GACETA MEDICA DE MEXICO
Vol. 105 - No. 5 - Mayo 1973

MESAS REDONDAS ACADEMICAS

PROBLEMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MEXICO *

I INTRODUCCION

CARLOS MAC GREGOR ‡

En ocasiones anteriores, la Academia Nacional de Medicina se ha ocupado del problema de la planificación familiar, abordándolo en sus diferentes aspectos. En esta ocasión, se pretende hacer un enfoque más concreto de la problemática que al respecto se plantea en nuestro país.

En los últimos 25 años los demógrafos han demostrado que las curvas actuales de crecimiento de la población no pueden persistir por mucho tiempo en el futuro. La comisión que para el efecto de estudios de la población existe en los Estados Unidos de América, refiere que para el año 2 000 la población mundial alcanzará la cifra estratosférica de 6 900 millones de habitantes. Estos mismos estudios muestran que los recursos en los periodos previos aumentaban simultáneamente al incremento de la población y, que para el año 2 000 con el aumento previsto podría tenerse una nutrición suficiente aunque de calidad inferior a la actual, pero se señala como un riesgo grave el que esta proporción en el aumento persista después de ese año, pues a partir de entonces, los recursos serían insuficientes en relación a la demanda.

Entre algunas de las consecuencias que se han analizado para el crecimiento de la población al ritmo actual, pueden señalarse el problema del agua, que en varios países se percibe ya en la actualidad y la aglomeración en las zonas urbanas, con los problemas de salud pública y con-

* Mesa redonda presentada en la sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, celebrada el 6 de septiembre de 1972.

‡ Académico numerario. Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social.

taminación ambiental que necesariamente son su consecuencia.

Este crecimiento explosivo de la población mundial está dado por dos hechos fundamentales: el descenso en las cifras de mortalidad y el aumento en las cifras de natalidad. Particularmente notable ha sido este fenómeno en los países en vías de desarrollo, como es el caso del nuestro, en donde en virtud de una mejoría notable en la atención médica ha ocurrido una baja brusca en las cifras de mortalidad. Concretamente, en México, entre los años de 1940 y 1960 las cifras de mortalidad descendieron a la mitad, permaneciendo constante el índice de natalidad. En la actualidad, el aumento anual de población mexicana es de 3.5 por ciento, en base a lo cual se ha calculado que en unos 23 años la población se duplicará. Diversos estudios parecen demostrar que la población permanecería prácticamente estática si cada pareja tuviera solamente dos hijos, afirmándose que una población estable ofrecería grandes beneficios a la humanidad. Sin embargo, las investigaciones que se han realizado en diversos grupos de población demuestran que el número de hijos deseados está por encima de esta cifra "útil". Así, en Túnez es de 4.3 hijos, en la India varía entre 3.7 y 4.5 de una región a otra, en las grandes ciudades de América Latina la encuesta demuestra una oscilación semejante de 2.7 a 4.2, mientras que en los países que han alcanzado un mayor desarrollo se sitúa muy cerca de la cifra de dos hijos por matrimonio.

Como consecuencia de lo anterior y en base a argumentos no sólo en el orden demográfico sino también en el orden económico, ha surgido frecuentemente una pregunta difícil de contestar: ¿en un mundo que "aparentemente" se ve amenazado por una sobrepoblación explosiva, resultaría indispensable utilizar algún sistema que limite la familia? O dicho de otra manera ¿la reproducción libre puede seguirse justificando?

La respuesta ha sido considerada por los dirigentes de los pueblos de muy distintas formas, dado que el análisis del problema se ha enfocado diferentemente en cada país; así, vemos que en los últimos años un grupo de países se ha definido por una política de población que hace depender de los organismos gubernamentales un programa encaminado al control de la natalidad, con objeto de disminuir el incremento de la población, como ocurre en Corea del Sur, República Popular China, China Nacionalista, Hong Kong, Malasia, Singapur, India, Pakistán, Nepal, Ceylán, Irán, Turquía, Egipto, Túnez, Marruecos, Kenya, Jamaica, Costa Rica y El Salvador. En otros países, el gobierno ha tomado parcialmente la responsabilidad en función de programas que se desarrollan a través de instituciones con apoyo oficial; entre ellos se puede incluir a la República Filipina, Indonesia, Tailandia, Venezuela, Colombia, Perú y Chile.

Analizar los resultados obtenidos por los países que se han fijado una meta y han invertido su presupuesto más importante para este fin resulta difícil, ya que cada uno tiene características particulares y los procedimientos que se han seguido no siempre son comparables entre sí. Sin embargo, uno de los ejemplos más ilustrativos de los problemas que plantea la participación oficial es el de la India, cuyo programa de planificación familiar se inició en 1950, aunque de manera parcial, cuando la población era aproximadamente

de 370 millones; en 1969, ya con los programas bien establecidos por lo menos durante un decenio, la población de la India se había elevado a 539 900 000 habitantes, esperándose de acuerdo a su índice de crecimiento duplicar la cifra en aproximadamente 30 años. Se puede decir que en la India, a partir de 1955, se incorporan el presupuesto y los organismos oficiales en forma creciente para el programa de planificación familiar, fijándose como meta incorporar a alguno de los métodos anticonceptivos a cerca de 90 millones de parejas en edad fértil. Pero hacia 1970, en un análisis de los resultados, se demostró que solamente habían entrado al programa 10 millones de parejas y de éstas, solamente 4 millones permanecen dentro de alguna de las variantes del programa. Estos números, a nuestro juicio, son altamente demostrativos de los problemas que enfrenta una política gubernamental de planificación familiar, aun tomando en cuenta que hemos escogido como ejemplo el país que por sus características plantea una mayor problemática.

A cambio de lo anterior, en el curso de los últimos diez años, algunos otros países, como consecuencia de los programas establecidos, registran reducciones de su incremento de población que van de 3.5 a 2.4 y 2.6 por ciento, lo cual ya resulta significativo.

El problema de México está bien definido, como se señaló antes; existe un incremento importante en la población, principalmente en base al descenso en la mortalidad, así como problemas de incremento demográfico ligados a fenómenos de migración interna, que afectan de manera fundamental a determinadas áreas del país; no prevalece sin embargo, el mismo acuerdo para definir de qué manera este incremento demográfico afecta a la economía del país ni tampoco es de aceptación general el principio de que controlando el incremento de población se resolverían los problemas económicos de aquél.

Es indispensable, cuando se habla de planificación familiar, identificar el problema, procurando definir el concepto y los objetivos que en función del mismo se persiguen. La planificación familiar se asocia frecuentemente al problema genérico de control de la natalidad, enfocado hacia políticas de población bien definidas que buscan reducir, por cualquier medio, el incremento de la población. Difiere de éste el otro concepto sobre planificación familiar, planteado en términos de salud integral, paternidad responsable y del objetivo genérico de bienestar familiar, en función de una familia regulada de acuerdo a las características económicas, sociales y psicológicas de una pareja determinada. En este último concepto la decisión de los padres sobre el número de hijos deseados, es el punto fundamental de la planificación familiar.

En base a lo anterior, consideramos que evidentemente debe hacerse algo relacionado con la planificación familiar en nuestro país y que este esfuerzo debe de estar orientado hacia un hecho que es a todas luces inobjetable en sus finalidades: el bienestar familiar.

