

EL ESTUDIO DE LA PLANIFICACION FAMILIAR¹

I

INTRODUCCION

DR. NORBERTO TREVIÑO-ZAPATA²

LA ACADEMIA Nacional de Medicina, en las Décimas Jornadas Médicas Nacionales, celebradas en febrero de 1967 en Guadalajara, Jalisco, se ocupó del estudio del problema de la planificación familiar. El académico Dr. Alfonso Alvarez Bravo, expresó: "Es un nuevo problema que ha adquirido gran actualidad por la tendencia a aplicarlo a la resolución de problemas generales, como son los fenómenos de explosión demográfica y sobrepoblación"; citó a Palmer y Danesis quienes afirmaron: "cuando se habla en términos de planificación familiar debe tenerse en mente no sólo la limitación y el espaciamiento de los nacimientos, sino también el estudio de la esterilidad y la infertilidad".

El académico Dr. Jorge Derbez Muro, asentó: "La consideración del aspecto psicológico de varios de los problemas relativos a la planeación familiar, es importante para su correcto planteamiento; siendo preciso conocer las motivaciones profundas de los deseos

de planeación si se quiere contribuir verdaderamente al bienestar familiar".

El académico Dr. Efraín Vázquez Benítez manifestó: "Existen, aunque en número cada vez menor, indicaciones médicas para el uso de anticonceptivos".

A su vez el académico Dr. Rubén Vasconcelos opinó: "Es evidente que la intención de planificar la formación de una familia es tan legítima, como la de organizar debidamente una empresa, una ciudad, o un país; lo que parece poco adecuado y conveniente, es intentarlo con apoyo en uno solo de los factores en juego".

Invitados en las Jornadas de Guadalajara por la Academia, participaron expertos:

La licenciado en Economía, Sra. Ifigenia Martínez de Navarrete expresó:

"Desde un punto de vista social más amplio, que tenga como meta el bienestar general de la sociedad, es necesario adoptar una política demográfica encuadrada en un Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social, que proporcione al hombre y a la mujer, liber-

¹ Trabajo de conjunto presentado en la sesión ordinaria del 6 de marzo de 1968.

² Académico numerario.

tad para decidir su propia reproducción”.

El Dr. Felipe Pardiñas, al analizar aspectos antropológicos, dijo así: “Diversos procedimientos para el control de la fecundación han sido conocidos y practicados hace al menos tres mil años. El uso de tales prácticas aparece en sociedades de Asia, Africa, Europa y América”.

Estos son algunos de los antecedentes sobre el estudio de la planificación familiar, en el seno de la Academia Nacional de Medicina.

Podemos considerar de importante interés por su carácter objetivo, los estudios publicados en 1967 en la revista “Salud Pública de México” por la Dra. Blanca R. de Ordóñez de la Mora, presentando sus observaciones sobre el “Programa del Instituto Mexicano del Seguro Social para la prevención del aborto inducido”, resaltando, que no se trata de un programa de control de la natalidad o de planificación familiar; seleccionando mujeres que tengan por lo menos tres hijos y hayan sufrido dos o más abortos inducidos.

Encontraron que el ingreso mensual por familia, en 48.2% fue entre \$500.00 y \$ 1,000.00; en 84.2% con ingresos menores de \$ 1,500.00; el promedio mensual, de \$ 896.00; con un promedio de 7.8 convivientes por familia. El 98.2% de las mujeres manifestaron ser católicas.

La mayoría registraron entre 8 y 14 embarazos, con un promedio de 11 embarazos; y un promedio por mujer de 2.9 abortos inducidos correspondiendo a un aborto por cada tres embarazos.

Como razones para que fueran inducidos los abortos, en el 70% declararon, el número excesivo de hijos y los ingresos reducidos; el 13%, por mal estado de salud; el 7% por problemas con el esposo o compañero; y 3% por separación o divorcio. En el 30% de los casos el aborto se realizó por automaniobra; en otro 28% por personas empíricas; en el 25% intervino el médico; y en el 15% partera o enfermera.

Estos fueron los resultados, termina la Dra. Ordóñez de la Mora, en el primer grupo de 114 mujeres seleccionadas, entre febrero y marzo de 1967, “para ser atendidas por medio de control de tratamiento anticonceptivo, consistente en tabletas anovulatorias”.

Ahora, por sugestión, a la directiva de la Academia y de la Comisión de Salubridad Pública de la propia Academia, en este trabajo se hace una nueva apertación al estudio médico y paramédico de tan importante e ingente problema.

En esta breve introducción, estimo oportuno mencionar por su trascendencia, algunas citas documentales.

En la Encíclica del Papa Paulo VI emitida el 26 de marzo de 1967, se declara: “es cierto que con demasiada frecuencia un aumento demográfico acelerado suma sus propias dificultades a los problemas del desarrollo. La magnitud de la población aumenta más rápidamente que los recursos disponibles y se halla que las cosas han llegado aparentemente a un estancamiento”. “Es cierto que las autoridades públicas pueden intervenir, dentro del límite de su competencia, favoreciendo la dispo-

nibilidad de información adecuada y adoptando medidas convenientes, siempre y cuando éstas se ciñan a la ley moral y que respeten la legítima libertad de las parejas casadas". Finalmente, expresa la Encíclica: "compete a los padres decidir, sobre el número de sus hijos, tomando en cuenta sus responsabilidades respecto de Dios, de sí mismos, de los niños que han traído ya al mundo y de la comunidad a que pertenecen". "En la tarea del desarrollo, el hombre, que halla el ambiente fundamental de su vida en la familia, es ayudado a menudo por las organizaciones profesionales; si el objetivo de éstas es fomentar los intereses de sus miembros, su responsabilidad es también grande con relación a la tarea educativa que deben y pueden realizar al mismo tiempo".

En abril de 1967, en la Octava Conferencia Mundial de la "Federación Internacional de la Planificación de la Familia" en Santiago de Chile, representando a 87 países, se reunieron sociólogos, médicos, educadores y sacerdotes. Ahí los clérigos de seis países iberoamericanos firmaron una declaración en el sentido de que "la perfección en el matrimonio exige que se adopten ciertas medidas para planificar como es debido cada familia". Además se informó que "los gobiernos que representan a las tres cuartas partes de la población mundial ya han iniciado o aprobado programas de planificación de la familia". El secretario general de la Conferencia Mundial, declaró: "no afirmamos de manera alguna, que la planificación de la familia sea una pa-

nacea para los problemas que frenan el desarrollo. Sostenemos que la mayoría de las veces, ningún programa que excluya la planificación familiar logrará aliviar la frustración que debilita las esperanzas de gran parte de la humanidad".

El 11 de febrero del presente año, 1968, en la Organización de las Naciones Unidas se ha presentado por la Comisión del Desarrollo Social, comisión en la que se cuentan representantes soviéticos, un proyecto de declaración que dice: "cada familia tiene derecho, dentro del marco de la política demográfica nacional, al conocimiento y a los medios para decidir el número y espaciamiento de los hijos".

Me permito finalmente, manifestar mi personal criterio, haciendo mención de algunos antecedentes al respecto, que avalan mi honda preocupación por el problema.

En marzo de 1959, en la Decimoséptima Asamblea anual de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salubridad, celebrada en Matamoros, Tamaulipas, con la alta responsabilidad del cargo que ocupaba, expresé: "la medicina en sus aspectos preventivo y curativo, a fuerza de extender su adelantada acción bienhechora, ha contribuido a crear el problema demográfico; ha aumentado la duración de la vida, se ha reducido la mortalidad infantil y tenemos datos que muestran que en México existe una de las más altas cifras de natalidad del mundo. Esto nos obliga a meditar sobre lo siguiente: debemos hacer una campaña preventiva más; con toda delicadeza y respeto a

los sentimientos de las personas ¿será preciso orientar a las gentes hacia la eugenesia, que ya incluso la Iglesia acepta en algunas de sus formas? Debemos dedicar atención a demostrar y hacer ver científica y moralmente, que es generoso, limpio y necesario, que los futuros padres de familia tengan previamente conciencia de la paternidad y lo que ello exige en bien de la salud de los hijos”.

En la mesa redonda sobre “El problema demográfico y la planeación de la familia en México”, verificada en octubre de 1964 por la Sociedad Mexicana de Higiene, manifesté: “tenemos que ser realistas y previsores, es nuestra res-

ponsabilidad, sobre todo, mientras llegamos a ideales de desarrollo y equidad económicosocial. Es tiempo de actuar en esta materia, como ya lo hace la propia Iglesia. Para llevar a cabo la planificación familiar, deben aprovecharse todos los medios; promoverlos en donde no se han iniciado; favorecerlos y alentarlos donde ya se vienen realizando sin celo alguno de jurisdicción o esfera, tanto del sector oficial, como privado. Procurar intercambiar experiencias y opiniones y la coordinación general de estas actividades. De ninguna manera estorbar todo esfuerzo por modesto que sea; ayudarlo técnica o materialmente”.

II

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA EVOLUCION DEMOGRAFICA MUNDIAL¹

DR. MIGUEL E. BUSTAMANTE²

LOS FENÓMENOS biológicos siempre han ocupado y preocupado al hombre, de modo que los estudios relacionados con el nacimiento, el desarrollo y la terminación de la vida en los grupos humanos que constituyen sociedades o naciones, se repiten en el curso de los siglos, orientados por el pensamiento religioso, político, económico, histórico,

médico, sociológico o demográfico de su autor.

En acontecimientos unidos estrechamente a la vida humana, no es posible examinar, con ayuda de una sola disciplina, las observaciones y opiniones de los investigadores. Las ciencias y las humanidades se entrecruzan a cada paso al mirar de conjunto o en detalle las múltiples variables que influyen en los cambios, transformación y evolución de una población; su tamaño, su

¹ Trabajo de conjunto presentado en la sesión ordinaria del 6 de marzo de 1968.

² Académico numerario.

distribución por edades y sexos, su composición, su alimentación, su desarrollo agrícola, industrial, tecnológico y científico.

Si para simplificar nuestras consideraciones sobre la evolución demográfica de una población tomamos sólo tres variables fundamentales: nacimientos, defunciones y migración, el crecimiento o la disminución del grupo que suponemos normal, es decir, no afectado por catástrofes se puede representar gráficamente con la curva que tomamos del libro de Thomlison: "Dinámica de la población" que resume numerosas y prolongadas observaciones. (Fig. 1)

El fenómeno de "transición demográfica", en población sin hambres, guerras, epidemias o catástrofes llamadas naturales; presenta tres períodos conocidos como *A*, *B*, y *C*, y un cuarto el *D*,

teóricamente calculado por los demólogos, en su posible trazo.

