como en las que atienden a población abierta. El Programa de Planificación Familiar se inició en la Ciudad en el Centro de Salud de la entonces llamada Secretaría de Salubridad y Asistencia en el año de 1977, ofertando métodos anticonceptivos temporales. Posteriormente las otras instituciones han incluido ya el programa como prioritario en sus acciones a desarrollar.

En el régimen de Seguridad Social, el IMSS en su Unidad Médico Familiar Num. 17 atiende a población derechohabiente unicamente proporcionando métodos anticonceptivos temporales, refiriendo los quirúrgicos a la Clínica Hospital de Campo del IMSS Solidaridad.

La Clínica Hospital del ISSSTE además de proporcionar el Servicio de Planificación Familiar a derechohabientes atiende a población abierta que lo solicita.

El ISSTECH proporciona métodos anticonceptivos a sus derechohabientes, pero no tienen un programa de Planificación Familiar establecido.

Las Instituciones que atienden población abierta como son el IMSS Solidaridad y la Secretaría de Salud, se rigen bajo la normatividad oficial actual, proporcionan métodos anticonceptivos tanto definitivos como temporales a la población mayoritariamente femenina. Cabe destacar que en ambas instituciones se efectúan campañas para la esterilización femenina a través de la Obstrucción Tubaría Bilateral, a población de la región de los Altos, ya que ambas atienden población que es referida de las unidades de primer nivel de atención existentes en el área así como

población que acude directamente a solicitar el servicio en estas unidades hospitalarias.

#### **6.4.1. Funciones específicas del personal de enfermería.**

La participación de la enfermera en las actividades del Programa de Planificación familiar que señala el manual de Normas y procedimientos, son:

- Informar sobre los servicios de Planificación familiar, colaboración en la elaboración de la historia clínica, en la exploración física y ginecológica y en la toma de citología vaginal.
- Selección de métodos anticonceptivos, se encarga de organizar la consulta, en los casos en que se realiza la referencia a otra unidad de salud, deberá hacer junto con el médico la solicitud de referencia, así como la contrareferencia.
- En la aplicación del Dispositivo Intrauterino, es quien prepara el equipo a utilizar y apoya al médico durante el procedimiento.
- Para la realización de la Obstrucción Tubaria Bilateral, la enfermera deberá verificar que la usuaria haya recibido la información completa sobre el método y haya firmado la hoja de autorización de anticoncepción quirúrgica voluntaria, así como verificar la existencia de material y equipo adecuados para la cirugía.
- Realiza el control de citas y registro de las actividades.
- En las actividades de promoción es responsabilidad de todo el equipo de salud la programación, organización e impartición de pláticas, así como la consejería.

- Deberá también realizar visitas domiciliarias para el control y seguimiento de los usuarios.

#### **6.4.2. Criterios para evaluar la efectividad del Programa de Planificación Familiar.**

Los principales indicadores para medir el avance del programa son:

- Usuarios nuevos, que son los que ingresan al programa por primera vez.
- Usuarios activos, que es el indicador más importante para evaluar el desarrollo del programa, ya que permite conocer el número de aceptantes que continúan activos dentro del programa.
- El número de Consultas otorgadas
- Las intervenciones quirúrgicas realizadas.
- Las pláticas otorgadas a la población.
- La capacitación al personal.
- La Supervisión.

Esta información se obtiene con los datos que las unidades de salud reportan mensualmente al Sistema de Información y que es validada por la Coordinación de Salud Reproductiva en el nivel Jurisdiccional para su posterior envío al nivel estatal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- (1) MORA, Bravo Miguel. El Derecho a la Planeación Familiar. CONAPO, México, 1984.
- (2) Ibidem. p. 186
- (3) Ibidem p. 93.
- (4) DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION. Norma Oficial Mexicana para los Servicios de Planificación Familiar, Mayo de 1994.
- (5) Ibidem.

## VII. PRESENTACION DE RESULTADOS.

Una de las finalidades de la investigación de archivo fue la de consultar las estadísticas y obtener la información en relación a métodos quirúrgicos de Planificación Familiar realizados durante el año de 1995 en el Hospital General de la Secretaría de Salud en San Cristóbal de las Casas.

Al revisar dichas estadísticas, pudimos obtener la siguiente información:

- El total de intervenciones quirúrgicas que se reportó a través del Sistema Estatal de Información Básica fueron 244, de estas 230 fueron Salpingoclasias que equivale al 94 % y 14 vasectomías que representa un 6 % (ver Cuadro No.1)

- Al hacer la clasificación por grupos de edad, encontramos que el grupo mayoritario de mujeres a las que se les practicó la Salpingoclasia fueron las de 25 a 34 años con un porcentaje de 63 %, el grupo de 35 a 44 años representó el 19 % y el de 15 a 24 años fue el 18 % (Cuadro No.2).

Dado que al Hospital General acude población de municipios aledaños, en los registros existentes se encontró que de 177 salpingoclasias realizadas, el lugar de procedencia de las mujeres fue de 19 municipios, correspondientes en su mayoría a la zona de los Altos, siendo el 44 % del Municipio de San Cristóbal, el 10 % de Teopisca, el 8 % de Chenalhó, el 7 % de Oxchuc, el 6 % de Zinacantán, y el 25 % restante de 14 municipios diferentes. (Cuadro No.3)

Por lo que respecta a la investigación de campo, y con la finalidad de conocer algunos factores que influyen para que la mujer sea la que más utilice los Programas de Planificación Familiar, se aplicó una cédula a 30 personas que laboran en la Secretaría de Salud en la ciudad de San

Cristóbal, del Hospital General y la Jurisdicción Sanitaria, para incluir a personal que labora en área normativa y aplicativa, entrevistándose a enfermeras, trabajadoras sociales, médicos y otros. (Cuadro No.4) El 70 % fueron del área aplicativa y el 30 % del área normativa.

Del personal al que se aplicó la cédula el 50 % fueron mujeres y el otro 50 % a hombres (Cuadro No.5).