Contribuiría indudablemente a lograr la salud integral, a través del bienestar familiar, poder llevar al núcleo de la familia información de lo que representa la responsabilidad familiar, que permitiría no sólo un mejor equilibrio económico para la distribución de los bienes de acuerdo al número de hijos, con nutrición

y medios de educación más adecuados, sino también una actitud de los padres hacia los hijos que sea psicológicamente positiva.

Aplicar este criterio de planificación familiar en nuestro país requiere el esfuerzo de diversos sectores: 1) De las instituciones responsables de la educación; la que debe incluir por un lado los niveles de enseñanza elemental con información adecuada y por otro lado los niveles de enseñanza de formación profesional y muy particularmente las escuelas y facultades de medicina, incorporando al *curriculum* de la carrera de médico cirujano, elementos de demografía y sociología, así como elementos específicos del conocimiento de los métodos reguladores de la fertilidad que permitan al médico constituirse en un factor de información y orientación adecuado en el núcleo social en que se desenvuelve, así como en un factor técnico capaz de proporcionar la ayuda solicitada por las parejas en edad reproductiva. 2) Poner al alcance de la población de menor capacidad económica y con menor desarrollo cultural la información, orientación y recursos necesarios a través de las instituciones gubernamentales, descentralizadas y privadas que cuenten ya con un nivel de infraestructura médica y administrativa, lo que permitiría de una manera más rápida y mucho menos costosa ofrecer a un gran número de parejas la información y los recursos requeridos. 3) Propiciar, a través de las instituciones con recursos adecuados, la investigación en biología de la reproducción.

La planificación familiar así entendida debe contribuir a crear un sentido bien definido de paternidad responsable, con las consecuencias naturales de una estructuración psicológica más adecuada de la familia y de una mejor salud integral, al reducirse el número de hijos no deseados, de abortos ilegítimos, de partos en grandes multíparas y por ende la morbimortalidad materna y perinatal.

Con objeto de actualizar la participación de todos los factores que antes hemos mencionado y poder concretar con más bases la planificación de la familia en México, la Academia Nacional de Medicina ha planteado este tema alrededor de conceptos de demografía y desarrollo, demografía y salud pública, métodos de regulación de la fecundidad, así como de aspectos de la participación del médico y de algunas de nuestras instituciones más representativas en programas de carácter nacional. Estamos seguros que de esta iniciativa de la Academia se obtendrán orientaciones de utilidad en la estructuración de futuros programas a realizar en nuestro país, siempre sobre la base de entender el concepto de planificación familiar como una actitud humana de responsabilidad de los padres, en la que se respeta su derecho inalienable para procrear, pero a la vez se les exige un ejercicio consciente de ese derecho.

II POBLACION Y DESARROLLO

VÍCTOR L. URQUIDI *

En el contexto de este tema, puede suponerse que la planificación familiar es un procedimiento que, con base principalmente en el uso de métodos anticonceptivos, permite a una pareja procrear solamente el número de hijos que desee tener y en los periodos de la vida matrimonial en que los juzgue más oportunos. El concepto de la planificación familiar ha evolucionado mucho con el tiempo. Antes, se consideraba como un simple servicio médico tendiente a impedir la concepción. Ha pasado a ser un proceso social referente al bienestar a corto y a largo plazo de la familia, a la relación de ésta con su medio inmediato y con sus posibilidades de pleno desenvolvimiento material y espiritual, y a la relación del tamaño de la familia con el desarrollo de la sociedad en sus aspectos sociales, económicos y políticos. En este último sentido, la planificación familiar puede ser un instrumento importante —aunque no el único— de una política de población, en todos aquellos países en que se considere que convenga moderar, o aun reducir considerablemente, la tasa anual de incremento demográfico.

La situación y perspectiva demográficas de México son bien conocidas. La población, que en la actualidad alcanza 54.2 millones, crece a una tasa anual de 3.5 por ciento al año, lo que significa que se duplica cada veinte años, en caso de mantenerse dicha tasa. Esta obedece a que la natalidad registra todavía en México el extraordinario nivel medio de 45 por millar, con tendencia apenas perceptible a descender, mientras la mortalidad se ha reducido —con gran rapidez en los últimos treinta años— hasta alcanzar apenas 9.6 al millar como promedio nacional. En particular, ha descendido la mortalidad de niños y la infantil, de suerte que la proporción de habitantes menores de 15 años se ha elevado a 46 por ciento del total, y la supervivencia de mujeres hasta las edades fecundas es también mayor que antes.

La persistencia en México de muy altos niveles de fecundidad —de los más altos de América Latina y del mundo, teniendo en cuenta la dimensión del país— es un fenómeno difícil de explicar, por la diversidad de factores psicológicos, sociales y económicos que intervienen en las actitudes de la familia hacia el número de hijos considerado conveniente; pero puede asociarse, de un modo general, al hecho del subdesarrollo. En las economías más evolucionadas, sobre todo en los países industriales, la natalidad ha descendido históricamente, junto con muchos otros cambios sociales; más recientemente ha continuado descendiendo —lo mismo que en los países socialistas— en virtud de la difusión de la contracepción y de la adopción masiva de programas de planificación familiar. Inclusive empiezan a operar consideraciones de muy largo plazo relativas a la relación futura entre población, recursos, exceso de urbanización, contaminación y condiciones cualitativas de la vida humana y del medio.

* El Colegio de México.

En México, país en etapa intermedia de evolución económica —donde aún el ingreso medio por habitante representa apenas alrededor de la sexta parte del que se registra en los países más avanzados— los indicadores del subdesarrollo son todavía muchos: por ejemplo, cerca de 60 por ciento de la población vive en áreas rurales; apenas un 30 por ciento de la población total aparece como económicamente activa; más de la mitad de la población activa, dedicada a actividades primarias, genera si acaso un 17 por ciento del ingreso nacional; existen muy extendida desocupación de la fuerza de trabajo y en especial grandes volúmenes de subempleo; la distribución de la riqueza y del ingreso es muy desigual, con el resultado de que 65 por ciento de las familias percibe apenas 25 por ciento del ingreso familiar total; la productividad agrícola es muy baja en grandes extensiones del país; existen aún grandes carencias educativas, de salud, de alimentación y de bienestar, ampliamente reconocidas. Todos estos elementos, que por un lado son conducentes a que no exista motivación suficiente para reducir la fecundidad, se refuerzan a su vez entre sí por la ya alta tasa de incremento de la población. México no parece haber llegado aún al umbral que permita, de un modo natural, llegar a tasas de natalidad reducidas, como en los países industrializados (que por cierto partieron de niveles más bajos que los mexicanos); por todo ello la planificación familiar puede ser un elemento auxiliar indispensable.

Sin embargo, muchas personas en México y en otras partes, no atribuyen importancia suficiente a las elevadas tasas de incremento de la población como factor de efectos retardativos en el desarrollo económico. Cierto es que las relaciones entre población y desarrollo se han tratado con frecuencia en forma demasiado simplificada, como si fueran directas y únicas, lo que ha llevado a conclusiones también demasiado fáciles, en el sentido de que bastaría reducir la tasa de natalidad para que se produjera de manera automática una elevación del nivel de vida. Estos procesos son mucho más complicados en la práctica y también desde un punto de vista teórico, y por lo tanto, no puede aceptarse que con sólo contener el incremento rápido de la población se resolverían todos los demás problemas. Lo que sí puede sostenerse es que reduciendo la tasa de incremento de la población se facilita la solución de los problemas del subdesarrollo, siempre y cuando existan programas de desarrollo bien concebidos y adecuadamente ejecutados. En esto, como en tantas otras cosas, lo mejor suele ser enemigo de lo bueno y habrá que aceptar soluciones a medias. Pero es preciso adoptar objetivos a largo plazo, puesto que está en juego el bienestar de generaciones por venir. Cada país, por supuesto, debe adoptar sus propios objetivos, libre de presiones externas. A este respecto, sin que existan en México verdaderamente objetivos económicos y sociales a largo plazo que tengan algún grado de precisión, se empieza a considerar cada vez con mayor conciencia, tanto en las esferas oficiales como entre el público en general, que la reducción de la tasa de incremento de la población podrá tener efectos favorables, tanto a nivel familiar como a nivel social general, para hacer viable un desarrollo económico y social más rápido y a la vez más equitativo.