En el período *A*, la población sometida a los efectos de una alta mortalidad, necesita alta natalidad para mantener su existencia. Las mujeres tienen embarazos repetidos en todo su período de fertilidad, casi todos los hijos fallecen en el primer año o poco después, unos cuantos llegan a la adolescencia y a la edad madura; se pierden energías por las frecuentes enfermedades, la muerte ocurre en la segunda o tercera década de la vida, la esperanza de ésta es reducida y se encuentran pocos adultos con experiencia para guiar a la comunidad; el producto agrícola es insignificante y la desnutrición frecuente. (Tabla 1). Este período *A* se observó en México, con datos estadísticos a la vista, desde 1896 hasta 1910. Lo que ocurría

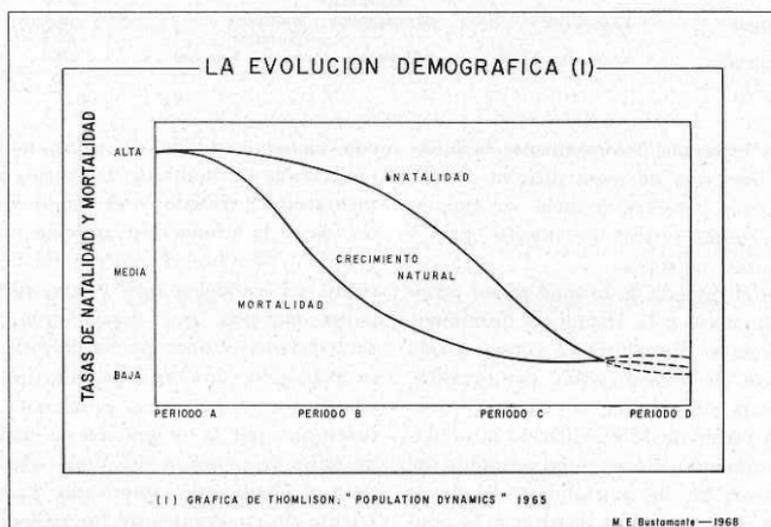


FIGURA 1

TABLA 1-a
EVOLUCION HISTORICA DE LA EDAD AL MORIR

<i>Período</i>	<i>Años</i>	<i>Edad promedio al morir</i>
Pre-griego	3 500 A.C.	31 años
Edad del bronce	2 000 A.C.	35 "
Mycena	1 450 A.C.	36 "
Principio de la edad del hierro	1 150 A.C.	36 "
Cullier clásica	680 A.C.	41 "
Edad helénica	300 A.C.	40 "
Imperio Romano	120 D.C.	38 "
Edad Turca	1 400 D.C.	31 "
Período romántico	1 730 D.C.	40 "

TABLA 1-b
ESPERANZA DE VIDA EN EL SIGLO XVIII EN EUROPA
Y NUEVA INGLATERRA

<i>Autor</i>	<i>Periodo de Ref.</i>	<i>Area</i>	<i>Esperanza de vida al nacer en años</i>
Deparciux	1746	?	37.5
Price	1735-1780	Northampton	30.0
Barton	1782-1788-1790	Parte de Filadelfia	25.0
Wigglesworth	Antes de 1789	Massachusetts y New Hampshire	35.5
Mourgue	1772-1792	Montpellier Hombres	23.4
		Mujeres	27.4
Duvilland	Antes de 1789	Diferentes partes de Francia	28.8

antes lo señala dolorosamente la historia; este tipo de estancamiento demográfico se observa todavía en algunas poblaciones rurales de nuestro país y en varias naciones.

En el período B, la mortalidad general se abate y la natalidad disminuye, el número de habitantes conserva una especie de estabilización demográfica, anotada en Francia, Inglaterra y Suecia a partir de 1750. Cuando la población empezó a crecer como resultado del descenso de la mortalidad, la mayor parte de los nacidos pasaron a la adolescencia y la pirámide de edades tuvo,

con menor sacrificio de vidas, mayor proporción de hombres maduros, aumentaron el trabajo y el rendimiento de éste y la producción agrícola e industrial. Este fue el proceso de desarrollo, en los siglos XVIII y XIX, de los países europeos que dependieron del proletariado formado por la mayoría de su población para su desarrollo industrial y escaparon a los problemas de desempleo por la emigración de cientos de miles de personas del Viejo Mundo para el Continente Americano. La corriente de emigrantes de los países del norte se dirigió a los Estados Unidos y,

a la Argentina, Brasil, Uruguay y Chile, buena proporción de gentes de la zona del Mediterráneo.

Varias de las naciones europeas que pasaron por el período B, están en el tercero, el C, con disminución de la mortalidad, de la natalidad, con un movimiento hacia la declinación, aparente en Inglaterra.

Los datos de nuestra patria señalan, según los datos de la Tabla 2 y de la Fig. 2, el lento crecimiento de la población con un trazo cercano a la horizontal y aun con valores negativos hasta 1910, en los años de 1896, 97, 99, 1902, 06, 07 y 1910, en los cuales la mortalidad general fue superior a la natalidad. Los cálculos de población de 1521 a 1885, con terribles y agotadoras epi-

demias, guerra, hambre y mutilaciones territoriales, mirados a distancia son bastante cercanos a la curva biológica que examinamos ya con datos censales y postcensales recientes.

De 1922 a 1930, cuando se inicia el moderno desarrollo de México, la población crece franca pero moderadamente, 1.54%. En los diez años de 1931 a 1940 la proporción es parecida 1.87%; en veinte años de 1931 a 1950 el incremento alcanzó el 3.1% y después se calcula en 3.5%. Los factores positivos se manifiestan a la terminación de la lucha armada en 1929, la organización de los servicios de salud pública, la introducción de técnicas de medicina preventiva y de administración sanitaria, los programas naciona-

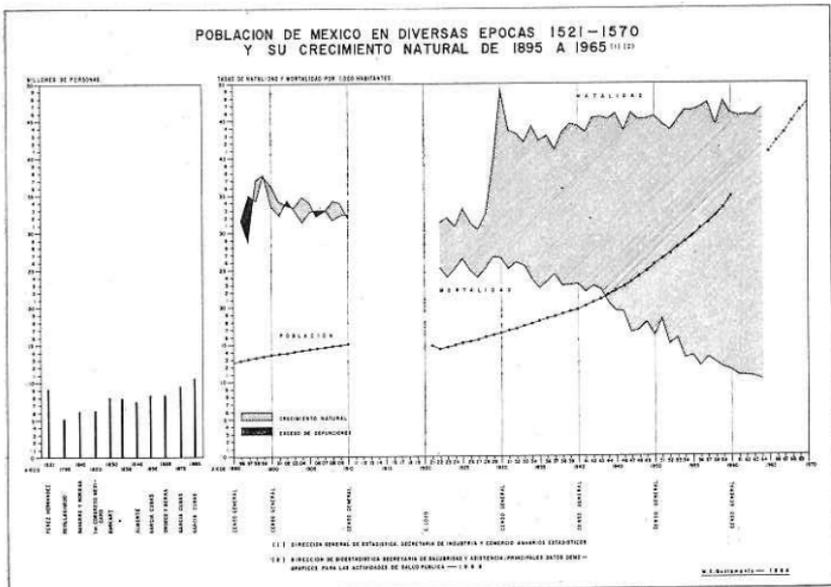


FIGURA 2

TABLA 2
 CRECIMIENTO NATURAL DE LA POBLACION.
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

<i>Años</i>	<i>Natalidad</i>	<i>Mortalidad general</i>	<i>Crec. natural</i>
1896	31.7	31.6	0.1
97	28.8	35.0	-6.2
98	37.1	34.2	2.9
99	37.7	37.9	-0.2
1900	36.4	33.6	2.8
01	34.2	32.3	1.9
02	33.7	34.4	-1.2
03	33.4	32.6	0.8
04	34.8	31.4	3.4
1905	34.1	32.9	1.2
06	32.2	33.1	1.1
07	32.8	33.0	0.2
08	34.3	31.8	2.5
09	34.0	32.3	1.7
1910	32.0	32.3	-0.3
1911 a 1921	—	—	—
1922	31.4	25.3	6.1
23	32.0	24.4	7.6
24	30.8	25.6	5.2
1925	33.1	26.5	6.6
26	31.2	24.9	6.3
27	30.5	24.0	6.5
28	32.3	25.3	7.0
29	39.3	26.8	12.5
1930	49.4	26.6	22.8
31	43.8	25.1	18.7
32	43.3	26.1	17.2
33	42.2	25.7	16.5
34	44.3	23.8	20.5
1935	42.3	22.6	19.7
36	43.0	23.5	20.5
37	41.1	24.4	16.7
38	43.5	22.9	20.6
39	44.6	23.0	21.6
1940	44.3	23.2	21.1
41	43.5	22.1	21.4
42	45.5	22.8	22.7
43	45.5	22.4	23.1
44	44.2	20.6	23.6
1945	44.9	19.5	24.4
46	43.7	19.4	24.3
47	46.1	16.6	29.5
48	45.2	16.9	28.3
49	45.2	17.9	27.3
1950	45.5	16.2	29.3
51	44.6	17.3	27.3
52	43.8	15.0	28.8
53	45.0	15.9	30.9
54	46.4	13.1	33.3
1955	46.4	13.7	32.7
56	46.8	12.1	34.7
57	47.3	13.2	34.1
58	44.8	12.5	32.3
59	47.7	11.9	35.8
1960	46.0	11.5	35.5
61	45.6	10.8	34.8
62	45.8	10.8	25.0
63	45.7	10.7	35.0
64	46.6	10.3	36.3

les ejecutados por medio de los Servicios Coordinados de Salubridad; la reforma agraria, el desarrollo de la red de caminos, de la irrigación, de la educación pública y, con proyecciones muy importantes, la implantación de la seguridad social para la población asalariada y de los servidores del Estado. Concretándonos a lo obtenido por las medidas de salud pública, se erradicó la fiebre amarilla urbana en 1923, la viruela en 1952, el *Aedes aegypti* en 1962. En enfermedades transmisibles la difteria, la tosferina, las salmonelosis, la poliomielitis van disminuyendo gradualmente; los nuevos medicamentos reducen la mortalidad y los insecticidas de acción prolongada permiten planear la campaña para la erradicación del tifo transmitido por piojos y el paludismo..

Consecuentemente la mortalidad infantil ha descendido y podrá descender más, pero a diferencia de lo que ocurre en España, Argentina y Uruguay dentro de naciones de tradición ibérica, la natalidad conserva un nivel muy elevado. La mortalidad general permitió un crecimiento de 6.5 millones en 1810 a 15.1 en 1910. En el territorio perdido por la invasión de 1847, era muy baja la población mexicana, lo que explica la facilidad de incorporación al extranjero.

En situación fluida de evolución demográfica, se encuentran naciones del sureste de Europa; la Unión Soviética, mas adelantada en el proceso que otras, Brasil, Perú y México en una fase, Venezuela en otra; Argentina y Uruguay en curva de crecimiento mas parecida a la de los países europeos.