En lo referente al tiempo que ha laborado en el programa de Planificación familiar, el 100 % del personal normativo tienen más de 5 años realizando alguna actividad de Planificación Familiar, mientras que el personal aplicativo el 38 % tiene de 1 a 5 años y el 62 % más de 5 años. (Cuadro No.6)

Por lo que respecta a la actividad que realiza el personal en el Programa se encontró que el 47 % se dedica a una sola actividad, y el 53% realizan dos o más. En el Cuadro No. 7 se desglosan las actividades que se realizan, pudiendo notar que en el área normativa la promoción y supervisión son las que más se realizan con un 24 y 29 %, en el área aplicativa destacan la promoción y difusión, la información y educación y la consejería; en ambas áreas las acciones realizadas son en mayor proporción a mujeres con un 43 y 68 % respectivamente. (Cuadro No.8).

Los entrevistados señalaron como principal factor para que la mujer utilice un método anticonceptivo, el que los hombres no aceptan los métodos existentes, ya que en ambos grupos los resultados fueron semejantes con 34 y 33 %, el que haya más métodos para mujeres también tuvo resultados semejantes con 22 y 24 %; en el que si hubo diferencia fue en cuanto a si las mujeres se sienten más presionadas a utilizar métodos anticonceptivos, ya que el resultado fue de un 34 % del personal aplicativo y un 14 % del área normativa ( Cuadro No.9).

Acerca de la opinión que el personal tiene del Programa de Planificación Familiar, en el área normativa un 67 % lo consideró como necesario, el 22 % como voluntario y el 11 % opinó que se debe ejercer algún tipo de coerción para que de mejores resultados. En el personal del nivel aplicativo fue de 57 %, 19 % y 24 % respectivamente (Cuadro No.10)

En relación a quienes deben dirigirse las acciones de Planificación Familiar, un 22 % del personal normativo y un 14 % del aplicativo respondieron que a la pareja; el 11 y 10 % respectivamente a los hombres, y un 10 % del personal del nivel aplicativo opinó que a las mujeres, en ambos grupos se consideró que los adolescentes es un grupo importante por ser ellos sujetos y agentes de cambio para el futuro de la sociedad (Cuadro No. 11).

### VIII. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación de archivo, pudimos constatar que las acciones de Planificación Familiar siguen estando dirigidas en mayor proporción a regular la fecundidad en la mujer; a pesar de que el programa se enfoca a lograr la paternidad responsable, a orientar e informar a la pareja para que decida al respecto, vemos que los objetivos y metas son con mayor énfasis en la mujer. Así lo demuestran los datos obtenidos en los archivos del Hospital, en que el 96 % de las cirugías de Planificación Familiar fueron en mujeres en edades que van desde los 15 a los 44 años de edad; es importante destacar que el grupo de 15 a 24 años es muy joven para optar por un método definitivo, por lo que podríamos pensar que no se proporcionó la consejería adecuada para que la elección sobre este método fuera libre y consciente, sobre todo si tomamos en cuenta que muchas de las cirugías son realizadas en el puerperio inmediato o transcesárea, cuando la mujer de alguna manera se siente obligada por las circunstancias a aceptar este método, por situaciones asociadas al fenómeno reproductivo como son las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio.

Por lo que respecta al lugar de procedencia de las mujeres que fueron sometidas a cirugía, la mayoría son del municipio de San Cristóbal, lo que puede atribuirse a la difusión y promoción que en el área urbana tiene el programa, así como la infraestructura de servicios de salud, lo que hace que haya una mayor accesibilidad, disminuyan los costos y el tiempo de traslado, y por lo tanto menor el tiempo que la mujer deja su hogar. Otra razón es el nivel de escolaridad de la mujer, ya que en este municipio es mayor que en el resto de la población femenina de los Altos de Chiapas; su incorporación a actividades productivas fuera del hogar y la búsqueda por mejores condiciones de vida pueden ser razones para que la mujer ante la negativa de su pareja, opte por estos métodos anticonceptivos. A diferencia de otros municipios es su mayoría rurales e indígenas en que la preferencia por la familia numerosa todavía persiste como forma de

asegurar mayor fuerza de trabajo. También en este medio la mujer casi no puede decidir al respecto, ya que está sujeta a la voluntad del esposo, con poco acceso a la información y orientación -como consecuencia del analfabetismo- sobre los beneficios que pueden tener en la salud familiar el espaciamiento y limitación en el número de embarazos.

La encuesta realizada tuvo como finalidad conocer el enfoque del programa, que pudimos observar sigue siendo a las mujeres, ya que el personal entrevistado confirmó que sus acciones las dirigen a ellas en mayor proporción, dado que los hombres se niegan a aceptar ser usuarios de métodos anticonceptivos y en consecuencia las mujeres se ven presionadas por esta razón a usarlos. Debiendo tomar en cuenta también que el hombre no tiene muchas opciones a no ser por el preservativo y la vasectomía, existiendo muchos mitos al respecto, que es necesario romper con una mayor información y educación. Por lo tanto la falta de variedad en metodología anticonceptiva a la población masculina, condiciona también esta situación.

Y aunque las mujeres a diferencia de los hombres, son las que con más frecuencia acuden a las instituciones de salud, no se considera esta situación como razón para que sean las destinatarias de la Planificación Familiar.

Otros elementos que no podemos pasar inadvertidos y que el personal de salud hizo mención, son el machismo y la falta de concientización en el hombre para que participe en iguales circunstancias que su pareja, y ésto se debe al rol que la mujer tiene en las familias de nuestro país, como se ha venido reiterando.

Tomando en cuenta que planificar la familia es un acto voluntario de los individuos, el personal de salud opinó en su mayoría que es necesario; menos personal lo consideran voluntario, habiendo también personas que sugieren ejercer algún tipo de coerción para que se logren mejores

resultados, sobre todo en el área rural en que las tasas de fecundidad son más altas.

Las acciones de Planificación Familiar según los resultados de la encuesta deben dirigirse principalmente a los adolescentes, pues es muy difícil cambiar la forma de pensar de los adultos, en especial a los hombres que han sido la mitad olvidada a propósito desde el inicio del programa, ya que desafortunadamente son hombres los que deciden y dictan las políticas no solo en materia de Planificación Familiar.

Aunque la finalidad de la presente investigación no fue analizar la situación del personal de enfermería, no podemos pasar inadvertida la problemática existente al respecto, como se hizo mención en este trabajo, no se valora la preparación académica al otorgar mismos salarios y prestaciones a enfermeras con estudios reconocidos y debidamente legalizados, y a auxiliares de enfermería que por su antigüedad adquirieron la misma categoría y por consecuencia iguales percepciones; esto ocasiona conflicto, inconformidad y división en el personal, situación que al parecer conviene a las autoridades, ya que así se evita que se consolide el gremio y luche por alcanzar un mejor lugar dentro y fuera de las instituciones de salud; pues cada vez se pierden más espacios que corresponden a niveles de dirección y decisión, y que sólo se podrán recuperar con la presión de las enfermeras organizadas.