No es mi propósito —ni se me ha pedido— hacer un examen de todos los as-

pectos de la problemática del desarrollo de México en relación con el incremento demográfico, ni alcanzaría el espacio disponible. Me limitaré, por lo tanto, a examinar algunas de las relaciones más importantes entre la expansión demográfica y el crecimiento económico de un país como el nuestro, en donde, no obstante los altos índices de evolución económica y social de los últimos treinta años, subsisten aún las condiciones a que me he referido anteriormente.

¿En qué forma incide la población en el desarrollo? La población interviene, obviamente, como factor de la producción o, en la terminología moderna, como insumo en el proceso productivo o en la función producción, insumo que va acompañado de capital físico, recursos y conocimientos tecnológicos principalmente (se pueden agregar habilidad administrativa, factores institucionales y otros). La población, a partir de determinada edad, que varía en distintos países, pero que es de 12 a 15 años en México, constituye una fuerza de trabajo potencial. No toda la población en edad de trabajar interviene en el proceso productivo; una gran proporción de las mujeres, por diversas razones, no forma parte en rigor de la fuerza de trabajo (aun cuando ayuda en muchas labores, sobre todo en la agricultura); los jóvenes en edad escolar aplazan, crecientemente, su ingreso a la fuerza de trabajo; quienes rebasan cierta edad convencional, salen de la fuerza de trabajo, aun cuando en los países de menor desarrollo tienden a permanecer en ella más tiempo que en los desarrollados; y muchas personas dejan de ser activas por incapacitación temporal o permanente. Como quiera que sea, el monto de la población como insumo productivo está determinado en parte también por la tasa de incremento demográfico y, en particular, por las tasas de supervivencia de la población joven. Como es bien sabido, estas tasas se han elevado considerablemente, de suerte que aun con las tasas de actividad tan bajas que prevalecen en México, el incremento de la fuerza de trabajo tiende a exceder el 3.5 por ciento anual, o sea es superior al aumento demográfico general.

Uno de los temas que más se debaten hoy en día es el de la capacidad de los sistemas productivos para absorber los aumentos probables de la fuerza de trabajo. Hay evidencias de que, al menos en los últimos diez años, la absorción ha sido insuficiente en México: en muchas regiones sobra población rural, a la par que en los núcleos urbanos existe desocupación abierta y una proporción considerable de subempleo y marginación característicos del insuficiente cambio estructural. Se considera que haría falta una tasa de crecimiento global mucho mayor que la actual y de hecho cercana al 8 por ciento anual —que no tiene precedente histórico—, con un incremento proporcional mucho mayor de la producción industrial propiamente dicha, para garantizar en los próximos diez a veinte años la absorción productiva del desempleo y el subempleo existentes y de las adiciones anuales a la fuerza de trabajo.

Esta situación entraña, por cierto, aspectos cualitativos importantes, tanto respecto al grado de calificación de la fuerza de trabajo, como a su distribución por sectores productivos. En los primeros interviene la estructura del sistema educativo y la naturaleza de los servicios de formación profesional, o sea que se establece un nexo entre el aspecto cuantitativo de la fuerza de trabajo y las ins-

tituciones educativas, y en consecuencia entre el incremento demográfico y la educación. En cuanto a la distribución de la fuerza de trabajo por sectores de la producción, interviene, además, la serie de factores determinantes del monto total de la inversión pública y privada y de su asignación por sectores en función de la demanda y de aspectos estructurales, o sea que aparece una obvia relación entre el aumento de la población y las decisiones sobre la distribución sectorial de la inversión de capital. Deben considerarse también aspectos de distribución regional de la fuerza de trabajo y de las oportunidades de empleo a través de programas específicos de inversión y producción.

Desde otro ángulo, la fuerza de trabajo remunerada constituye gran parte de la demanda global que sustenta el funcionamiento de la economía. El solo incremento de la población mexicana no constituye demanda efectiva, aun cuando pueda constituir demanda potencial en función de necesidades básicas; la población desempleada no ejerce demanda, o la ejerce muy débilmente por transferencia de ingresos vía subsidios públicos o provenientes de otros sectores. Es preciso que el incremento de la población se convierta en fuerza de trabajo remunerada, y no sólo eso sino que sea capaz de proveer a las necesidades familiares. A este respecto, la idea simple de que la existencia de una población muy numerosa o que crezca a una tasa muy elevada es un elemento muy favorable al desarrollo económico, confunde la necesidad con la demanda. Una población pequeña o de lento crecimiento, cuya productividad, por diversos motivos, sea alta —y por supuesto esta condición es determinante— puede conformar una situación mucho más favorable para un desarrollo sostenido. Se requiere, además, identificar otras condiciones, en particular las que determinan la distribución del ingreso, tanto factorial como por niveles de ingreso y aun regional. Esto equivale a relacionar el incremento de la población y de la fuerza de trabajo con el sistema institucional de la propiedad, la organización de la producción, la distribución sectorial de la actividad productiva, la política salarial y laboral, la política fiscal y otros muchos aspectos del desarrollo económico, para poder juzgar la ventaja o desventaja de que la tasa de incremento demográfico sea alta o baja. Sin que necesariamente pueda atribuirse la distribución desigual del ingreso que prevalece en México a las tendencias demográficas, no puede en cambio desconocerse la influencia de éstas, dadas ciertas otras condiciones.

Es objeto corriente de análisis el posible efecto de la llamada tasa de dependencia, o sea el número de personas inactivas que dependen de una activa, que en México es del orden de 2.5. Además de los factores que determinan la participación o no en la fuerza de trabajo, es evidente que esa relación depende también de la proporción de menores de 15 años, que en México es de 46 por ciento, en contraste con 20 a 30 por ciento en los países de alto índice de desarrollo. En este rejuvenecimiento, explicativo de las elevadas tasas de dependencia, interviene principalmente el descenso de la mortalidad en las edades jóvenes a que ya se ha hecho alusión. Además, la tasa de dependencia parece ser mayor entre los sectores rurales y urbanos de bajo ingreso que entre la clase media urbana. Se ha planteado la relación que existe entre dicha tasa y la capacidad de ahorro familiar,

lo que ha llevado a la conclusión de que en muchos países semejantes a México, a menor tasa de dependencia, mayor tasa de ahorro. Habría que examinar esta formulación con respecto a distintos sectores de la población. Muchos consideran, *a priori,* que en los estratos de más bajo ingreso, donde el ahorro familiar es nulo o escaso, un menor tamaño de la familia no necesariamente conduciría a mayor ahorro sino a un mejoramiento del consumo. Este no es, por cierto, un factor negativo, por cuanto dadas ciertas condiciones, el mayor consumo puede originar mayor empleo y mayor ingreso, aparte de otras ventajas en productividad y de carácter social. También se aduce que en la estructura del ahorro global, no es en México el ahorro familiar el que provee los recursos para la inversión productiva, sino el que se efectúa en forma de excedentes de las empresas productivas o del sector gobierno, de lo que se quiere deducir que no tiene importancia el tamaño de la familia y, en consecuencia, la tasa de dependencia. Sin embargo, el ahorro personal es importante a nivel familiar, independientemente de su significación global.