El período A de la Fig. 1, corresponde al de alto crecimiento potencial; el B al de movilidad y transición: el C se ha llamado, aunque el término no es universalmente aceptado, de declinación incipiente. Un cuarto período, marcado con guiones intenta en forma demasiado empírica, tres posibilidades futuras, según las relaciones de la fertilidad y la mortalidad: crecimiento por relación con otros grupos humanos; o estabilización y eventual agotamiento, improbable suicidio de una agrupación humana.

Anteriormente a los progresos de la medicina y la tecnología, el crecimiento de la población lo hacía la mortalidad por enfermedades, frente a las cuales el hombre no tenía recursos para prevenir o curar; era incapaz de aumentar la producción agrícola o pecuaria para satisfacer sus necesidades de alimentos. Cuando se descubrían nuevas regiones como América, el maíz para alimentar los animales domésticos en Europa y las patatas salvaron del hambre a los descubridores y de la desaparición a Francia, Irlanda y a las provincias alemanas. El nuevo recurso para que el crecimiento de la población no sobrepase los alimentos, las escuelas, las posibilidades de trabajo, de vestido y de habitación, es el espaciamiento y la reducción del número de hijos, en la planeación adecuada a las condiciones familiares.

Los estudios demográficos, los de los recursos económicos, educativos y sociales son indispensables para comprender el problema de la explosión demográfica y para encontrar una solución aceptable para el hombre, lo que requiere el concurso de médicos, sociólogos, economis-

tas, obligados a procurar el bienestar físico, mental y social de todos los seres humanos.

Las primeras medidas de carácter demográfico basadas en el examen de cifras de mortalidad, las elaboró John Graunt, vendedor de ropa de Londres, dedicado por afición en sus horas libres a estudiar estadísticas vitales. Graunt publicó en 1662 sus: "Observaciones naturales y políticas de los documentos de mortalidad", y encontró que de 1604 a 1661 de cien personas que nacieron, tres llegaron a los 66 años, una a los 76 y ninguna a los 80.

Le siguieron el inglés Halley y el suizo Auler, matemático que estableció los principios básicos de desarrollo de una población estable, con una mortalidad fija, una fertilidad sin modificación y una distribución por edad y sexo de sus

componentes. Así se iniciaron los cálculos de las tablas de vida.

Estudios de las curvas de supervivencia de diversos seres vivos: el hombre, los animales, las plantas, la mosca de la fruta, las ostras y la hidra, permiten representar en forma gráfica, las curvas que indican las tasas de crecimiento natural, que resultan de sustraer de la tasa de nacimientos o agregación de nuevos descendientes, la tasa de mortalidad. (Fig. 3).

En estas curvas de supervivencia las ostras perecen en miles cuando acaban de nacer y las que logran escapar a la muerte llegan a su completo desarrollo; diversas plantas y muchas especies animales necesitan reproducirse en gran número para subsistir; la hidra tiene tasas de mortalidad específica y presenta la extraordinaria capacidad de re-

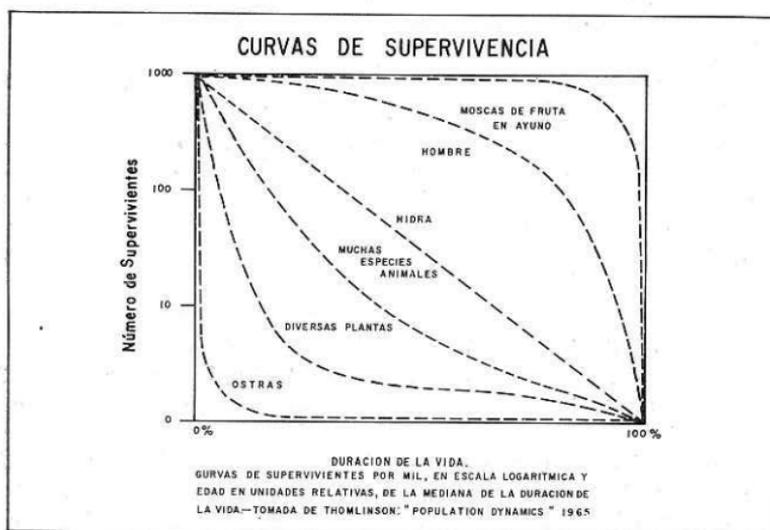


FIGURA 3

producción de su cuerpo en trozos, cada uno de los cuales crece hasta ser un animal entero; el hombre al vencer las enfermedades que causaban mortalidad en la infancia y algunas posteriores aumenta gradualmente el promedio de vida y la curva de supervivencia llega ordenadamente por agotamiento, a su final; la mosca de la fruta dejada en colonias, sin introducción de nuevos alimentos, alcanza la curva mayor de supervivencia conocida y termina en forma natural.

El examen de la historia de la evolución demográfica de varios países por Taylor² en series de tres o cuatro curvas sigmoides muestra tres o cuatro períodos de población estacionaria y reanudación del crecimiento. Estos reflejan la introducción de un elemento nuevo en la vida productiva por técnica mejorada o un alimento antes no conocido o utilizado.

Francia ha tenido tres períodos de crecimiento entre épocas de estabilización del tamaño de su población; 5.000.000 de gentes en 200 A.C. con agricultura primitiva, 20.000.000 entre 1300 y 1600 D.C. en civilización pre-industrial; 40.000.000 en 1900. La fase negativa demográfica va de 1770 a 1850 con crecimiento tan limitado, y familias tan pequeñas que en 90 años entre 1860 y 1950, la población creció solamente en 5.000.000, aumento actual de México en cuatro años. La cantidad de niños de edad escolar bajó, hasta el grado de que fue necesario cerrar aulas por no haber reemplazo de la generación anterior. Militarmente prolongaron el tiempo de servicio

para no quedar sin ejército y se dieron exenciones de impuestos y subsidios a las familias numerosas.

Inglaterra presenta cuatro períodos de crecimiento con tres de población estabilizada: 1.000.000 de gentes en 100 A.C. con agricultura primitiva; 2.500.000 hacia el Siglo xv como provincia fronteriza de Europa y 6.000.000 antes de la revolución industrial.

China presenta cinco períodos de crecimiento: el año 500 A.C., se calculan 18.000.000; 200 años A.C. el número era de 60.000.000; 1100 años D.C. había 100.000.000, para 1850 los chinos eran 450.000.000 y actualmente las estimaciones son de 825.000.000 de habitantes.

Nuestro país evoluciona demográficamente sin inmigración suficiente para ser tenida en cuenta y sin emigración, sobre todo después de que se suspendió el movimiento de braceros y de la Revolución cuando: "se puede estimar que la población de 1910 a 1921 perdió dos millones de personas" (Loyo³ 1960). Su crecimiento difiere de una zona a otra: las Entidades del Pacífico Norte y del Norte tienen, al mismo tiempo la mayor natalidad y la menor mortalidad; las del Centro natalidad media y la mayor mortalidad en el país; las del Golfo de México, natalidad media y mortalidad inferior a la Zona del Centro; los Estados del Pacífico Sur tienen natalidad media y mortalidad superior a la general del país. El crecimiento mayor de la población mexicana ocurre en el Pacífico Norte, menos en el Centro, excluyendo el Distrito Federal, monstruosa aglomeración a costa de los

millares de personas que llegan de toda la Nación. Hecho migratorio importante es el de residentes mexicanos, excluidos los hijos de padres mexicanos nacidos en los Estados Unidos, que sumaron 1.773,312 en 1960.

En Europa y los Estados Unidos donde la cultura predominante se apoya en el éxito económico individual y la satisfacción inmediata de necesidades materiales auténticas o creadas por la propaganda comercial, y con gran poder de penetración en todo el mundo, se observan fluctuaciones en el número de matrimonios y de nacimientos, correlacionados con los ciclos económicos, según Yule en Inglaterra y Thomas en los Estados Unidos. En esta Nación las tasas de nupcialidad y natalidad se abatieron durante la "depresión" en 1930; más adelante los casamientos recuperaron su ritmo pero la natalidad se mantuvo baja, y cuando concluyó la "depresión" los matrimonios y la natalidad aumentaron.

"Las condiciones económicas controlan aproximadamente la mitad de la variación anual de la fertilidad" en los Estados Unidos, de acuerdo con Thomson¹ y los cambios seculares en la fertilidad, en períodos muy amplios de tiempo son independientes de las condiciones económicas.

Otra observación demográfica relacionada con factores económicos y religiosos se observó en Irlanda, en donde después de las grandes pérdidas de cosechas de patatas se produjeron grandes emigraciones a los Estados Unidos; la reducción tuvo raíces económicas. Los irlandeses que quedaron en las Islas

mantuvieron hasta hace pocos años, al industrializarse el Estado Libre, una nupcialidad mínima, los matrimonios tardíos redujeron el número de hijos por el menor período de fertilidad de personas adultas, cercanas a la mitad de la vida.

La natalidad en los Estados Unidos subió después de las dos grandes guerras de este siglo, sin interrumpir la declinación en la relación de niños por mujeres fértiles, que se inició en 1810 y terminó en 1940. La fertilidad total baja constantemente: 7.04 en 1800, 4.24 en 1880; 3.17 en 1920, 2.19 en 1940; ascendió a 3.52 en 1960, por abajo de la tasa de 1880. En la evolución demográfica mundial de 1954 a 1960, dos países: Hungría y Japón tienen un crecimiento natural inferior al que necesitan para reemplazar a la generación anterior: -3.6 y -2.5 respectivamente. En 1930 mostraron crecimientos naturales negativos: Alemania, Austria, Australia, Bélgica, Checoslovaquia, Dinamarca, Estados Unidos, Estonia, Finlandia, Francia, Hungría, Letonia, Noruega, Suecia y Suiza. El crecimiento natural de Costa Rica fue de 32.9, el de México de 33.1, frente al de Austria de 17.1, Noruega 10.1, Yugoslavia 2.8 y Suecia 1.5.

La complejidad de los elementos culturales, psicológicos, económicos, ecológicos y otros, influyen en los cambios seculares demográficos, en tanto que en períodos cortos de tiempo las tasas de mortalidad y natalidad se afectan por fenómenos que no dependen de la cultura predominante o del desarrollo social. Esto se produce en epidemias gra-

ves, pandemias como la de influenza en 1918; el hambre en la India. Aumentos temporales de natalidad después de perturbaciones sociales y aun accidentales, como las interrupciones de energía eléctrica en el Este de los Estados Unidos, y en Italia, no han recibido explicación.

Dentro del cuadro demográfico mundial, México se encuentra en el curso de un crecimiento secular, disminuye la mortalidad, se mantiene muy alta la natalidad (Fig. 2, Tabla 2). El adelanto en el dominio de las enfermedades transmisibles no se acompaña de la modificación de algunas condiciones sociales negativas para los habitantes del campo y de la periferia de las ciudades, en habitación, alimentación e ingreso per cápita.

El interés de los médicos y de los sociólogos mexicanos por los estudios de nuestra evolución demográfica hace esperar que, al conocer los factores que nos afectan, podremos saber cuales serán los recursos que deberán obtenerse y emplearse para que la población mexicana toda mejore sus condiciones de vida.