## **IX. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS**

Como se ha señalado en el presente trabajo de investigación, nuestro Estado de Chiapas es una de las entidades más rezagadas, a pesar de los enormes recursos que aporta a la federación, permaneciendo al margen del desarrollo del país.

Con el levantamiento armado en 1994, se han iniciado algunas acciones tendientes a mejorar la situación, haciendo falta mucho por hacer, para abatir los altos índices de analfabetismo que es más patente en la mujer, las deficientes condiciones sanitarias, un medio ambiente que se va deteriorando cada vez más, un crecimiento demográfico elevado con sus respectivas implicaciones y la falta de servicios de salud; sin duda esta situación es más notable en el área rural e indígena, en que la marginación a la mujer también es mayor, como ya se ha señalado, estando en desventaja ante el hombre y la sociedad que en ocasiones no solo la explota sino que le niega la capacidad de decisión y de igualdad que como ser humano le corresponde.

Las instituciones de salud al considerar prioritaria la Planificación Familiar, en ocasiones presiona a la mujer para que se decida por un determinado método, ya sea temporal o definitivo, siendo por lo tanto necesario reorientar las acciones a los hombres tanto jóvenes como adultos, para que se concienticen de su participación en la regulación de la fecundidad, con la finalidad de que ambos, hombre y mujer compartan la responsabilidad de planificar la familia que como pareja les corresponde y utilicen métodos anticonceptivos de acuerdo a su voluntad, pues sin lugar a dudas el Programa de Planificación Familiar no ha logrado impactar en la población masculina a pesar de que en los últimos años se incluye en el programa y en la normatividad oficial.

Por lo que se propone:

- Que la difusión del programa se encamine a orientar e informar en primer

término la igualdad del hombre y la mujer, y que estos mensajes lleguen a toda la población desde las familias, las escuelas y la sociedad en su conjunto, utilizando los idiomas que se hablan en el Estado de Chiapas; que además los mensajes sean permanentes y adecuados a la región, y que esta difusión se refleje también en los objetivos y metas del programa.

- Que exista mayor información, educación y consejería para los métodos naturales, que además de no causar efectos secundarios como los hormonales, exijan la participación de la pareja, pues actualmente no son ofertados a la población.

- Que las instituciones que patrocinan la investigación y producción de métodos anticonceptivos, orienten su trabajo a crear anticonceptivos a la población masculina y que modifiquen o substituyan los que existen para las mujeres a fin de que tengan menos efectos secundarios.

- Que se legisle en forma justa para castigar a individuos que de forma irresponsable son causantes de embarazos no deseados, y en estos casos sí de manera coercitiva sean objeto de un método definitivo de Planificación Familiar.

- Elaborar con la asesoría de la Comisión Nacional de Derechos Humanos una cartilla de los Derechos de las Mujeres Usuarías de Servicios de Salud y difundirlo de manera permanente en los diferentes idiomas que se hablan en la región a través de la Radio y Televisión locales.

- Que la Comisión Nacional de Derechos Humanos conozca y atienda los casos en los que se compruebe que se haya esterilizado a mujeres sin su consentimiento.

- Que estas acciones se incluyan en los programas educativos de las escuelas de enfermería tanto en el pregrado como en servicio social para aprovechar mejor la participación de los estudiantes y lograr una práctica clínica mejor.

## BIBLIOGRAFIA

- FRAGOSO L. Carlos, LOPEZ V. Teresa, et al. Chiapas, colores de agua y selva. 2a.reimpresión. Monografía estatal. Ed.S.E.P. 1990.
- GRANADA Victoria, VAZQUEZ Martha, et al. La mujer y el proceso reproductivo. OPS/OMS. Universidad del Valle, Depto. de Enfermería. 1a. Edic. Edit. Guadalupe Ltda. Colombia, 1990.
- GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS. Almanaque Chiapas 1984. 2a.ed. Editormex Mexicana. Chiapas, México, 1983.
- GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS. Plan Estatal de Desarrollo 1995-2000. COPLADE, Chiapas, México. 1995.
- HACIENDA. Agenda Estadística Chiapas 1995. Talleres gráficos del Estado de Chiapas. Chiapas, México, 1995.
- JARA A.Victor, MENDOZA M.José. La Salud de Chiapas, su magnitud y trascendencia. S.E.C.y S.Dirección de Salud, recreación y Deporte.Chiapas México 1993.
- JARA A. Víctor, MENDOZA M. José. La economía de Chiapas y su impacto en la salud. 1a. edic. México 1992.
- LAMAS, Martha. "Los derechos de las mujeres" en Academia Mexicana de Derechos Humanos. Boletín 14/15. México, Nov-Dic. de 1989.
- LEÑERO O. Luis, ELU Ma.Carmen, et al. La salud Reproductiva de la mujer en Chiapas, México. Reflexiones y recomendaciones. Servicios Integrales de Educación y Salud. IMES, 1993.

- MORA, Bravo Miguel. El Derecho a la Planeación Familiar. CONAPO, México, 1984.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL. Plan Nacional de Salud 1995-2000 SHCP, México 1995.
- SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA EN EL ESTADO DE CHIAPAS. DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA Y MEDICINA PREVENTIVA. Principales Causas de Mortalidad Materna 1990-1994.
- SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA EN EL ESTADO DE CHIAPAS. DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA Y MEDICINA PREVENTIVA. Principales Causas de Mortalidad Infantil 1994.
- SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Boletín de Información Estadística 1992. México 1993.
- SSA/ SECTOR SALUD. La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud; México. Dirección General de Salud Materno infantil. 1992
- SSA. Manual de Normas y Procedimientos del programa de Planificación Familiar. México 1994.
- SSA Chiapas. Programa Estatal de Planificación Familiar 1988. Chiapas, México 1987.
- SSA Chiapas. Programa Estatal de Planificación Familiar 1990. Chiapas, México 1989.
- SSA/ Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. Diario Oficial de la Federación. México 1994.