Otro aspecto de incidencia de la tasa de dependencia es el del propio ahorro del sector público. Esto resulta del excedente de ingresos corrientes sobre gastos corrientes, a nivel tanto nacional como estatal o municipal. Uno de los efectos de la mayor supervivencia de niños es crear mayor demanda, al menos potencial, de servicios educativos, de salud, sociales, y otros, lo que en un país de sistema impositivo débil significa, dentro de un marco determinado de prioridades sociales, destinar a los servicios correspondientes, no siempre eficaces ni productivos, recursos que de otra manera podrían quedar disponibles para financiar inversiones productivas, o bien otro tipo de inversiones sociales más estrechamente vinculadas a los procesos productivos. El contraargumento sería que el problema radica no en la elevada tasa de dependencia sino en la falta de una adecuada política fiscal. Probablemente ambos factores tengan importancia.

En la medida en que la elevada tasa de dependencia se explique en parte por las bajas tasas de participación de la población adulta —en particular las mujeres— en la producción de bienes y servicios, existe también una relación directa con la formación de ahorro, pues la mujer que trabaja aporta ingresos a la familia; pero existe también un nexo entre este proceso, el tamaño de la familia y la estructura por edades de ésta, pues la tasa de participación en la actividad económica de las mujeres de 25 años de edad en adelante es muy baja en México. Si se limitara oportunamente el tamaño de la familia, es posible que la proporción de mujeres mayores de 25 que intervinieran en la producción, y en consecuencia aportaran ingresos y facilitaran la formación de ahorro, sería mayor, siempre, por supuesto, que se cumplieran otras condiciones en cuanto al desarrollo económico. Una menor tasa de dependencia podría también tener efectos favorables en la productividad vía mejores condiciones de bienestar familiar, mejores oportunidades de educación para los miembros de la familia de menor edad, y de formación profesional para los que hubieran abandonado el sistema educativo.

No es común que se postule una relación entre la tasa de incremento demográfico y el monto y la composición de la inversión global. El problema se trata

generalmente a nivel agregado: una tasa determinada de aumento de la población requiere, dadas ciertas otras condiciones, un monto determinado de inversión adicional para mantener, o aumentar, según sea el caso, el nivel del ingreso por habitante. Sin embargo, es importante el impacto del incremento demográfico sobre la distribución de la inversión de acuerdo con prioridades sociales o económicas, sean nacionales o regionales. La productividad o rendimiento de distintos tipos de inversión pública o privada son distintos, y algunos destinos de la inversión, no siempre altamente productivos al menos directamente, están con frecuencia determinados por simple efecto del incremento demográfico —la inversión demográfica— o por factores como la migración entre áreas rurales y urbanas, etc. La inversión en edificios escolares, la introducción de agua y drenaje, la pavimentación y otros servicios urbanos, el transporte urbano, la vivienda y otros, quedan en esta categoría. Las carencias son siempre superiores a lo que es posible proveer, aun para hacer frente a la necesidad adicional anual o a la demanda efectiva; existe generalmente una enorme demanda o necesidad insatisfecha y acumulada de inversión social. En consecuencia, una menor tasa de incremento demográfico, y de dependencia, podría aliviar o modificar el programa de inversiones a corto y a mediano plazo, y por supuesto, mucho más, a plazo largo y haría posible destinar mayores recursos a inversiones del sector productivo.

Un aspecto de las relaciones entre población y desarrollo que apenas empieza a ser reconocido en México es el relativo al impacto de determinados montos de población y por lo tanto tasas de crecimiento sobre la disponibilidad de recursos naturales y sobre las condiciones del medio ambiente. Se trata en lo fundamental de un problema de muy largo plazo, sujeto a que se despejen muchas incógnitas tecnológicas, pero no por eso es un problema al que no deba darse atención desde ahora. Para un país de gran extensión territorial como el nuestro, pudiera parecer una cuestión menos urgente; pero, de nuevo, no debe verse en términos globales, sino en función de determinados recursos agrícolas, pesqueros, forestales, mineros, y del impacto sobre ellos, tanto de la demanda internacional como de la nacional, incluido el del incremento demográfico.

Todo lo anterior permite apreciar, aun cuando sea brevemente y en forma incompleta, la complejidad de las interrelaciones entre población y desarrollo. En las discusiones internacionales de los últimos años se ha abusado, como señalé al principio, de los planteamientos demasiado globales y simples, y en general se ha supuesto una causalidad unidireccional, de la población al desarrollo, en el sentido de que una menor tasa de incremento demográfico conduce automáticamente a un mayor ingreso por habitante y a un desarrollo económico más acelerado o mejor estructurado. Es evidente que sólo un análisis desagregado y que, además, tome en cuenta los efectos de distintos aspectos del crecimiento económico y del cambio de la estructura productiva y de la demanda sobre las variables demográficas, puede llevar a conclusiones de validez general, y es también evidente que la investigación empírica de las condiciones de cada país en lo particular será necesaria para estimar la aplicabilidad de cualquier teorización al caso concreto. Cualquier

acción o cambio que ocurra en relación con la población deberá juzgarse, además, a la luz de la política de desarrollo y de los objetivos de la misma, a efecto de que en ningún caso se aisle el fenómeno demográfico como causal o como objeto único de la acción, o como sustitutivo del conjunto de medidas que conforman una política de desarrollo.

Para que en México una política de población tenga sentido y pueda ser aceptada tanto a nivel técnico como político, se requiere el mayor conocimiento de la realidad que el anterior análisis implica. Sin embargo, esto no quiere decir que deba esperarse hasta contar con todos los estudios pertinentes. En términos generales, es una hipótesis válida la de que la muy elevada tasa de incremento de la población mexicana hace más difícil el proceso de desarrollo. Este de cualquier manera deberá intensificarse, pero si desde ahora se lograra reducir la tasa de incremento demográfico, la mayoría de los problemas del desarrollo encontraría soluciones menos agobiantes. Es decir, puede argumentarse *a priori* que hace falta formular una política de población, y en particular una que procure reducir la tasa de incremento de la población como un todo. Los argumentos económicos a favor de ella no son todavía contundentes, y en general los economistas no los aceptan. Pero hay además argumentos sociales, inclusive médicos y psicológicos, que pueden hacerse valer a favor de una limitación al tamaño de la familia, y no existe motivo alguno por qué éstos deban ser secundarios, puesto que en toda sociedad se formulan objetivos y prioridades sociales y no sólo económicos.