REFERENCIAS

1. Thomlinson, R.: *Population dynamics. Causes and consequences of world demographic change*. New York. Random House. 1965.
2. Taylor, K. W.: *Some aspects of population history*. Can. J. Econ. and Polit. Sci. 16: 301, 1950.
3. Loyo, G.: *La población de México, estado actual y tendencias 1960-1980*. México, 1960.
4. Bustamante, M. E.: *Organización sanitario-asistencial de la medicina como función social*. Sal. Pub. de México. Epoca V. 1: 19, 1960.

III

ASPECTOS ECONOMICOS Y SOCIALES DE LA PLANIFICACION FAMILIAR¹

LIC. GILBERTO LOYO²

1. La natalidad registrada oficialmente en México en 1931 era de 43 nacimientos por millar de habitantes; en 1957 la tasa subió a 45.5 y a partir de ese año se advierte una muy leve

disminución, registrándose una natalidad de 44.2 en 1965. La mortalidad que en 1931 llegaba a 25.9 al millar va descendiendo fuertemente en los últimos decenios y en 1957 llega a 12.7 y en 1965 a 9.5. Las actuales tasas de natalidad en México corresponden a países atrasados en tanto que la baja

¹ Trabajo de conjunto presentado en la sesión ordinaria del 6 de marzo de 1968.

² Comisión Nacional de los Salarios Mínimos.

mortalidad se acerca a la de los países más adelantados. El crecimiento natural de la población de México en 1965 es de 3.5% al año, esto es 34.7 al millar, una de las tasas de crecimiento más altas del mundo. Notables progresos en la medicina y en la higiene, especialmente, y mejoría en los niveles de vida de algunos estratos de la población nacional, han sido los factores principales del descenso de la mortalidad infantil y de la mortalidad general que coexistiendo con una muy alta natalidad han producido la tasa, muy elevada de crecimiento natural de la población de México.

La esperanza de vida al nacer que era de 31 años en 1925 para los hombres, en 1960 llega a 57 años y ahora es de más de 60 años. México ha sido en los últimos decenios un país de mortalidad decreciente, que ahora es baja y de fecundidad alta constante, que apenas en los últimos años muestra leve disminución en algunos estratos de la población con ingresos medianos y altos. Con estas tendencias en 1975 la esperanza de vida al nacer en México podría ser de 68 años y aun de 70 en 1985. La tasa de crecimiento natural podrá llegar a ser en 1980 de 3.6% al año en una población nacional de más de 72 millones.

De estos 72 millones de habitantes de México en 1980, más de la mitad, cerca de 40 millones serían niños y jóvenes de 0 a 24 años, (39.6 millones divididos en 20.2 millones de varones y 19.4 de hembras).

2. Las fuertes tendencias migratorias de las poblaciones rurales y de los

pequeños poblados, a concentrarse en las ciudades grandes y muy grandes, ha venido aumentando y tiende a conservarse alta, con todas sus complicadas y graves consecuencias sociales y económicas.

3. Aunque la Reforma Agraria Mexicana terminará en los próximos años en su aspecto distributivo de tierras, y aun en la hipótesis de que pudiera progresar económicamente dicha reforma Agraria con mayor celeridad que hasta ahora, mediante adecuada organización y mejores técnicas en la reproducción y comercialización de los productos, seguirá habiendo cantidades crecientes de población excedente en los campos mexicanos que tenderá a emigrar a las ciudades grandes y muy grandes, y el desarrollo industrial de estas ciudades y de otras, de dimensiones similares, aun cuando fuera más vigoroso que el que se ha efectuado en los últimos 30 años, no podría absorber esa gran cantidad de mano de obra excedente rural que emigrará a las ciudades, ni tampoco el aumento demográfico natural de las propias ciudades, no sólo por problemas fundamentales de insuficiencia del proceso formativo de capitales y del crecimiento del mercado interno, aun en la hipótesis de que éste se fortaleciera a un ritmo mayor que el que ha tenido el país en los últimos 20 años.

4. Por tanto, de continuar las actuales tendencias demográficas, aun mejorando las condiciones económicas a un ritmo razonablemente mayor que el de los últimos lustros, las cifras de la des-

ocupación y de la subocupación aumentarán en el país en forma relevante.

5. La distribución de la población por edades, debido a las características de la dinámica demográfica, producirá aumentos fuertes en las ya grandes cantidades de niños, adolescentes y jóvenes en la población nacional; esto es, crecerá la proporción de personas económicamente improductivas por cada 100 unidades de la fuerza de trabajo. Esto genera graves y complejos problemas económicos, sociales y morales en las familias, y el Estado se verá forzado a aplicar mucho mayores recursos a escuelas primarias, secundarias, superiores, técnicas y universitarias y a producir volúmenes crecientes de artículos alimenticios y de vestido para esas grandes cantidades de niños, adolescentes y jóvenes y tendrá mayores dificultades para atender al ya grave problema de la vivienda y para ampliar en más altas proporciones los servicios médicos, asistenciales y de deportes. El Estado necesitará destinar mayores inversiones sociales para una fuerte población creciente de niños, adolescentes y jóvenes. Proporciones importantes de estos jóvenes no podrán ser absorbidas, en condiciones ni siquiera medianas, en el mercado de trabajo. Es obvio que mayores inversiones sociales reducen las cantidades destinadas a las inversiones directamente productivas.

6. Por consiguiente, nos esperan algunos lustros de transición difícil, porque al mismo tiempo que la población crece con rapidez en cifras absolutas, aumenta más que proporcionalmente el volumen de necesidades que satis-

facer, ya que las formas de vida moderna, presionadas además por poderosos medios de información y propaganda y las aspiraciones justas de las masas populares a satisfacer mejor las necesidades de alimentación, vestido y casa, de cultura y diversiones, generan en realidad un doble crecimiento demográfico: uno aritmético, el otro cultural, vale decir cualitativo. Todo esto genera más fuertes inquietudes, malestar y mayores tensiones sociales y políticas.

7. Al lado de las políticas para aumentar y diversificar la producción agrícola e industrial; junto a las buenas políticas fiscales para distribuir mejor las cargas tributarias y obtener mayores recursos para el Estado sin destruir los alicientes razonables para la inversión; al lado de la política de seguridad social y de salubridad, para que el ritmo del desarrollo económico y social no disminuya, sino que se acelere, se requieren no solamente políticas razonables de inversión pública y de inversiones privadas, sino también políticas firmes de defensa frente a la penetración de inversiones extranjeras directas inconvenientes, políticas de educación popular y de preparación técnica y profesional para elevar el número y mejorar la calidad de obreros calificados, de agricultores eficientes, de maestros de taller, de profesionales, de catedráticos universitarios, de técnicos de diversas especialidades y de investigadores científicos. Todo esto en el cuadro de una adecuada planeación económica y social predominantemente indicativa y coactiva en la medida indispensable para preservar los más altos intereses nacionales.

8. Pero todas estas políticas y el conjunto de sus resultantes, no producirán efectos proporcionales a los recursos aplicados a ellas, si México continúa por algunos decenios con esta clara contradicción demográfica: alta fecundidad típica de país atrasado y mortalidad más bien baja y con tendencia a seguir en descenso, mortalidad de país altamente desarrollado.

9. Por consiguiente, se requiere una toma de conciencia nacional sobre la paternidad responsable, que debería crear una actitud de responsabilidad en cada pareja, según sus ideas morales y sentimientos religiosos, que permita la aplicación de medios preventivos, técnicamente aconsejables, para la planeación familiar.

10. No tiene justificación moral, ni científica, ni política, cualquier acción de sectores privados, nacionales o extranjeros, o de gobiernos, con el propósito de disminuir las tasas de fecundidad y de crecimiento natural de la población, con el propósito de bajar la presión demográfica y conservar privilegios y mantener al pueblo en la miseria, en la ignorancia y la injusticia económica y social. Sólo los pueblos y los gobiernos realmente empeñados en elevar los niveles de vida material y cultural de las grandes masas, y en conservar la libertad y la dignidad de la persona humana, mediante el aumento de la producción y la reducción y la eliminación de las injusticias económicas y sociales, tienen autoridad moral para formular y aplicar medidas que, con fundamentos científicos, impulsen el proceso formativo de una conciencia

social de responsabilidad individual, familiar y social frente a la llamada "explosión demográfica".

11. Hay países en donde las clases privilegiadas tratan de fomentar políticas demográficas para disminuir la población, con el fin de hacer bajar las presiones políticas populares y continuar así sus privilegios, conservando las viejas estructuras injustas y anacrónicas. Este no es el caso de México; debemos ver esto con toda claridad.

12. *Reformas económicas y sociales efectivas o bien grandes programas de planeación familiar.* Esto es un dilema erróneamente planteado por algunos grupos oligárquicos de ciertos países de América Latina. No faltan intereses extranjeros que consideren correcta la presentación de este dilema y pretendan continuar apoyando, cada vez con mayor amplitud, programas ahora incipientes para la planeación familiar en algunos países latinoamericanos. Están completamente equivocados. No entienden ni el sentido fuertemente renovador y revolucionario de esta época ni el valor secundarios de la realización de programas de planeación familiar, cuyos efectos sólo se podrían advertir en tres o más lustros, frente a la urgencia necesidad de vigorosas reformas económicas y sociales en estos países en que se están ampliando peligrosamente las distancias entre los grupos privilegiados y de clase media creciente aunque muy heterogénea y enormes masas de población en la ignorancia y en la miseria.

13. Por consiguiente, aun cuando en países, con alto grado de disciplina social como Japón se logró, después de

su derrota en la segunda Guerra Mundial, disminuir al 50% la tasa de natalidad en solamente quince años, en países como los de América Latina, aun aplicando con eficiencia considerables recursos, un descenso semejante de la natalidad, mediante programas de planeación familiar y otros medios, no se podría alcanzar en menos de veinticinco años o más. Este período es demasiado largo, dada la actual aceleración del tiempo histórico; pero el asombroso progreso económico del Japón, que ahora vemos, tiene antecedentes importantes de desarrollo industrial antes de la Segunda Guerra, y en el caso japonés jugó un conjunto de factores que no han existido ni existen en América Latina. El progreso económico del Japón no es resultado de la disminu-

ción de la fecundidad; puede decirse que esa fuerte disminución sólo ha sido un factor complementario que ha tenido alguna influencia, condicionado por la actuación simultánea de los factores primordiales del desarrollo tecnológico y económico del Japón; es decir, ha sido un factor complementario, coadyuvante, asociado, no determinante, ni siquiera de primera importancia.

14. En la medida en que los países de América Latina aceleren con efectividad y decisión sus reformas económicas y sociales para disminuir las graves injusticias, los programas de planeación familiar podrán producir buenos resultados, pues encontrarán menos obstáculos y tendrán sentido moral y justificación humana.