- SSA/INEGI. Estadísticas Vitales 1991. Mexico 1992.
- SSA/JURISDICCION SANITARIA II. Diagnóstico de Salud. San Cristóbal L. C. Chiapas. México, 1995.
- SSA. Programa Estatal de Salud Reproductiva. Chiapas, México, 1995.
- URBINA F. Manuel. ECHAMOVE F. Elda. "Fecundidad y Salud" en Salud Pública de México. Vol.32 Num.2. Marzo, Abril de 1989.

**ANEXOS**

COMPAÑERO TRABAJADOR. CON LA FINALIDAD DE CONOCER SOBRE LAS ACCIONES DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE REALIZAS EN ESTA INSTITUCION Y DEBIDO A QUE ESTOY REALIZANDO UN TRABAJO DE INVESTIGACION AL RESPECTO, SOLICITO TU COLABORACION PARA CONTESTAR A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

Sexo Hombre \_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_

1. Que categoria tienes en esta unidad de salud

- Enfermera General
- Auxiliar de Enfermería
- Trabajadora Social
- Médico
- Otro \_\_\_\_\_

2. Area en que laboras:  Normativa  Aplicativa

3. Desde cuando laboras en el programa de Planificación Familiar

- menos de 1 año
- de 1 a 5 años
- más de 5 años.

4. Que actividad realizas en relación al Programa

- Promoción y Difusión
- Información y Educación
- Consejería
- Selección, Prescripción y aplicación de Métodos Anticonceptivos.
- Supervisión
- Otra \_\_\_\_\_

5. A qué población diriges mayormente estas actividades

- Mujeres  Hombres  Otros

6. Qué factores consideras influyen para que las mujeres sean las que mayormente utilicen métodos anticonceptivos.

- Los hombres no aceptan los métodos anticonceptivos.
- Hay más métodos anticonceptivos para mujeres
- Las mujeres se sienten más presionadas para usarlos.
- Las mujeres son las que acuden a la unidad.
- Otros \_\_\_\_\_

7. Qué piensas del Programa de Planificación Familiar:

- Es necesario
- Es voluntario
- Es necesario ejercer algún tipo de coerción para que de mejores resultados.

8. Desde tu punto de vista a quiénes deben dirigirse las acciones de Planificación Familiar y porqué:

---

---

---

---

MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACION

CUADRO No. 1

VASECTOMIAS Y SALPINGOCLASIAS REALIZADAS  
EN EL HOSPITAL DE LA S.S.A. EN SAN CRISTOBAL

CIRUGIAS	Frecuencia	%
VASECTOMIA	14	6
SALPINGOCLASIA	230	94
TOTAL	244	100

FUENTE: S.E.I.B HOSPITAL GENERAL "I"  
SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS 1995.

CUADRO NO. 2

EDAD DE LAS MUJERES A LAS QUE  
SE REALIZO SALPINGOCLASIA

EDAD	Frecuencia	%
15 - 24	44	18
25 - 34	154	63
35 - 44	46	19
TOTAL	244	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 3

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS MUJERES  
A LAS QUE SE REALIZO SALPINGOCLASIA

MUNICIPIO	Frecuencia	%
SAN CRISTOBAL	78	44
TEOPISCA	18	10
CHENALHO	14	8
OXCHUC	12	7
ZINACANTAN	11	6
14 MUNICIPIOS	44	25
TOTAL	177	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

**CUADRO No. 4**  
**CATEGORIA DEL PERSONAL ENTREVISTADO**

CATEGORIA DEL PERSONAL	AREA NORMATIVA		AREA APLICATIVA	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
ENFERMERAS	2	7	10	33
MEDICOS	6	20	5	17
TRABAJADORAS SOCIALES	0	0	2	7
OTROS	1	3	4	13
TOTAL	9	30	21	70

FUENTE: CEDULAS APLICADAS AL PERSONAL DE LAS AREAS NORMATIVA Y APLICATIVA DE LA SECRETARIA DE SALUD EN SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS.

**CUADRO No. 5**  
**PERSONAL ENTREVISTADO SEGUN SEXO**

SEXO DE LOS ENTREVISTADOS	AREA NORMATIVA		AREA APLICATIVA		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
HOMBRES	4	13	11	37	15	50
MUJERES	5	17	10	33	15	50
TOTAL	9	30	21	70	30	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 4

CUADRO No. 6

TIEMPO QUE LLEVA LABORANDO EL PERSONAL  
EN EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

TIEMPO EN EL PROGRAMA	AREA NORMATIVA		AREA APLICATIVA	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1 A 5 AÑOS	0	0	8	38
5 y MAS AÑOS	9	100	13	62
TOTAL	9	100	21	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 4

CUADRO No. 7

ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PERSONAL EN  
EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

ACTIVIDAD	AREA NORMATIVA	AREA APLICATIVA
	%	%
PROMOCION Y DIFUSION	24	30
INFORMACION Y EDUCACION	19	24
CONSEJERIA	14	32
SELECCION, PRESCRIPCION Y APLICACION DE METODOS	0	12
SUPERVISION	29	2
CAPACITACION	14	0
TOTAL	100	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 4

CUADRO No.8

A QUE POBLACION DIRIGEN LAS ACCIONES  
DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

POBLACION	AREA NORMATIVA %	AREA APLICATIVA %
HOMBRES	36	28
MUJERES	43	68
OTROS	21	4
TOTAL	100	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.4

CUADRO No. 9

PRINCIPAL FACTOR QUE INFLUYE PARA QUE LA MUJER  
SEA LA QUE UTILICE METODOS ANTICONCEPTIVOS

PRINCIPAL FACTOR	AREA NORMATIVA		AREA APLICATIVA	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
LOS HOMBRES NO ACEPTAN METODOS ANTICONCEPTIVOS	3	34	7	33
HAY MAS METODOS PARA MUJERES.	2	22	5	24
LAS MUJERES SE SIENTEN MAS PRESIONADAS A USARLOS	3	34	3	14
4° LAS MUJERES SON LAS QUE ACUDEN A LA UNIDAD	1	10	4	19
OTROS	0	0	2	10
TOTAL	9	100	21	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 4

CUADRO No. 10

OPINION DEL PERSONAL ENTREVISTADO ACERCA  
DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

OPINION	AREA NORMATIVA		AREA APLICATIVA	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
ES NECESARIO	6	67	12	57
ES VOLUNTARIO	2	22	4	19
ES NECESARIO ALGUN TIPO DE COERCION PARA QUE DE MEJORES RESULTADOS	1	11	5	24
TOTAL	9	100	21	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 4