El problema a que se enfrenta hoy día un país como México, es que no existe mucha experiencia en otros países similares ni aun fuera de América Latina, respecto a los instrumentos de una política demográfica, estén o no coordinados en todos sus múltiples aspectos. Se reconoce ampliamente que la planificación familiar, que es una forma directa de actuar sobre los niveles de fecundidad, no constituye por sí misma una política de población aun cuando sea un instrumento potencialmente muy importante y, por ahora, prácticamente el único empleado para implementar dicha política. El análisis precedente pone de manifiesto que la acción que pueda ejercerse sobre la fecundidad depende de factores económicos y sociales generales o particulares, además de programas específicos como los de planificación familiar, y que deberá existir sin duda una relación definida entre variables económicas y sociales y las motivaciones a nivel familiar, aún para que tenga éxito un programa de planificación de la familia. La experiencia poco indica hasta ahora, en parte porque se ha estudiado insuficientemente el problema y en parte porque la planificación familiar misma no ha obedecido a objetivos económicos, sino a algunos de carácter social, prácticamente a nivel de la familia misma y no al de la sociedad en su conjunto o un sector de ella. Ahora que el gobierno de México, a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ha decidido llevar a cabo una política nacional de planificación familiar por medio de los servicios materno-infantiles —lo que es un buen comienzo— y coordinar con ellos los servicios privados de planificación familiar, es de esperar que se abra un debate más racional sobre política de población, a fin de

que, aun en el sentido restringido que pueda tener por el lado de la limitación de la fecundidad, sea un instrumento consciente y eficaz que permita encaminar los esfuerzos públicos y privados, con mayor éxito que hasta ahora, hacia los objetivos de desarrollo y bienestar generalizados que todos deseamos.

III SOBREPOBLACION Y SALUD

BLANCA RAQUEL ORDÓÑEZ *

Es un hecho que la fecundidad de América Latina es de las más elevadas en el mundo; empero, existen variaciones de país a país. Así para 1968, de 16 países americanos que aportaron datos a la Organización Panamericana de la Salud,[1] el índice de fertilidad osciló entre 83.1 nacidos vivos en 1 000 mujeres de 15 a 44 años, que es el índice de Canadá y 214.7 por mil en México, país que en ese año exhibió la fecundidad más elevada de todos los que cuentan con datos confiables (cuadro 1).

El índice nacional señalado, que ha permanecido más o menos constante en los últimos años, muestra que una de cada cinco mujeres mexicanas de 15 a 44 años de edad, tiene un hijo nacido vivo al año. Este hecho tiene algunas implicaciones directas e indirectas en la salud de la madre y aun en la del niño, como se analizará más adelante.

Al relacionar la salud materna, de tanta trascendencia nacional, ya que de la madre depende la unidad familiar y en muchas ocasiones el sostén económico, con la elevada fecundidad, es conveniente abordar dos problemas fundamentales; por una parte el alto riesgo al que la mujer está expuesta cuando tiene un hijo nacido vivo y por otra, el muy particular problema del aborto.

Cuadro 1 Tasas de fecundidad por 1 000 mujeres de 15 a 44 años de edad por países, 1968.

PAIS	TASA DE FECUNDIDAD POR 1,000
MEXICO	214.7
VENEZUELA	214.3
GUATEMALA	213.1
NICARAGUA	213.0
EL SALVADOR	211.1
CUBA	135.3
TRINIDAD Y TOBAGO	132.6
CHILE	128.9
BARBADOS	100.5
CANADA	83.1

(Fuente: *Condiciones de salud de las Américas. O.S.P. Sept. 1970.*)

* Académico numerario. Departamento de Medicina Preventiva, Instituto Mexicano del Seguro Social.

El riesgo de muerte por complicaciones del embarazo, parto y puerperio varía de un país a otro. Como se aprecia en el cuadro 2 México ha disminuido notablemente su mortalidad materna; sin embargo, dentro de los 42 países de diferentes partes del mundo que comunicaron datos a la Organización Mundial de la Salud, nuestro país ocupó el cuarto lugar en el año de 1966, con un coeficiente 15 veces superior al que mostraba Suecia,[2] país con la mortalidad materna más baja del mundo (11.3 por 100 000 nacidos vivos). Esto indica que mientras una de cada 700 mujeres que tienen un hijo nacido vivo muere en México, en aquel país escandinavo fallece una de cada 9 000 (cuadro 3).

Esta diferencia indudablemente está originada por muy diversos y complejos factores socioeconómicos y culturales, siendo quizá de los más importantes la calidad de la atención médica que se pres-

Cuadro 2 Países con la mortalidad materna más elevada,* 1966.

PAIS	COEF.%0000 NACIDOS VIVOS
CHILE	271.8
COLOMBIA	240.3
GUATEMALA	204.5
MEXICO	151.8
PANAMA	147.8
TRINIDAD Y TOBAGO	129.7
EL SALVADOR	121.1
VENEZUELA	117.4
COSTA RICA	110.3
ISLA MAURICIO	108.1

* De 42 países que reportaron datos.
(World Health Vital Statistics. W.H.O., 1969.)

Cuadro 3 Proporción de muertes por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, en algunos países, 1966.

PAISES	MUERTES MATERNAS EN RELACION A NACIDOS VIVOS
CHILE	1 POR 367
COLOMBIA	1 POR 416
MEXICO	1 POR 658
JAPON	1 POR 1075
E.U.A.	1 POR 3436
SUECIA	1 POR 8849

(Fuente: *World Health Statistics Report. W.H.O., 1969.*)

te y el número de ocasiones que la población femenina se somete al riesgo.

Por lo que se refiere a la atención médica del embarazo, parto y puerperio, es sabido que los recursos para hacerla llegar a la población femenina son muy escasos en nuestro país, especialmente en el medio rural. Esta situación se ve agravada por factores culturales; así, aunque la población tenga a su alcance estos recursos médicos, no hace uso de ellos o bien los utiliza parcialmente. Esto se aprecia a través de la elevada proporción de partos atendidos domiciliariamente por empíricas carentes de toda preparación; y también por la proporción todavía mayor de mujeres sin vigilancia periódica de su embarazo.

Además de la indudable intervención del factor atención médica en la elevada mortalidad materna, habría que analizar la influencia que pudiera tener la multi-

Cuadro 4 Mortalidad materna por edad y paridad en 348 393 nacidos vivos, 1951-1961

POBLACION MATERNA		COEF. 0/000n.v.
EDAD	EMBARAZOS	
MENOS DE 20	TOTAL	5.1
	PRIMERO	4.4
	1 A 3	5.2
	4 Y MAS	—
20 A 29	TOTAL	6.6
	PRIMERO	4.1
	1 A 3	5.4
	4 Y MAS	13.2
30 A 39	TOTAL	13.8
	PRIMERO	12.2
	1 A 3	11.5
	4 Y MAS	17.8
40 Y MAS	TOTAL	34.3
	PRIMERO	61.4
	1 A 3	20.0
	4 Y MAS	44.1

(Fuente: *Jaffe, F. y Polgar, S. de Obstetrical Statistical Cooperative. "Medical Indications for Fertility Control."*)

paridad por sí misma y además el embarazo en edad avanzada en nuestro país.

Se sabe que ambos hechos, multiparidad y embarazo en edad avanzada, aumentan la mortalidad materna.[3] Entre muchos otros estudios sobre el particular, está el coordinado por Jaffe y Polgar,[4] en el que se analizan datos obtenidos de 1951 a 1961 (cuadro 4). Se observa que a mayor edad es más alta la mortalidad materna; pero independientemente de ello, se nota que a mayor paridad es más elevado el índice de decesos dentro de cada grupo etario. Sólo en el grupo de 40 años y más, la mortalidad de la primigesta es la mayor, lo que también es un hecho bien conocido.