IV

FUNDAMENTOS ONTOLOGICOS Y ETICOS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR¹

DR. ALFONSO OROZCO²

1. *Introducción*

UN PROBLEMA, como el que ahora ponemos a discusión, exige de cada uno de nosotros una actitud sincera, comprensiva y humana. No debemos

perder de vista, ni siquiera por un momento, que se trata de una realidad que afecta profundamente a la *persona humana*. Como hombres de ciencia, sensibles a los problemas humanos, nuestra inquietud debe llevarnos a justipreciar, desapasionadamente, la realidad concreta para partir de ahí a la búsqueda de soluciones que respondan,

¹ Trabajo de conjunto presentado en la sesión ordinaria del 6 de marzo de 1968.

² Consejero de la Fundación para Estudios de la Población, A. C.

eficazmente, a las necesidades de los que esperan de nosotros una orientación oportuna.

No podremos, de ninguna manera, determinar los fundamentos ontológicos y éticos de la Planificación Familiar si, antes, no hemos precisado su contenido profundo.

2. ¿Qué es la Planificación Familiar?

Debemos decir que la *Planificación Familiar es la actitud humana que impulsa a los padres a con-crear responsablemente. El contenido de la Planificación Familiar, por tanto, es absolutamente, positivo. Reconoce, por una parte, el derecho inalienable que los padres tienen para procrear y, por otra, exige de ellos la actuación humana de dicho derecho.*

No es, ninguno de sus aspectos, sinónimo ni de familias pequeñas ni numerosas, sino que sólo significa RESPONSABILIDAD Y RESPETO A LA CONCIENCIA DE OTRO. Planificar la familia quiere decir actuar conscientemente, teniendo en cuenta los diversos elementos que influyen tanto a nivel personal como social, en la procreación.

Su objetivo es colaborar a la creación de "un nuevo humanismo" mediante la educación a los esposos. Lo único que pretende es orientarlos para que, dentro del matrimonio, vivan una vida más humana. Quiere hacerlos conscientes de la responsabilidad que entraña ser papá y mamá y del valor de un hijo. Intenta, en pocas palabras, hacer que vivan, intensamente, el amor auténtico en el seno de la familia y en el ambiente en que se mueven.

No se queda, sin embargo, en un plano de immanencia, sino que se esfuerza por unir al hombre al Trascendente haciéndolo consciente de su participación en la potencia creadora y de su colaboración en la construcción de un mundo más humano.

3. Fundamentos ontológicos de la Planificación Familiar

La misma naturaleza humana constituye la base de la Planificación Familiar porque si es cierto que posee el derecho a perpetuarse, mediante la concreción, también es cierto que este derecho no es absoluto e incondicional, sino que debe someterse a la capacidad racional y discriminativa del hombre. Procrear, por tanto, exige de cada una de las parejas la consideración de los deberes para consigo mismas, para con un Ser Superior, para con los hijos ya nacidos y para con la sociedad a la que pertenecen.

La naturaleza a la que nos referimos, al hablar de los fundamentos ontológicos de la Planificación Familiar, es la naturaleza social del hombre, que es de donde brotan los derechos y las obligaciones respectivas.

4. Fundamentos éticos de la planificación familiar

Se dice que un acto es moralmente bueno cuando se conforma a la naturaleza racional del hombre. En este caso, la naturaleza humana, considerada en su totalidad, se convierte en norma del obrar humano.

Es evidente que si la Planificación

Familiar significa procrear humanamente no se contraponga a ninguna norma de moralidad, ni natural ni positiva y que, por el contrario, actuar instintivamente se convierta en moralmente malo porque lesiona un conjunto de derechos como son: el derecho de la vida, a la educación y a la integración familiar.

De lo expuesto aparece claro que la norma determinativa del número de hijos es la propia conciencia. Son los padres, y solamente ellos, quienes, de mutuo acuerdo, deben determinar el número de sus hijos. Con esto quiero decir que ni el Estado, ni la Iglesia, ni cualquier otra Institución, civil o religiosa, puede coaccionar a los esposos a procrear un número preestablecido de hijos. Hacerlo significaría violar un derecho inalienable y destruir lo más sagrado en el hombre: su libertad.

El problema, sin embargo, no estriba en la Planificación Familiar en sí, sino en los *medios*. Es cierto que la mujer durante un determinado tiempo de su ciclo es infértil y esto, para muchos presenta la única solución moralmente posible, pero también es cierto que reducir las relaciones maritales a este pequeño lapso de tiempo, además de suponer una educación profunda de la pareja, crea graves problemas interfamiliares y reduce "la expresión de amor" a la frialdad de las matemáticas.

Con relación a la pastilla y a los dispositivos intrauterinos muchos, todavía, los consideran antinaturales; sin embargo, en mi opinión creo que pueden utilizarse siempre que se trate de salvaguardar un derecho natural. No hay que perder de vista que son simples

medios y que como tales, cuando hay motivos suficientes, pueden prestar un servicio eficaz a la pareja.

Mi conclusión fundamental es la siguiente: No puede afirmarse, categóricamente, que los diversos métodos, científicamente comprobados y eficaces, sean intrínsecamente malos. Su bondad o malicia le vienen de las motivaciones que el hombre y la mujer tengan para usarlos. Pongo un ejemplo: el método del *ritmo* es reconocido por todos los que se dicen católicos como el único aceptado por la Iglesia. La conclusión inmediata sería que usar el ritmo es moralmente bueno; sin embargo no siempre es así. Si una pareja, por simple egoísmo personal, es decir, por *no querer tener hijos* debido a los problemas que causan, usará el ritmo para seguir sintiéndose católica, estaría obrando moralmente mal a pesar de la bendición del método ya que éste quedaría viciado con su actitud.

El caso contrario sería el de una pareja que, por indicación médica, eugenésica o social, se viera, temporal o permanentemente, imposibilitada para tener más familia y usara un método, hasta ahora no aceptado generalmente; estaría obrando moralmente bien porque los derechos naturales prevalecerían a toda ley positiva externa.

Ciertamente hay principios inmutables y yo, de ninguna manera niego esta realidad, sino lo único que me atrevo a decir es que su aplicación es la que cambia debido a los nuevos requerimientos de la historia.

No hay que olvidar, jamás, que para juzgar de la moralidad de un acto es

necesario considerar el objeto, el fin y las circunstancias que lo rodean.

La historia nos da innumerables ejemplos que prueban la veracidad de mi afirmación. En el campo médico, por ejemplo, tenemos que la trasplatación de órganos y la misma transfusión sanguínea, fueron considerados como antinaturales. El descubrimiento de la vacuna en contra de la viruela fue considerada como invento del demonio porque se oponía a la muerte infantil.

Y como estos podríamos citar muchos ejemplos más.

Una cosa si es cierta: el hombre ha recibido de Dios una inteligencia que le permite descubrir constantemente medios para resolver los problemas que la historia le presenta. Lo único que tiene que hacer es usarlos inteligentemente.

Hay que tener siempre presente, que no es el hombre el que debe estar al servicio de los medios, sino los medios al servicio del hombre.

V

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS EN LA MUJER¹

DRES. LUIS CASTELAZO-AYALA^{2, 3} Y ARTURO ZÁRATE-TREVIÑO³

EL CONTROL de la fertilidad siempre ha constituido un motivo de interés en el ser humano. En años anteriores sólo fue un problema de tipo familiar pero en la actualidad ha trascendido de manera inusitada y se extiende a la población en general. Por tal motivo se han ideado numerosos métodos que ofrecen con seguridad muy variable la posibilidad de regular la fertilidad. Entre los más destacados se pueden considerar los contraceptivos

denominados mecánicos, el método del "ritmo", los contraceptivos orales, y los aparatos intrauterinos.

Los contraceptivos de tipo mecánico con excepción de los diafragmas y del capuchón cervical no requieren de supervisión médica y además tienen el inconveniente de un bajo índice de seguridad para prevenir el embarazo. En la actualidad han caído en desuso por la gran difusión que han tenido los otros métodos anticonceptivos.

MÉTODO DEL RITMO

En 1932, Knaus¹ propuso un método basado en la observación del ciclo mens-

¹ Trabajo de conjunto presentado en la sesión ordinaria del 6 de marzo de 1968.

² Académico numerario.

³ Hospital de Gineco-Obstetricia Núm. Uno, Instituto Mexicano del Seguro Social.

trual para evitar la concepción. El método se basa fundamentalmente en que entre dos períodos menstruales solo ocurre una ovulación, que ésta sucede habitualmente 14 ± 2 días antes de la siguiente menstruación y que, el óvulo es viable por 24 horas y los espermatozoides por 2 a 5 días. Es decir, la efectividad del procedimiento depende de la determinación o predicción exacta del tiempo en que ocurre la ovulación pero generalmente se sabe que tal fenómeno presenta grandes problemas para su detección.

De esta manera se ha establecido que cuando el ciclo menstrual tiene una extensión de 28 a 30 días, el "período fértil" es aproximadamente de 11 al 17 y el "período seguro" en los días restantes².

Algunos pacientes tienen dificultad para calcular el ritmo y esto aunado a la dificultad para determinar el tiempo exacto de la ovulación, hacen que el método sea poco práctico. Además, en personas de un bajo nivel cultural, en mujeres que están lactando y en aquellas con irregularidades menstruales el procedimiento es insatisfactorio.

CONTRACEPTIVOS ORALES

Desde hace mucho tiempo se estableció que no ocurre la ovulación durante la fase lútea del ciclo menstrual y en el embarazo. Posteriormente, el conocimiento de las hormonas que produce el cuerpo lúteo permitió aclarar los factores interesados en la inhibición de la ovulación. En 1940, Sturgis y Albright³ lograron inhibir transitoriamente la ovu-

lación con estrógenos en pacientes con dismenorrea primaria; sin embargo, en los ciclos subsecuentes se producía un escape a tal efecto inhibitorio.

Posteriormente se pensó que produciendo un pseudo embarazo sería posible originar una infertilidad reversible. Así Pincus⁴ consiguió inhibir la ovulación con la administración de progesterona en dosis muy elevadas; el método no tuvo aceptación por la frecuencia alta de náuseas y sangrado vaginal. El problema fue resuelto con la introducción de los compuestos 19-noresteroides y poco después los 17-alfa-acetoxiprogestágenos. Finalmente, Pincus y su grupo⁵ lograron inhibir la ovulación utilizando un compuesto del grupo 19-norandrostano del día 5 al 24 del ciclo menstrual y para prevenir la ocurrencia de sangrado transhormonal agregaron un estrógeno potente al compuesto. Este descubrimiento abrió una importante línea de investigación en el problema de la contracepción oral.

Estereoquímica. Se denominan progestágenos a las sustancias que tienen una actividad biológica semejante a la progesterona y que poseen una potencia mucho mayor cuando son administradas por vía oral. No obstante el gran número de estos agentes que existen en la práctica médica se pueden agrupar dentro de 2 categorías.