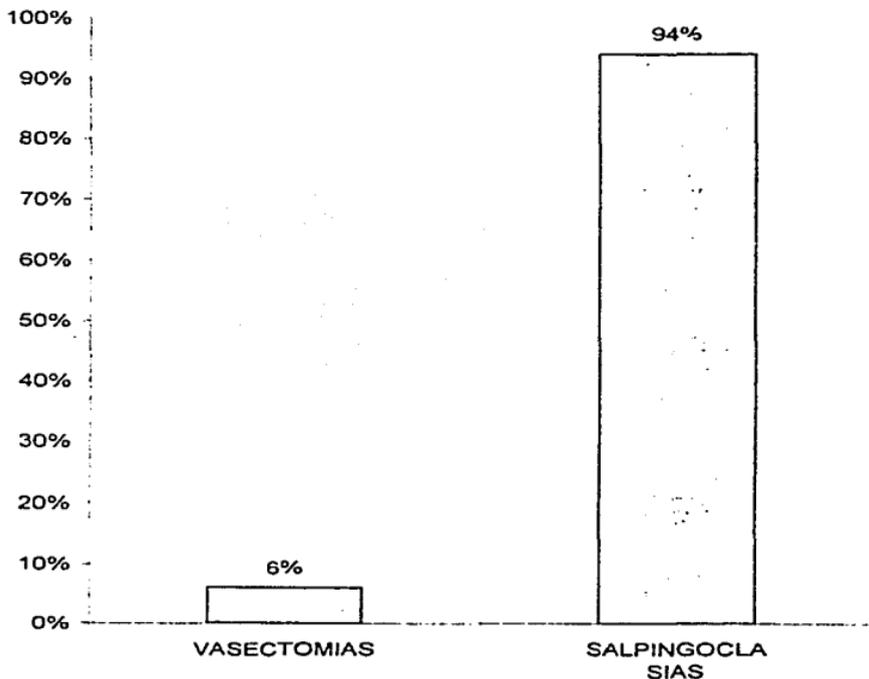
CUADRO No. 11

A QUE POBLACION DEBEN DIRIGIRSE LAS ACCIONES  
DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

POBLACION	AREA NORMATIVA		AREA APLICATIVA	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
A LA PAREJA	2	22	3	14
A LOS HOMBRES	1	11	2	10
A LAS MUJERES	0	0	2	10
A LOS ADOLESCENTES	6	67	6	28
OTROS	0	0	8	38
TOTAL	9	100	21	100

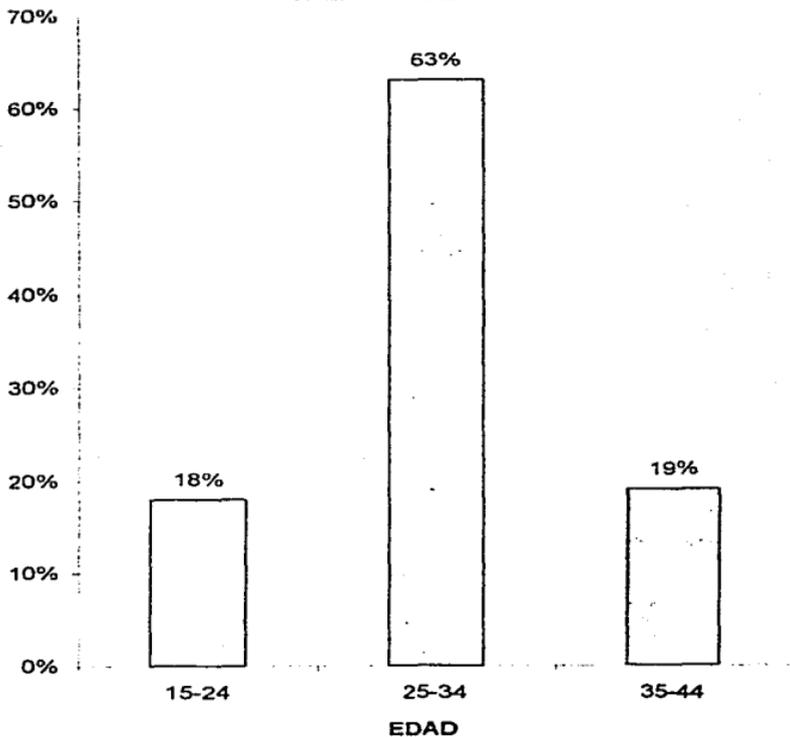
FUENTE: MISMA DEL CUADRO No.4

**GRAFICA 1**  
**VASECTOMIAS Y SALPINGOCLASIAS REALIZADAS EN EL**  
**HOSPITAL DE LA S.S.A. EN SAN CRISTOBAL L.C. CHIAPAS.**  
**1995**