Se insiste, entre otros por Sir Dugald Baird,[5] que especialmente la muerte por hemorragia pre o postparto parece ser la causa más importante de muerte en la multípara de condiciones socioeconómicas bajas; y, como es sabido precisamente en nuestro país, la hemorragia es la causa más frecuente de óbito materno. En el cuadro 5 se muestra la mortalidad por embarazo, parto y puerperio por 100 000 mujeres de 15 a 44 años de edad, en varios países (obsérvese que este dato no está calculado sobre nacidos vivos). En ella se aprecia que México tiene la tasa

Cuadro 5 Mortalidad por complicaciones del embarazo, parto y puerperio por 100 000 mujeres de 15 a 45 años de edad, en 1968, en varios países.

CAUSAS	ESTADOS UNIDOS	MEXICO	EL SALVADOR	CHILE	PANAMA	VENEZUELA	REP. DOMINICANA	BARBADOS
TOXEMIAS	0.1	0.2	0.4	1.4	1.3	1.9	2.5	0.7
HEMORRAGIAS	0.1	3.2	0.9	1.6	1.9	2.0	3.1	0.7
ABORTO	0.1	0.7	0.9	4.8	0.9	1.6	0.3	2.9
INFECCION	0.2	1.2	0.5	1.3	0.6	1.2	0.7	1.4
OTRAS COMPLICACIONES O SIN MENCION	0.3	6.8	6.2	0.0	5.8	1.5	2.9	5.1
TOTAL	0.8	12.1	8.9	12.1	10.5	8.2	9.5	10.3

(Fuente: *8a. Reunión Clasif. Internal. de Enfs. World Health Vital Statistics. W.H.O., 1971.*)

más elevada de muerte por hemorragia del embarazo, parto y puerperio.[6] Es interesante resaltar, además, que si se calcula la mortalidad por complicaciones del embarazo, parto y puerperio de todo tipo, en relación con mujeres de 15 a 44 años y no en base a nacidos vivos, México tiene el mismo índice de mortalidad que Chile, y ambos están en el primer lugar por este alto coeficiente.

Pero existe otro problema más, tanto médico como social, que interesa particularmente: el aborto inducido. Se sabe que una gran proporción de mujeres, a los 32 años de edad han completado su ideal familiar; muchas de ellas se resignan a tener, durante los 15 años restantes de su vida sexual, el número de hijos que lleguen a procrear, pero muchas otras recurren al aborto inducido para controlar el número de personas de que deba constar su familia.

Es conocido, no sólo en México sino en América Latina, que la mayoría de mujeres que se inducen abortos, se caracterizan por tener gran número de hijos, recursos económicos bajos, son casadas o tienen una unión más o menos estable. Además, su baja instrucción les impide prever, por lo que se ven obligadas a solucionar su problema con el aborto, método que por ser conocido desde la antigüedad es popular, infortunadamente está al alcance de todas las clases sociales y no se le teme, a pesar de que eventualmente se perciben sus consecuencias. Estas características socioeconómicas de la población: ingresos reducidos e incultura, ocasionan que las condiciones en las que comúnmente se practican los abortos sean deplorables, por lo que frecuentemente se complican y no en pocas ocasiones conducen a la muerte.

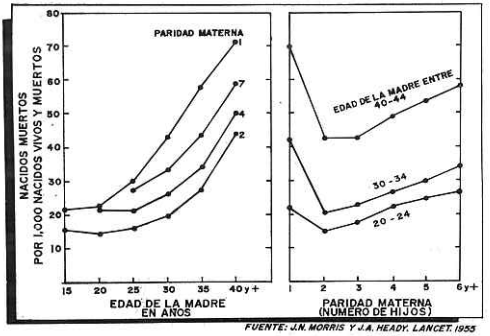
Cuadro 6 Investigación epidemiológica del aborto en el Distrito Federal, 1967-1968.

POBLACION FEMENINA ADULTA DE 16 A 49 AÑOS	NUMERO	PROPORCION
TOTAL	1,753	100.0%
CON VIDA SEXUAL ACTIVA	1,382	78.8%
CON UNO O MAS EMBARAZOS	1,342	76.7%
CON UNO O MAS ABORTOS	468†	26.7%

(Fuente: *Alvarez Alva, R. y Ordóñez, B. R. II Congreso de la Academia Nacional de Medicina, 1969.*)

El número de camas de nosocomios ocupadas por aborto complicado da testimonio de este problema. La proporción varía y así, por lo que se refiere al Instituto Mexicano del Seguro Social, se señala que 4 por ciento de la población femenina de 15 a 44 años de edad, derechohabiente del Instituto en el Distrito Federal, acude cada año a un hospital de gineco-obstetricia por aborto complicado.

La magnitud real del problema del aborto la proporcionan las encuestas realizadas en población general y no las estadísticas de hospitales. En el año de 1968, llevamos a cabo uno de estos estudios en el I.M.S.S. Para ello se entrevistó en su propio domicilio a una muestra de 1 753 mujeres, representativa de la población femenina de 16 a 49 años, amparada por el instituto en el Distrito Federal. Los resultados fueron presentados ante el Segundo Congreso de esta Academia Nacional de Medicina en 1969, señalándose que había tenido uno o más abortos, inducidos o espontáneos, el 26.7 por ciento de la población total de 15 a 49 años entrevistada, o sea 34.9 por



1 Variación del coeficiente de nacidos muertos, según edad de la madre y su paridad entre 8 millones de nacimientos legítimos.

ciento de la población que se había embarazado cuando menos una vez (cuadro 6). Estos datos se tomaron por declaración, por lo que muy probablemente las cifras presentadas sean inferiores a las reales.

Con el objeto de resumir no se abordará aquí otro tipo de problema de salud de la madre, que pudiera estar relacionado con su elevada fecundidad, como es la mortalidad relativamente alta, en comparación con otros países, por diabetes, hipertensión arterial y accidentes cerebrovasculares, en mujeres jóvenes.

En su lugar, se revisarán someramente algunos problemas de salud de la población infantil, en relación con la elevada fertilidad de sus madres.

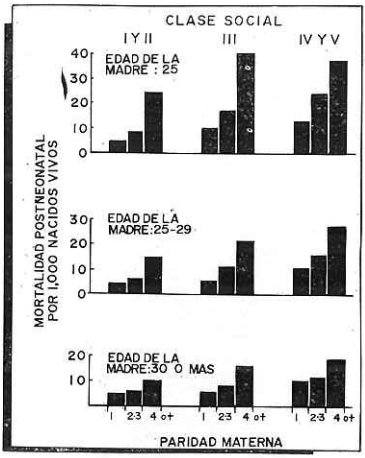
Existen numerosos estudios que abordan este tema. Quizá Yerushalmy sea el que más lo ha investigado; [7] además cabría citar los trabajos de Butler y Bonhem [8] sobre la investigación británica de la mortalidad perinatal, los de Russell,[9] Heady y Morris,[10, 11] Douglas [12] y Wallace,[13] entre otros.

Brevemente se revisarán algunos de ellos, según la edad de los grupos de niños estudiados. Morris demostró en 8 000 000 de nacimientos legítimos, que tanto la edad de la madre como su paridad influían en la frecuencia de los nacidos muertos (fig. 1). Se puede apreciar en ambas gráficas, que independientemente de la paridad, los nacidos muertos aumentan con la edad materna. Además, independientemente de la edad de las madres, el índice de nacidos muertos es mayor en la primípara, baja notablemente en el segundo parto y vuelve a ascender,

Cuadro 7 Mortalidad neonatal según orden de nacimiento y edad de la madre, E.U.A., 1950.