Los acetoxiprogestágenos que son compuestos de 21 carbonos y con estructura química muy semejante a la progesterona; tienen además la característica de ser pobres inhibidores de las gonadotropinas hipofisarias, no originan compuestos estrogénicos en su

metabolismo y no poseen actividad androgénica. En cambio, los compuestos del grupo 19-nor-androstano tienen una estructura parecida a la testosterona, son potentes inhibidores de gonadotropinas y originan metabolitos con acción estrogénica del tipo etinil estradiol.

Los estrógenos sintéticos utilizados son el etinil estradiol y el metil éter de etinil estradiol (mestranol) que tienen una gran potencia y se pueden usar en dosis muy pequeñas. También existen el Quinestrol, Valerato de estradiol y enantato de estradiol (Figs. 1 y 2).

do que estos agentes originan inhibición en la secreción de gonadotropinas. En el humano los resultados han sido equívocos y esto pudiera explicarse por los diferentes métodos utilizados en la determinación de gonadotropinas así como los diferentes compuestos investigados. Sin embargo, gracias a la introducción de técnicas más precisas, como lo son los métodos radioinmunológicos, se ha podido establecer que aparentemente el estrógeno de la combinación inhibe la secreción de la hormona estimulante de foliculo y los progestágenos impiden el alza de la hormona luteinizante que

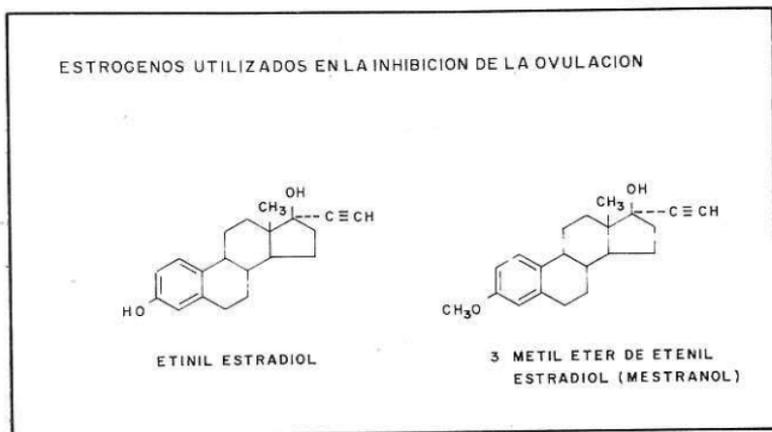


FIGURA 1

Modo de acción. Aunque no se conoce con exactitud el mecanismo y aún es motivo de discusión, existen evidencias del sitio de acción de los contraceptivos orales lo cual ha permitido proponer ciertas explicaciones.

a) *Acción sobre el eje hipotálamo-hipofisis.* En animales se ha demostrado

normalmente ocurre coincidiendo con la ovulación.^{6, 7}

b) *Acción sobre los ovarios.* Se ha propuesto que los contraceptivos orales disminuyen la respuesta folicular al estímulo gonadotrópico;⁸ sin embargo, varios investigadores han demostrado que al utilizar gonadotropinas exógenas

simultáneamente con la medicación estrógeno-progestacional no se impide la respuesta folicular que es evidenciada por la ocurrencia de ovulación y esteroidogénesis.⁹⁻¹⁰ De tal manera que aunque no se puede descartar una acción a nivel ovárico, ésta no parece ser la acción fundamental en el método anticonceptivo.¹⁰ Recientemente se ha sugerido que la medicación pudiera alterar la síntesis y metabolismo de la progesterona del cuerpo amarillo.

d) *Acción sobre el moco cervical.* Se ha demostrado que los progestágenos aún a dosis insuficientes para inhibir la ovulación son capaces de convertir al moco en medio hostil para la penetración de los espermatozoides y esta propiedad se ha aprovechado como un método anticonceptivo.¹²

e) *Acción sobre la movilidad de las trompas uterinas.* Algunos experimentos en animales han demostrado que los estrógenos son capaces de aumentar la

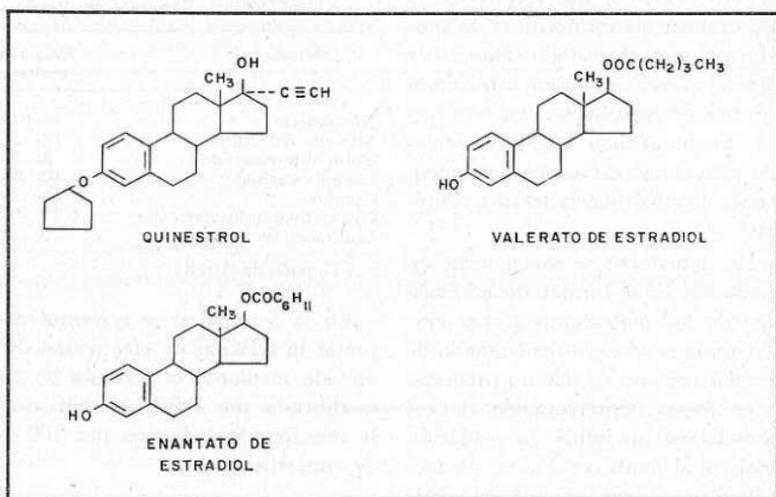


FIGURA 2

c) *Acción sobre endometrio.* Los cambios que se producen en el endometrio se pueden interpretar como una transformación a un medio no receptivo para la implantación del blastocito. Así mismo se ha demostrado que los progestágenos del grupo 19-nor-androstano son más enérgicos en su acción endometrial.¹¹

actividad de las trompas de Falopio y por consiguiente afectan la migración y posiblemente el fenómeno de implantación. En el humano no se ha mostrado este efecto.

Aparentemente se puede concluir que el poder contraceptivo de la medicación estrógeno-progestacional, a las dosis utilizadas en la práctica médica,

depende fundamentalmente del estrógeno y que el progestágeno sólo va a asegurar una regularidad en la presentación del flujo menstrual.

Formas de administración La terapia simultánea es la más ampliamente utilizada y consiste en la administración conjunta de un progestágeno con el estrógeno durante 20 a 21 días, iniciándose la medicación el día 5 del ciclo menstrual. Posteriormente y tratando de imitar el ciclo menstrual normal se creó el método secuencial que consiste en la administración del estrógeno en la misma forma que el método anterior y agregar el progestágeno en los últimos 5 ó 6 días de medicación; en esta forma se intenta reducir los efectos colaterales pero el método resulta ligeramente menos efectivo que la terapia simultánea.

En la actualidad se encuentran en investigación otras formas de administración de los contraceptivos. La terapia continua o también denominada de microdosis consiste en dar un progestágeno en forma ininterrumpida el cual aparentemente no inhibe la ovulación y convierte al moco cervical en un medio difícil para la penetración del espermatozoide; el método es efectivo pero tiene el inconveniente de originar más frecuentemente sangrado transhormonal. También se ha utilizado la administración mensual de 150 mg de Deladroxate junto con 10 mg de enantato de estradiol por vía intramuscular aplicados el día 8 del ciclo menstrual;¹³ los resultados han sido prometedores. Finalmente, se encuentran a prueba la medicación oral en una sola dosis al mes y la

utilizada después del coito, "a la mañana siguiente".¹⁴

Efectividad. Desde el punto de vista práctico se puede considerar al contraceptivo oral con una efectividad del 100% cuando se administra en la forma adecuada, y con una mayor seguridad que cualquiera otro de los métodos utilizados. (Tabla 1).

TABLA 1

RELACION DE EMBARAZO POR VARIOS METODOS ANTICONCEPTIVOS. (Fórmula de Pearl)

Método	Relación de embarazo
No método	80-100
Método del ritmo	14- 35
Coito interrumpido	3- 38
Lavado vaginal	18- 36
Condón	11- 28
Dispositivos intrauterinos	0.9 - 6.0
Contraceptivos orales	0- 2.7

(Tomado de Borell).

En la actualidad se acostumbra expresar la relación de efectividad de un método mediante la fórmula de Pearl modificada por Stix-Notestein, que es la relación de embarazo por 100 años de exposición:

$$R = \frac{\text{Número total de concepciones} \times 1200}{\text{Total de meses de exposición}}$$

Se asegura que hay protección para la concepción cuando la medicación se inicia en el 5o. día del ciclo menstrual y en caso de no presentarse sangrado al finalizar el ciclo de tratamiento la terapia se debe reanudar 7 días después de la última dosis. Cuando se cambia de terapia simultánea a secuencial puede existir riesgo de embarazo.

Acción sobre otros órganos

a) *Hipófisis*. En estudios anatómopatológicos realizados en pacientes que fallecieron en accidentes y que estaban bajo tratamiento anticonceptivo, se encontró una disminución en el número de células acidófilas y un discreto aumento de las basófilas; estos cambios no han podido interpretarse. No existen informes en desarrollo de tumores hipofisarios pero existe la obligación de observar esta posibilidad en un tiempo más largo.

b) *Ovarios*. El uso prolongado de los progestágenos origina cambios específicos en los ovarios. Aparece un aumento del estroma ovárico y engrosamiento de la corteza. Los folículos tienen un crecimiento limitado y la morfología guarda relación con el tiempo de administración del compuesto. Además, se ha demostrado que todos estos cambios histológicos son reversibles.¹⁵

c) *Tiroides*. La observación de un yodo proteico elevado en pacientes tomando progestágenos llevó a suponer una posible alteración en la función tiroidea. Estudios posteriores utilizando la captación de I-131 por tiroides y la prueba de estimulación con tirotropina han permitido concluir que no se afecta el funcionamiento tiroideo y que los cambios observados en el yodo protéico se explican por un aumento en la cantidad de proteínas transportadoras a consecuencia de las hormonas administradas.¹⁶

d) *Suprarrenales*. Pruebas realizadas con estimulación con hormona adrenocorticotrópica así como la reserva

hipofisaria mediante Metopirona han resultado normales. Así mismo se ha demostrado que los valores bajos de corticoesteroides urinarios que coinciden con aumento de los 17 hidroxicorticoides en plasma se pueden explicar por un aumento de las proteínas transportadoras que origina mayor transcortín el cual es metabolizado en menor grado por el hígado.¹⁷

e) *Metabolismo de hidratos de carbono*. Se ha observado que la administración de progestágenos puede alterar la curva de tolerancia a la glucosa y empeorar la diabetes en pacientes que ya la presentan. La frecuencia de estos cambios varía según los diferentes investigadores y parece ser que son independientes del tipo de progestágeno y la dosis utilizada sí como de los antecedentes familiares y de obesidad; es decir la respuesta es impredecible;¹⁸ además, se ha observado que los cambios en la curva de tolerancia en ocasiones son transitorios y sugieren un mecanismo de adaptación.