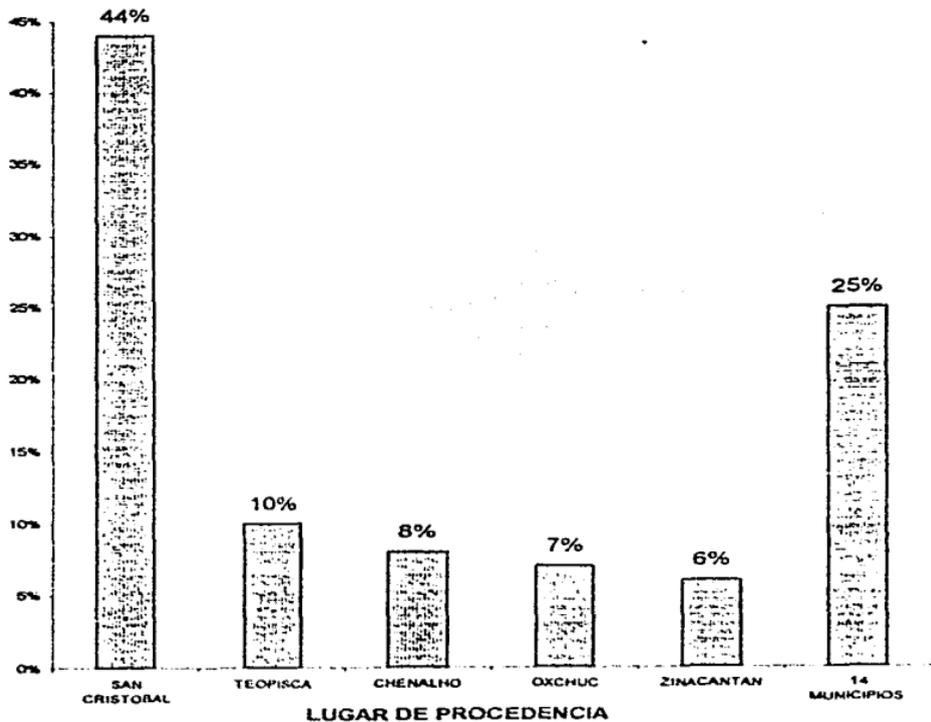
Fuente: Cuadro No.1

**GRAFICA 2**  
**EDAD DE LAS MUJERES A LAS QUE SE REALIZO**  
**SALPINGOCLASIA**



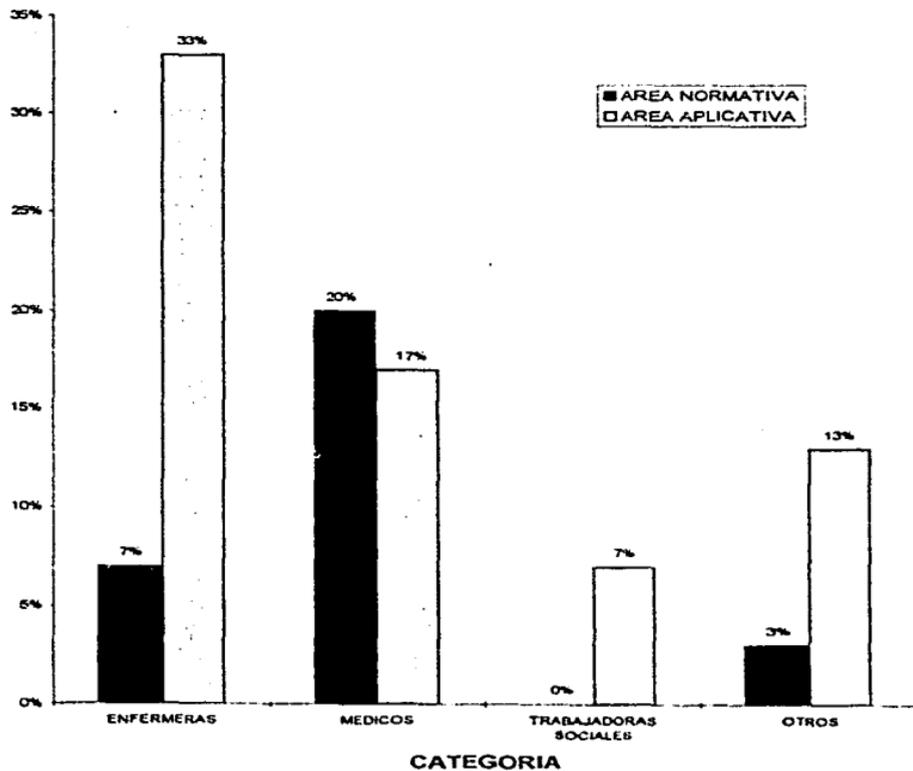
Fuente: Cuadro No. 2

**GRAFICA 3**  
**LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS MUJERES A LAS QUE SE**  
**REALIZO SALPINGOCLASIA**