ORDEN DE NACIMIENTO	EDAD DE LA MADRE					
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
PRIMER HIJO	21.2	16.6	17.3	24.1	28.7	30.9
SEGUNDO	28.1	18.2	14.3	16.1	20.3	25.3
TERCERO	35.3	22.0	17.7	16.9	19.8	26.4
CUARTO	45.2	24.9	19.6	18.8	21.5	23.6
QUINTO y MAS	68.8	35.8	25.5	25.5	26.1	28.0

(Fuente: *Wallace H. Clinical Obstetrics and Gynecology. Vol. 13, 1970.*)



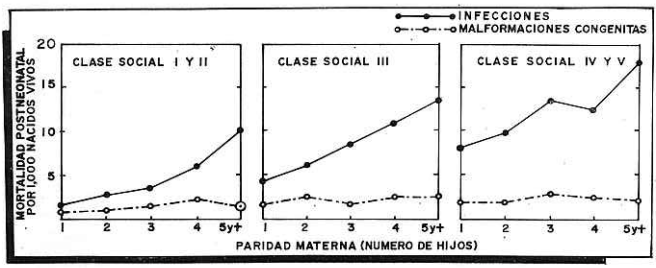
2 Variaciones de la mortalidad postneonatal, con la edad y paridad de la madre y clase social del padre. Inglaterra y Gales 1949-1950. (Fuente: *Heady, J. A. Lancet 1955.*)

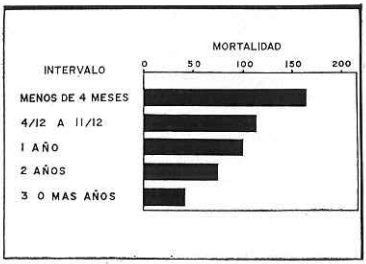
siendo a partir de entonces más alto a mayor paridad.

Por lo que se refiere a la mortalidad infantil, se podría analizar por separado la neonatal y la postneonatal o residual. Wallace (cuadro 7) señala que de los 15 a los 34 años de edad de las madres, la mortalidad neonatal es mayor conforme aumenta el orden del nacimiento del producto. Después de los 35 años, la más alta mortalidad se tiene en el primer hijo, pero así mismo es elevada cuando el niño ocupa del quinto lugar en adelante entre sus hermanos.

En cuanto a la mortalidad postneonatal o sea la del niño de uno a once meses de edad, deben tomarse en cuenta, además de la paridad y la edad de la madre, las condiciones socioeconómicas de la familia, ya que éstas indudablemente influyen. Es frecuente que se correlacione la mortalidad infantil con el número de embarazos de la madre, sin considerar otras variables; pero como comúnmente la mayor paridad se tiene en personas de más edad y en los estratos socioeconómicos más bajos, pudieran estarse evaluando ambos factores y no precsiamente la paridad. Es por eso que en lo particular nos satisfacen los estudios de Heady, en los que hace un correcto análisis de estos factores (fig. 2). Véase cómo a menor edad de la madre, es mayor la mortalidad postneonatal. También entre más bajo es el nivel socioeconómico, es más alta esta

3 Variación de la mortalidad postneonatal, según paridad y clase social por infecciones y malformaciones congénitas en niños legítimos nacidos en Inglaterra y Gales en 1949. (Fuente: *Morris, J. N.y Heady, J. A. Lancet. 1955.*)





4 Variación de la mortalidad en niños de 1 a 4 años de edad según el intervalo entre embarazos. (Fuente: *Yerushalmy, J. Am. Jour. of Obstet. & Gyn. 1956.*)

5 Incremento de población y producción de alimentos *per capita* en el mundo. (Fuente: *International Planned Parenthood Federation.*)

mortalidad (las clases IV y V son las más pobres y las agrupadas como I y II las más acomodadas). Pero en cada grupo de edad y dentro de cada clase socioeconómica, se observa claramente mayor mortalidad a mayor paridad.

En la figura 3 se analizan dos de las causas de mortalidad postneonatal: las infecciones y las malformaciones congénitas. Mientras que en estas últimas no influyen ni las condiciones socioeconómicas ni, de hecho, la paridad, en aquéllas se ve una definitiva correlación. Indiscutiblemente a mayor pobreza, mayor mortalidad por infecciones; pero aún en las clases más acomodadas a mayor paridad, más alta mortalidad de niños de uno a once meses de edad, por esta causa.

Por lo que se refiere al niño preescolar, el fenómeno se registra en forma semejante. Yerushalmy, entre sus múltiples estudios,[14] muestra uno en el que relaciona la mortalidad de niños de 1 a 4 años de edad, con el intervalo entre su naci-

Cuadro 8 Tamaño de la familia y malnutrición de los hijos según edad y condición de alfabetismo de la madre.

CARACTERISTICA		No. DE HIJOS EN CADA CATEGORIA	PORCENTAJE DE NIÑOS MALNUTRIDOS
MADRES MAYORES DE 30 AÑOS	5 HIJOS O MENOS	71	35.2
	6 HIJOS O MAS	121	48.7
MADRES ANALFABETAS	5 HIJOS O MENOS	235	46.8
	6 HIJOS O MAS	71	52.1

(Fuente: *Wray Joe National Academy of Sciences John Hopkins Press, 1971.*)

miento y el del hijo inmediato anterior. Encontró este autor que conforme mayor era el intervalo entre uno y otro hijo fue menor la mortalidad (fig. 4).

Particularmente en este grupo de edad, se ha estudiado el problema de la desnutrición de los niños y la paridad de sus madres. Entre los datos que se han publicado están los de Wray,[15] los de Rueda de Colombia,[16] los de la encuesta nacional de la alimentación de la Gran Bretaña [17] y otros más. En el estudio de Wray (cuadro 8) se observa que a una misma edad de la madre, se encontró un porcentaje mayor de desnutrición entre las familias con mayor número de hijos. Así mismo, en grupos cuya madre tenía muy bajo nivel socioeconómico y cultural, medido por su analfabetismo, también se observó mayor desnutrición mientras mayor era el número de hijos de esas familias. Independientemente de la paridad, se aprecia que más que la edad de la madre, influye el nivel económico y cultural de la misma.

La desnutrición de la niñez es un problema mundial, acentuado por la mala distribución de las riquezas y por la sobrepoblación. Hasta el año 1957 la producción *per capita* de alimentos y el crecimiento de población mostraban una correlación positiva; pero a partir de entonces, hay una disparidad y ésta es cada vez mayor entre ambas (fig. 5). Según datos de la FAO, de 1958 a 1969 se redujo considerablemente la producción agrícola *per capita* en América Latina; particularmente en México, esa reducción de la producción agrícola fue de 10 por ciento en el periodo señalado.