Efectos colaterales. Los síntomas indeseables son más frecuentes durante los primeros ciclos de tratamiento y desaparecen posteriormente en la mayor parte de los casos. Es bien conocida la ocurrencia de náusea, cloasma, mastalgia, migraña, aumento de peso y cambios en el flujo menstrual en pacientes bajo tratamiento anticonceptivo; sin embargo, los problemas que han recibido mayor atención son los fenómenos tromboembólicos, el riesgo de desarrollo de cáncer y el daño hepático.

a) *Trombosis*. Generalmente se acepta que mujeres con historia previa

de enfermedad vascular, venas varicosas y otras condiciones que pueden predisponer al desarrollo de tromboflebitis o embolismo pulmonar son susceptibles a presentar estos problemas al tomar contraceptivos. También hay contraindicación para el uso de estos agentes en presencia de una historia de accidente vascular cerebral y cuando se descubren síntomas neurológicos. Aunque se han informado alteraciones en algunos de los factores de la coagulación no hay evidencia que los contraceptivos orales sean capaces de iniciar un trastorno hemorrágico o de trombosis intravascular.¹⁹

b) *Riesgo de cáncer.* Hasta la actualidad no existe una evidencia directa para apoyar que la medicación sea capaz de inducir un cáncer de mama o de genitales internos. Como se ha observado que la administración de estos agentes en casos de carcinoma mamario se acompaña de hipercalemia, se sugiere que antes de iniciar la medicación es necesario practicar una cuidadosa exploración de las mamas y extirpar cualquier tumoración que se encuentre. Los estudios mediante citología exfoliativa para la detección de cáncer cervical han resultado normales o negativos.

c) *Función hepática.* Se ha informado la ocurrencia de ictericia en pacientes con terapia contraceptiva independientemente del tipo de agente y de la duración del tratamiento. Es notable la semejanza que existe con la llamada ictericia recurrente del embarazo ya que ambas cursan con pocos síntomas generales, prurito intenso y el cuadro desaparece al suprimir el agente

causal; además, la biopsia del hígado muestra una colestasis intrahepática no inflamatoria. Las observaciones anteriores hacen que los contraceptivos orales estén contraindicados en mujeres con historia de ictericia recurrente del embarazo y daño hepático previo.²⁰

Fertilidad subsecuente. Para establecer si los órganos genitales internos han sufrido algún daño con la medicación anticonceptiva tiene gran importancia determinar la fertilidad subsecuente. Hasta ahora los estudios han mostrado que la fertilidad parece aumentar después del tratamiento y esto se ha tratado de explicar como "un fenómeno de rebote", además se aprovecha para resolver problemas de esterilidad en algunos casos.

Acción sobre la época en que ocurre la menopausia. Se ha sugerido que los contraceptivos orales pudieran retardar la aparición de la menopausia. Los estudios realizados hasta ahora no apoyan tal idea. Las mujeres cerca de la menopausia pueden ser tratadas con contraceptivos ya que muchas veces el embarazo puede asociarse con problemas emocionales importantes.

Conclusiones. No obstante que se ha observado por más de diez años a las pacientes con tratamiento estrógeno-progestacional aún no se puede excluir la posibilidad de efectos indeseables, que los contraindiquen en el futuro. Antes de sancionar o rechazar su uso es necesario balancear las ventajas con los inconvenientes en base a los resultados de investigaciones científicas.

Los contraceptivos orales, además de probar su efectividad en el control de la fertilidad han resultado útiles en el tra-

tamiento de diversos trastornos ginecológicos. En estos casos no se duda en utilizarlos; en cambio se discute su utilización en mujeres sanas a menos que se encuentren razones convincentes tanto sociales como psicológicas.

CONTRACEPTIVOS INTRAUTERINOS

Es una costumbre muy antigua y que hasta la actualidad la utilizan ciertas tribus árabes, la introducción de una piedra dentro del útero de las camellas antes de iniciar una travesía por el desierto con el fin de evitar la impregnación que acarrearía problemas durante el viaje. Así mismo, este tipo de contracepción se empezó a utilizar en mujeres desde fines del siglo pasado pero no fue hasta 1929 en que Gräfenberg lo experimentó con mayor frecuencia.²¹

El procedimiento se desacreditó pero en 1959 Oppenheimer²² demostró ampliamente la seguridad del método; simultáneamente Ishihama²³ confirmó la utilidad del procedimiento al utilizar el anillo modificado de Gräfenberg. En 1964 se reunió una comisión de investigadores en New York y se presentaron los resultados obtenidos en el estudio de 16,734 mujeres durante 132,460 meses con lo cual se estableció definitivamente la efectividad del método.²⁴ (Tabla 2).

Tipos de contraceptivos. Se denominan dispositivos completos cuando se encuentran incluidos en la cavidad uterina; los más conocidos son el "moño" de plástico de Birnberg y el anillo de Ota. El otro tipo de dispositivos tienen una extensión cervical y comprenden el asa de Lippe, la espiral de Margulies y el anillo de Nylon de Zippes, (Fig. 3).

USO DE LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (Hasta 1964)

Corea	50,647
Formosa	24,742
E. U. A.	16,200
Chile	6,451
Pakistán	4,800
Hong Kong	4,048
India	2,000
Puerto Rico	1,531

Modo de acción. Aunque se ha confirmado ampliamente la propiedad contraceptiva del dispositivo intrauterino, su modo de acción aún es motivo de discusión. En todas las especies origina antifertilidad pero su efecto biológico varía de una a otra. En la mujer parece no tener efecto sistémico excepto que puede prolongar la secreción de oxitocina en las parturientas; la ovulación y el transporte no se alteran. En base a los experimentos de Mastroiani²⁵ realizados en monos, se cree que pudiera acelerarse el transporte tubario pero hasta la actualidad no existe una evidencia directa.²⁶

Aparentemente la acción principal es sobre el endometrio y ésta por sí sola puede explicar el poder antifertilizante. Los cambios endometriales observados son una contaminación bacterial; infiltración crónica con linfocitos y células plasmáticas; edema, fibrosis y aumento de la vascularización, así como una maduración retardada.²⁶

Inserción. Se considera que el día óptimo para la inserción es el último día del flujo menstrual, tiempo en que el canal cervical es ligeramente más abierto y no hay riesgo de embarazo.

Se recomienda que es preferible dejar transcurrir 6 semanas después de un

parto o un aborto antes de hacer la inserción del dispositivo; sin embargo Andros²⁷ aplicó el dispositivo en 75 mujeres al quinto día y no encontró diferencias en cuanto a las complicaciones.

El problema más común y difícil de resolver es la expulsión del dispositivo. Esta complicación ocurre en aproxima-

responde al doble de lo habitual en la población general. No se ha determinado si ocurre una mayor frecuencia de embarazos ectópicos. En caso de embarazo, éste evoluciona normalmente en presencia del dispositivo.

Efectos colaterales. Habitualmente se presenta un sangrado moderado uno o

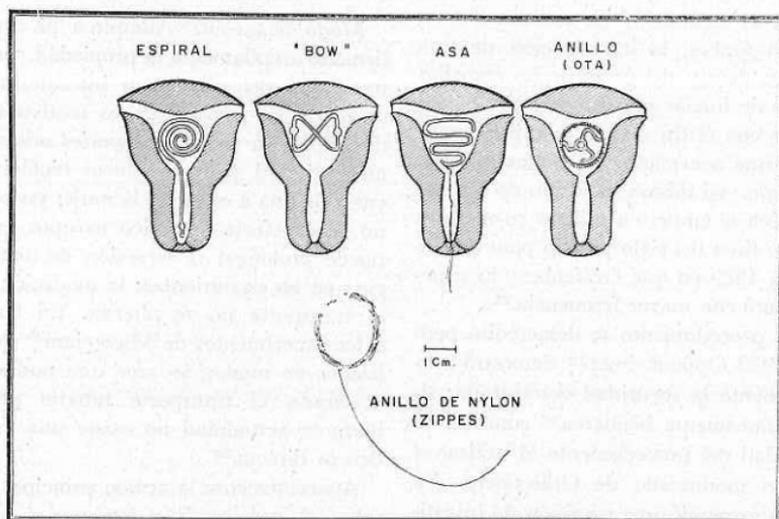


FIGURA 3

damente el 20% de los casos y en la quinta parte pasa inadvertido. También se han informado algunos casos de perforación uterina.

Efectividad. Según la fórmula de Pearl la frecuencia de la falla del método varía entre 1.5 y 6 por 100 mujeres año de uso. Tietze²⁸ informó 278 embarazos en 16,734 mujeres tratadas y en 149 el embarazo ocurrió en presencia del dispositivo. La frecuencia de aborto es aproximadamente del 20% que co-

dos días después de la inserción, que puede persistir hasta el siguiente sangrado menstrual. Excepcionalmente es abundante. Otro síntoma relativamente frecuente es dolor referido a parte superior del abdomen de tipo cólico y con irradiación a región lumbar. En los 16,734 casos de Tietze,³¹ el dolor o el sangrado obligó a extraer el dispositivo en 833. No existe evidencia que originen endometritis o inflamación pélvica aguda.

Hasta la actualidad no se ha podido demostrar que los contraceptivos uterinos provoquen cáncer genital. No obstante es necesario observar a estas pacientes por un tiempo más largo antes de establecer definitivamente su inocuidad.

Se consideran contraindicaciones absolutas para el uso de dispositivos cuando existe una historia de salpingitis o parametritis y en presencia de un proceso pélvico inflamatorio agudo. Así mismo, en pacientes con historia de sangrado uterino disfuncional es preferible usar otro tipo de contracepción como pueden ser los progestágenos.

La fertilidad subsecuente no se altera. El 70% de las pacientes a quienes se les removió el dispositivo se embarazaron dentro de los 6 meses siguientes y el 90% al final del primer año. El procedimiento no tiene acción sobre la lactación.^{27, 30, 31}

Conclusiones. No obstante que la contracepción intrauterina ha demostrado su efectividad en particular en los estudios realizados en grandes masas de población y con el fin de resolver el problema de la superpoblación, el método requiere de una cuidadosa selección de pacientes. Así mismo, es necesario una observación durante el tiempo que permanezca el dispositivo en la cavidad uterina y una valoración posterior a largo plazo.