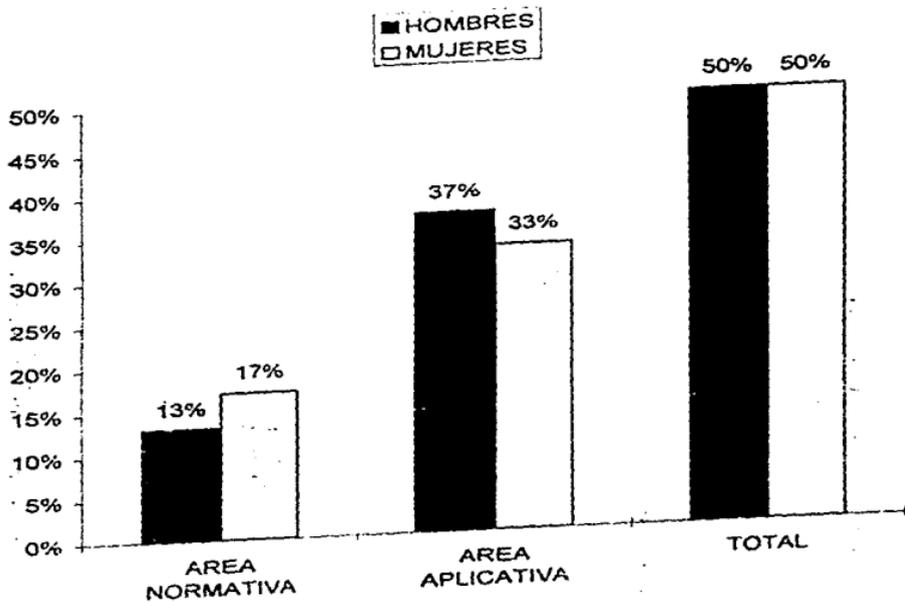
Fuente: Cuadro No. 3

**GRAFICA 4**  
**CATEGORIA DEL PERSONAL ENTREVISTADO**



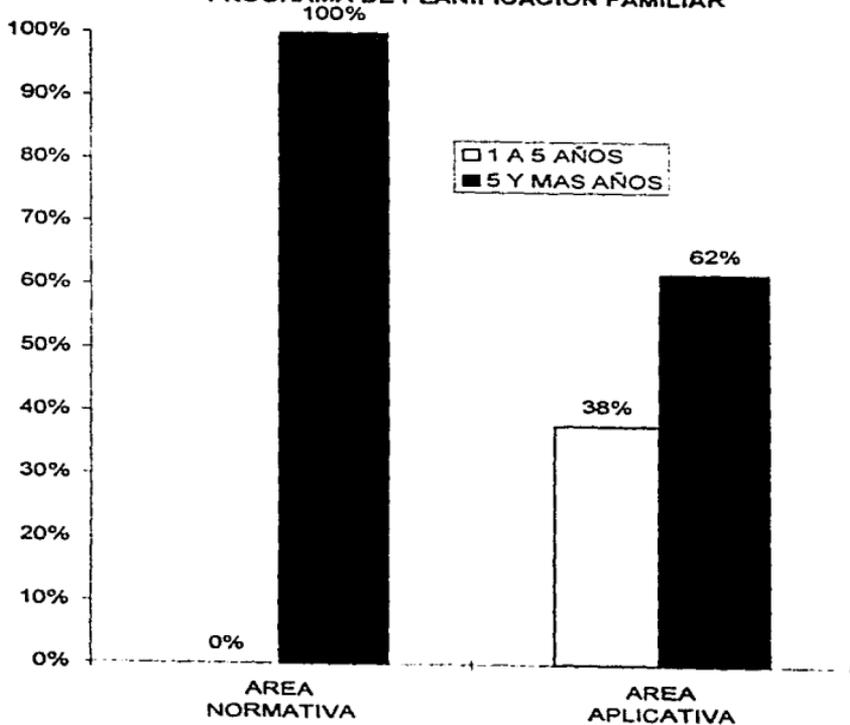
Fuente: Cuadro No. 4

**GRAFICA 5**  
**PERSONAL ENTREVISTADO SEGUN SEXO**



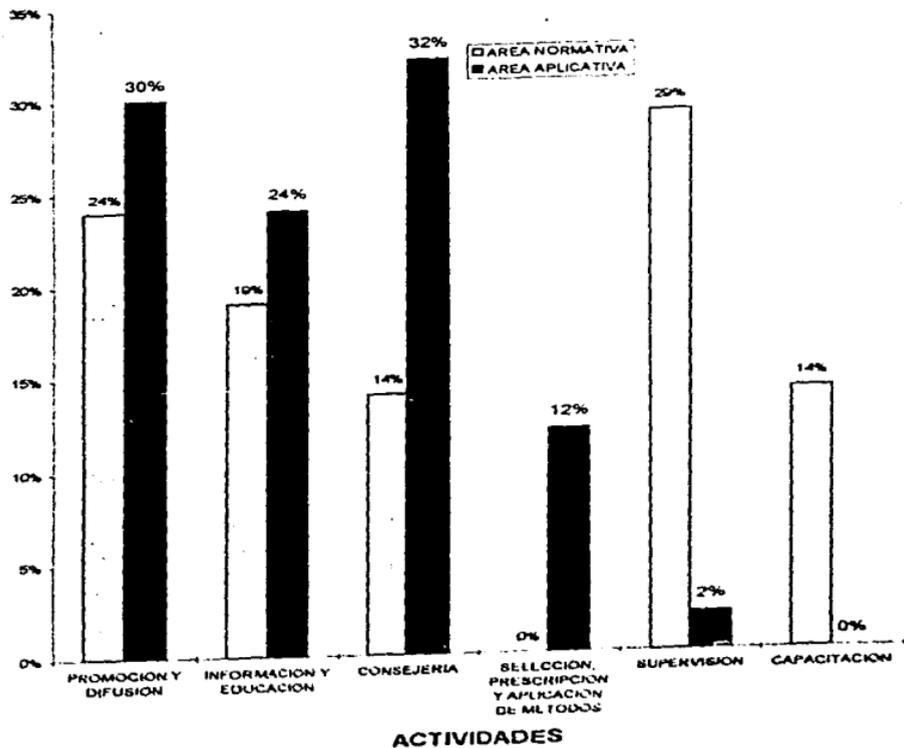
Fuente: Cuadro No. 5

**GRAFICA 6**  
**TIEMPO QUE LLEVA LABORANDO EL PERSONAL EN EL**  
**PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR**



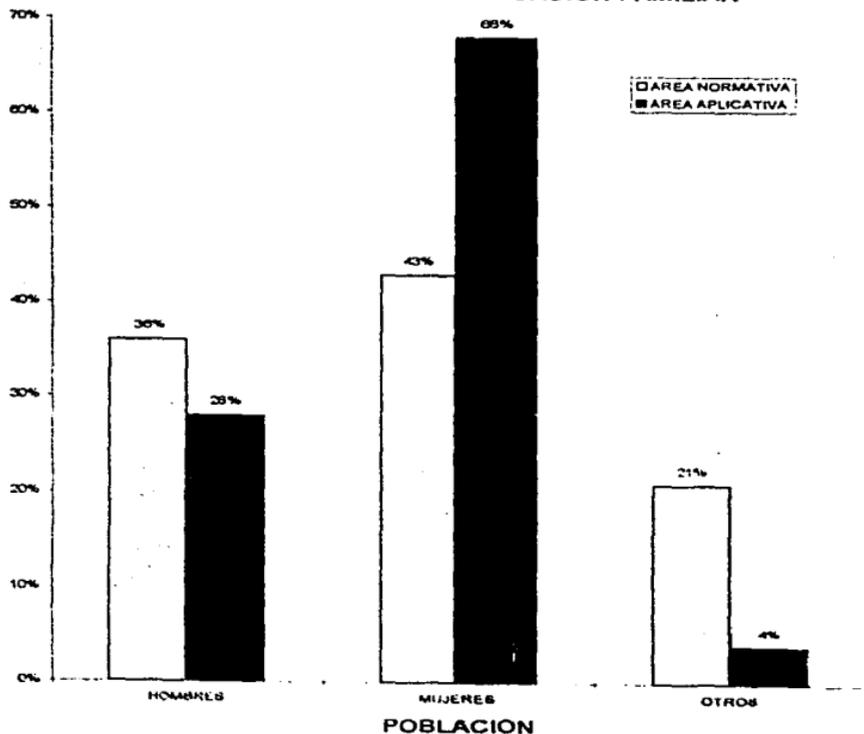
Fuente: Cuadro No. 6

**GRAFICA 7**  
**ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PERSONAL EN EL**  
**PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR**



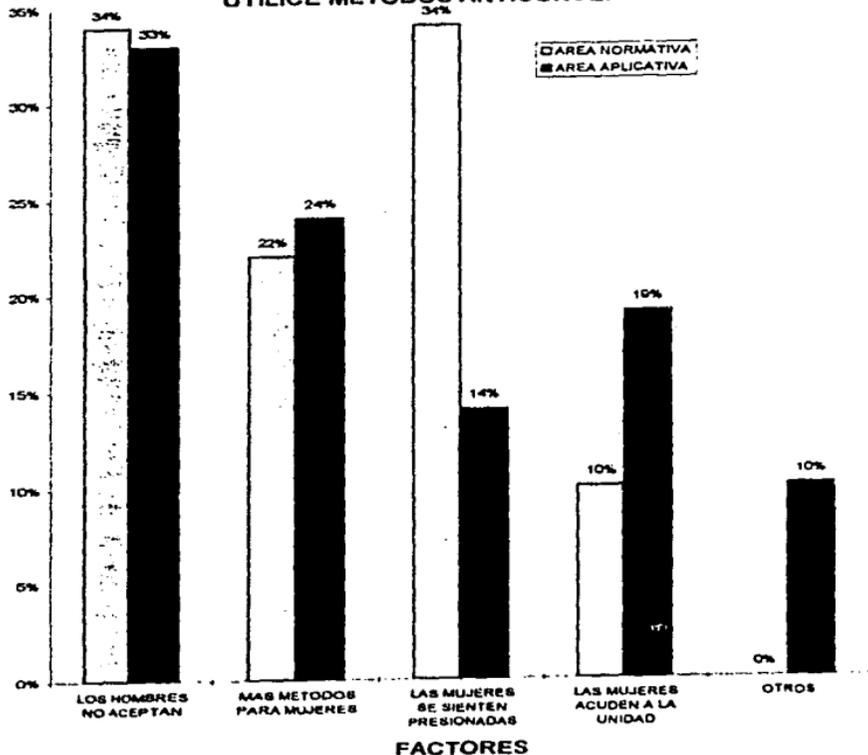
Fuente: Cuadro No. 7

**GRAFICA 8**  
**POBLACION A LA QUE DIRIGEN LAS ACTIVIDADES DEL**  
**PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR**

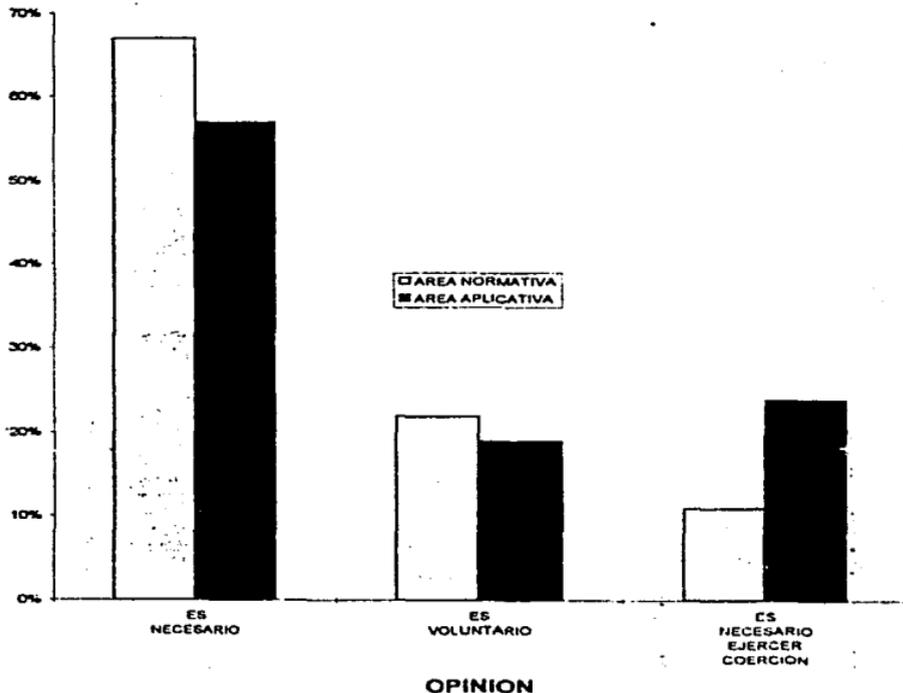


Fuente: Cuadro No 8

**GRAFICA 9**  
**PRINCIPAL FACTOR QUE INFLUYE PARA QUE LA MUJER**  
**UTILICE METODOS ANTICONCEPTIVOS**

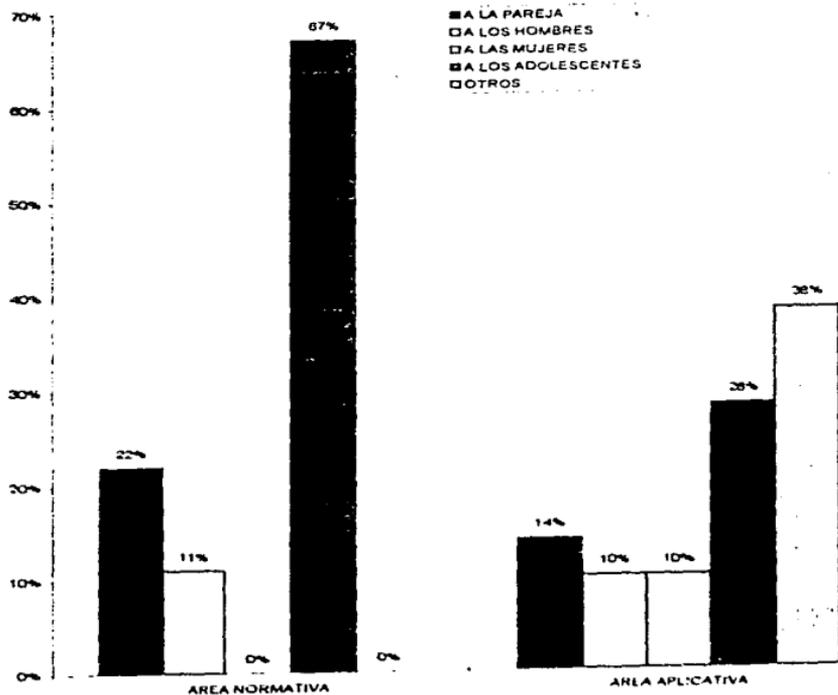


**GRAFICA 10**  
**OPINION DEL PERSONAL ENTREVISTADO ACERCA DEL**  
**PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR**



Fuente: Cuadro No. 10

**GRAFICA 11**  
**POBLACION A LA QUE DEBEN DIRIGIRSE LAS ACCIONES**  
**DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR**



Fuente: Cuadro No. 11