REFERENCIAS

1. Knaus, H.: *Zbl. Gynäk.* 57: 1393, 1933.
2. Ogino, K.: *Zbl. Gynäk.* 56: 721, 1932.
3. Sturgis, S. H. y Albright, F.: *Endocrinology.* 26: 68, 1940.
4. Pincus, G. y Chang, M. C.: *Acta Physiol. Lat. Amer.* 3: 177, 1953.
5. Pincus, G., Rock, J. y García, C. R.: *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 71: 677, 1958.
6. Vorys, N., Ullery, J. C. y Stevens, V.: *Amer. J. Obstet. Gynec.* 93: 641, 1965.
7. Wide, L. y Gemzell, C. A.: *Acta Endocr.* 39: 539, 1962.
8. Lunenfeld, B., Sulimovici, S. y Rabau, E.: *J. Clin. Endocr.* 23: 391, 1965.
9. Taymor, M. L.: *J. Clin. Endocr.* 24: 803, 1964.
10. Johannisson, E., Tillinger, K. G. y Diczfalusy, E.: *Fertil. Steril.* 16: 292, 1965.
11. Maqueo, M., Pérez-Vega, E., Goldzieher, J. W., Martínez-Manautou, J. y Rudell, H.: *Amer. J. Obstet. Gynec.* 85: 427, 1963.
12. Martínez-Manautou, J., Giner, V. J., Cortés, G. V., Casasola, J., Aznar, R. R. y Rudel, H.: VI Congreso Pan Am. Endocr. México, 1965.
13. Felton, H. T., Hoelscher, E. U. y Swartz, D. P.: *Fertil. Steril.* 16: 665, 1965.
14. Greenblatt, R. B.: *Fertil. Steril.* 18: 207, 1967.
15. Plate, W. P.: *Acta Endocr.* 55: 71, 1967.
16. Fisher, D. A., Oddie, D. H. y Epperson, D.: *J. Clin. Endocr.* 26: 878, 1966.
17. Starup, J. Sele, V. y Buus, O.: *Acta Endocr.* 53: 1, 1966.
18. Peterson, W. F., Steel, M. W. y Coyne, R. V.: *Amer. J. Obstet. Gynec.* 95: 484, 1966.
19. Zárate, A. y Greenblatt, R. B.: *La Prensa Méd.* 32: 95, 1967.
20. Allan, J. S. y Tyler, B. T.: *Fertil. Steril.* 18: 112, 1967.
21. Gräfenberg, E.: 7th Int. Birt Control Conference, 33, 1930.
22. Oppenheimer, W.: *Amer. J. Obstet. Gynec.* 78: 446, 1959.
23. Ishihama, A.: *Yokohama Med. J.* 10: 89, 1959.
24. Segal, S. J., Southam, A. L., y Shafer, K. D.: *Excerpta Med. Int. Congress Series (Amst.)* 85, 1965.
25. Mastroianni, L. y Hongsanand, U.: *Excerpta Med. Int. Congress, Series (Amst.)* 86: 194, 1965.
26. Corfman, P. A. y Segal, S. J.: *Amer. J. Obstet. Gynec.* 100: 48, 1968.
27. Andros, G.: *Excerpta Med. Int. Congress Series (Amst.)* 86: 114, 1965.
28. Tietze, C. y Lewill, S.: *Excerpta Med. Int. Congress Series (Amst.)* 86: 98, 1965.

V

COMENTARIO FINAL¹DR. NORBERTO TREVIÑO-ZAPATA²

SOBRE el conocimiento del problema de la planificación familiar, mucho se ha progresado, despertando interés y perspectivas de esperanza y optimismo. El tema es ya del dominio público; la gente empieza a orientarse, no pocos están aleccionados. En la vida privada de numerosos cónyuges se realizan conscientes medidas de planificación familiar según particulares circunstancias. Debido a ello las estadísticas no pueden ser fieles, ya que no reflejan los datos correspondientes a innumerables parejas que se mantienen en tan natural sigilo.

Estamos hablando de un asunto que aunque conserva carácter íntimo, es ya de conocimiento y participación pública; la persona, cada pareja, por su propia iniciativa hace algo para resolver su propio problema, con o sin consejo y orientación adecuada. Pueden las instituciones, los organismos científicos, continuar haciendo consideraciones teóricas sobre la materia y mientras tanto la gente por su parte se está adelantando, y actúa bien o mal, para buscar solución a situaciones muchas veces de carácter crítico.

La realidad es que numerosas pare-

jas de posibilidades económicas y cierto nivel cultural, acuden a los procedimientos anticonceptivos. En México se calcula que aproximadamente 170,000 mujeres usan anticonceptivos orales. El problema mayor radica en las personas de condición económica y cultural desvalida, que no les permite acceso a tales procedimientos.

Se piensa que los adultos están preocupados por lo que representa la planificación familiar, pero no advierten que los jóvenes ya ven y verán cómo resolver el problema de acuerdo con el análisis consciente de su vida, más o menos precaria y difícil, y conforme a sus sentimientos y explicables reacciones al medio generalmente hostil. Quizás, muchos, probablemente por sí mismos, sin necesitar consejo, deciden limitar su descendencia. Esto hace más urgente la orientación, así como el proporcionar los elementos para que efectúen su personal planificación familiar.

El criterio imperante en la hora actual, sobre el conflicto entre el rápido crecimiento demográfico y su relación con el desarrollo económico, consiste en que no puede remediarse tratando exclusivamente de reducir la tasa de dicho crecimiento demográfico, sino

¹ Trabajo de conjunto presentado en la sesión ordinaria del 6 de marzo de 1968.

² Académico numerario.

acelerando también el ritmo de desarrollo económico, adoptando para ello tanto una política económica como una política demográfica.

En un mundo, donde pocos países realizan la planificación de su desarrollo económico-social, y aún esos pocos están expuestos a resentir las repercusiones mundiales que sobre ellos recaen por la acción directa o indirecta de otros países, no debe dejar de pensarse en empezar por planificar la célula base de la sociedad, la familia. En un mundo en que paulatinamente todo se encarece, y en forma inexorable se eleva el costo de la vida, dejando cada vez más atrás la capacidad del salario. En un mundo en que se gasta más y más cada día, en viajar a la estratosfera y a la luna y en fabricar oneroso armamento atómico de guerra, con erogaciones astronómicas, cuyo gasto soportan todos los habitantes de la Tierra.

Cuando vemos entre nosotros cómo al iniciarse el presente año escolar, la Universidad Nacional Autónoma de México, por falta de cupo se vio en la necesidad de rechazar, dejando sin ingreso a escuelas preparatorias y superiores, a más de 15,000 jóvenes varones y señoritas, y no sabemos cuántos miles de jóvenes y adolescentes tampoco lograron inscripción en escuelas secundarias y técnicas, este sólo panorama nos obliga a ver con razonada objetividad el problema de crecimiento de población que impide, entre otras graves consecuencias, satisfacer los anhelos de las nuevas generaciones deseosas de adquirir preparación escolar e intelectual.

Sostiene el Dr. en Teología Moral y

Teología Dogmática, don Alfonso Orozco: "Como hombres de ciencia, sensibles a los problemas humanos, nuestra inquietud debe llevarnos a justipreciar, desapasionadamente, la realidad concreta para partir de ahí a la búsqueda de soluciones que respondan, eficazmente, a las necesidades de los que esperan de nosotros una orientación oportuna". "Ni el Estado, ni la Iglesia, ni cualquier otra Institución, civil o religiosa, puede coaccionar a los esposos a procrear un número preestablecido de hijos."

Por ventura, ya también en nuestro medio existen una serie de valiosas circunstancias favorables al movimiento de la planificación familiar; coincidencia de básicos puntos de vista entre profesionales, técnicos y expertos; coincidencia fundamental, real, declarada o no, de opiniones, entre dichos profesionales, teólogos, y prelados católicos y de otras iglesias; existencia en insospechado volumen de población, de propicio estado de ánimo, predispuesto a esperar y recibir orientación y directrices sobre los diversos aspectos de la planificación de la familia y también conciencia cada vez más definida, de los deberes y responsabilidades que implican la maternidad y la paternidad, factores básicos del crecimiento racional y sano desarrollo del país.

Se van desplomando los argumentos oponentes a la planificación familiar, basados en criterio ideológico o político, así como los que buscan apoyo en materia religiosa. Los hechos y realizaciones de asistencia y educación para control de la natalidad incluso en países soviéticos, demuestran que tanto en ellos

como en los regímenes capitalistas, democráticos, imperialistas, se ha adoptado un similar criterio.

Tengamos muy en cuenta que la tarea a realizar para la planificación familiar, tiene serios aspectos morales, filosóficos, científicos, técnicos, de organización, administración y de la preparación de personal idóneo. Y otro aspecto fundamental, el educativo, de orientación cuidadosa, fina, persistente; con delicada consideración y respeto a las personas, tratando de lograr su consentimiento y solidaridad; que haga de cada quien, un espíritu dispuesto, activo, propagador de su utilidad moral, social y humana.

De tomar el estado su parte en tal trascendente obra, deberá con firme y definida política, dar a la colectividad, a la familia, a la pareja, y a cada persona, su participación y responsabilidad.

Concluyo transcribiendo la opinión de la Comisión Coordinadora (de la que formé parte) de los Estudios sobre Salud Pública en el Programa Nacional de Desarrollo Económico-social, realizando como base el Plan de Gobierno Nacional para el sexenio 1964-1970 (P.R.I.):

“Como frutos de su importante evolución general, tanto como de su satisfactorio progreso sanitario, obtenido por la sostenida lucha contra las enfermedades, México ha logrado acelerada declinación de la mortalidad y que la natalidad haya alcanzado altos niveles. Al mismo tiempo que el país acusa uno de los incrementos mayores de población en el mundo, está indicando que el equilibrio demográfico está en peligro”.

“Es urgente que México analice las características de su desarrollo demográfico, para que en concordancia a bases técnicas, científicas, humanas, filosóficas, sociales y económicas, se procure determinar la adecuada planeación familiar que sirva de norma nacional, para la mejor previsión de su desarrollo demográfico en el futuro, señalando lineamientos a nuestra disímil población, para su sano desenvolvimiento”.

“La planificación familiar significa determinar anticipadamente, por propia capacidad de los padres, el número de hijos y la época de su nacimiento, tomando en consideración aspectos conyugales en particular, y los de orden general en relación con los intereses de la colectividad, conforme a las peculiares características biológicas, médicas, culturales, sociales y económicas de la familia, para lograr que ésta y sus miembros puedan disfrutar de salud y bienestar, así como participar y contribuir adecuadamente en la vida y desarrollo de su comunidad”.

“Hasta la actualidad no se ha iniciado un esfuerzo organizado e institucional, para establecer tales bases en México, donde sabido es, en grandes sectores de población se observa: 1. Considerable atraso cultural y social respecto al conocimiento y conciencia de los deberes que representan la paternidad y la maternidad. 2. Incapacidad económica para satisfacer las obligaciones que representan el embarazo, el nacimiento, hogar, alimento, vestido, atención médica y educación de los hijos. 3. Insuficiencia de fuentes de trabajo, para dar oportunidad de sustento

y desarrollo a todos los componentes de las nuevas generaciones”.

“La mujer dispone de más y mejores elementos para su integración y adelanto. Así, con progresiva formación y capacidad, la mujer podrá ir desempeñando básico papel en el urgente programa nacional tendiente a lograr que el aumento de población del país, deje de ser sola consecuencia de factores biológicos, y lo determinen las normas y valores de la cultura mexicana, auspiciando a los hijos, de los irresponsables y rea-

ción activa de la mujer en la vida social, ofreciéndole el panorama de una vida más elevada, superándose para mejor desempeñar su papel de madre, con más conciencia y más eficacia, y estar en condiciones de influir en el hombre, ayudando a formar o incrementar en él, su cumplimiento de los deberes de la paternidad; y hacer posible además que tengan aplicación las correspondientes disposiciones legales, como medio de proteger a la mujer y a los hijos, de los irresponsables y reacios”.