Todos estos hechos justifican ampliamente los programas de planificación familiar, los que unidos a otras acciones gubernamentales tendientes a elevar el nivel de vida de la población, seguramente contribuirán a la reducción paulatina de los problemas de salud mencionados.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud: *Las condiciones de salud de las Américas.* Publicación Científica No. 207, 1970.
2. World Health Statistics Report: *Maternal mortality.* Ginebra, World Health Organization. *22,* 1969.
3. I.P.P.F.: *Relationship between family planning and maternal and child health. A background paper prepared for the United Nations Commission on the Status of Woman.* 1969.
4. Jaffe, F., y Polgar, S.: *Medical indications for fertility control.* I.P.P.F.
5. Baird, D.: *Textbook of obstetrics and gynaecology for students and practitioners.* 7a. ed. Londres, E. S. Livingstone Ltd. 1962.
6. World Health Statistics Annual: *Vital statistics and causes of death.* Ginebra, World Health Organization, 1971.
7. Yerushalmy, J.: *Relation of birth weight, gestational age and the rate of intrauterine growth to perinatal mortality.* Clin. Obstet. Gynec. *13*:1, 1970.
8. Butler, N., y Bonham, D.: *Perinatal mortality. The first report of the 1958 British Perinatal Mortality Survey.* Londres, E. S. Livingstone Ltd., 1963.
9. Russell, J.; Fairweather, D., y Millar, D.: *Maternity in Newcastle-Upon-Tyne. A community study.* Lancet *1,* 1963.
10. Heady, J., y Morris, J.: *Variations of mortality with mother's age and parity.* J. Obst. Gynaec. Br. Commonw. *66,* 1959.
11. Morris, J., y Heady, J.: *Social and biological factors in infant mortality. I. Objects and methods.* Lancet *1,* 1955.
12. Douglas, J., y Simpson, H.: *Height in relation to puberty, family size and social class. A longitudinal study.* Milbank Men. Fund. Quart. *40,* 1964.
13. Wallace, H.: *Factors associated with perinatal mortality and morbidity.* Clin. Obstet. Gynec. *13,* 1970.
14. Yerushalmy, J.: *Longitudinal studies of pregnancy on the island of Kuwai. I. Analysis of previous reproductive history.* Amer. J. Obstet. Gynec. *71,* 1956.

15. Wray, J.: *Population pressure on families: family size and child spacing.* En: U. S. National Academy of Sciences. *Rapid population growth: consequences and policy implications.* Baltimore, Johns Hopkins Press. Vol. 2, 1971.

16. Rueda, W.: *The family as a social unit. The effect of family size on growth and development of the child.* Proc. of the Eighth International Conference of the I.P.P.F. Chile, 1967.

17. Hubble, D.: *Physical hazards of uncontrolled fertility for the child.* Proc. of the 5th. Conference of I.P.P.F. Copenhague, 1966.

IV METODOS DE REGULACION DE LA FECUNDIDAD

CARLOS GUAL *

Entre los conocimientos que más han interesado al hombre a través de los años, ocupan lugar destacado aquellos que se relacionan con el fenómeno de su propia reproducción y de los efectos que ésta tiene sobre los individuos y la sociedad. La historia de la civilización nos ha enseñado que la necesidad de adquirir nuevos conocimientos no siempre ha sido debidamente reconocida por la sociedad. La resistencia a los descubrimientos se hace más notable cuando éstos alteran profundamente los términos en los cuales el hombre formula y entiende su vida y su destino. Aún la descripción de su localización física en el tiempo y en el espacio ha sido aceptada sólo después de arduas luchas y grandes controversias.

Por siglos la humanidad ha recurrido a múltiples procedimientos para evitar el embarazo. Por lo general éstos han consistido en el empleo de medidas que, por una u otra forma, impiden que el esperma responsable de la fecundación, se ponga en contacto con el óvulo en el aparato reproductor de la mujer. Hoy en día todavía se utilizan con gran frecuencia, ciertos métodos llamados tradicionales, que incluyen el uso de preservativos, diafragmas vaginales, sustancias espermicidas e inclusive el método del ritmo o abstinencia periódica.

Es precisamente el ritmo el primer método de regulación de la fecundidad, basado en el conocimiento científico contemporáneo sobre el proceso de ovulación de la mujer. Aun cuando en la práctica, la abstinencia periódica deja mucho que desear como un procedimiento eficaz de regulación de la fecundidad, es indudable que sentó las bases para el desarrollo de los más modernos y eficientes métodos anticonceptivos que tienen como finalidad principal inhibir la ovulación. Estos conceptos iniciaron la era de la anticoncepción hormonal y con ella la búsqueda de medios para regular la fecundidad interfiriendo en diferentes niveles del sistema reproductor.

A los métodos anteriormente citados, hay que agregar los procedimientos fisiológicos asociados a hechos de observación y de costumbres de ciertos núcleos de población. Entre éstos se encuentra el *coitus interruptus,* los lavados vaginales postcoito y la lactancia prolongada, que es una

* Académico numerario. Instituto Nacional de la Nutrición.

de las formas tradicionales de regulación de la fecundidad en nuestro medio. Otros procedimientos de extraordinaria eficacia y cuyo empleo cada vez se hace más frecuente, son aquellos que comprenden los modernos artefactos o dispositivos intrauterinos o bien los de esterilización tanto en el hombre como en la mujer. Aun cuando la esterilización se considera como método permanente, es posible vislumbrar el diseño, en el futuro, de procedimientos de esterilización reversibles.

Antes de iniciar el análisis de las características de los principales métodos anticonceptivos en uso, o bien de aquellos que se encuentran en fase de experimentación o de desarrollo, es conveniente establecer las características más deseables en los métodos de control de la fecundidad y sobre todo el conocer los factores psicosociales que determinan su aceptabilidad.

A pesar de que el desarrollo de métodos anovulatorios hormonales o de artefactos intrauterinos, representó un progreso importante en la tecnología anticonceptiva, éstos todavía están lejos de ser una solución perfecta para el problema del control de la fecundidad. En términos generales, se acepta que idealmente los métodos anticonceptivos deben ser confiables, aceptables, sencillos y baratos, fáciles de obtener, de mantener y usar; que carezcan de efectos perjudiciales, que sean independientes del acto sexual, que no afecten el deseo sexual y que sus efectos sean reversibles para que al suspenderlos, se esté en posibilidad de lograr un nuevo embarazo. Entre las características de cualquier método que se seleccione para el control de la fecundidad, son de particular importancia, la aceptabilidad de éste y que no se requiera de una persistente motivación en las personas que lo utilizan. Es necesario también tomar en consideración las diferentes etapas en el proceso del crecimiento de la familia, lo cual hace variar las características de los anticonceptivos indicados en cada una de ellas.[1] Es así como se pueden considerar cuatro etapas principales: *a*) la anterior al matrimonio; *b*) la matrimonial que precede al nacimiento del primer hijo; *c*) la que sigue a éste, pero es anterior al nacimiento del último hijo deseado, y *d*) la que se presenta cuando el último hijo deseado ya ha nacido. Es evidente que en el primer caso, la mujer que antes del matrimonio tiene relaciones sexuales irregulares y poco frecuentes, desea un método altamente eficiente, que dependa del coito o que se pueda usar después de éste. Por el contrario, en el periodo comprendido entre el nacimiento del primer hijo y el último hijo deseado, que es cuando los matrimonios acostumbran espaciar los nacimientos, la pareja está dispuesta a utilizar métodos menos eficientes, siempre y cuando sean reversibles, requieran poca motivación o tengan menos efectos secundarios. Finalmente, cuando ya se ha tenido el último hijo deseado, es muy importante el evitar un nuevo embarazo. Para esta última situación es necesario el desarrollo de métodos de gran efectividad durante periodos prolongados, que no requieran una motivación continua y que eventualmente sean reversibles. En el momento actual, ninguno de los métodos en uso llena estos requerimientos y sólo los métodos de esterilización reversible por procedimientos sencillos y de fácil ejecución, podrían dar una respuesta aceptable para la planificación de la familia en este importante periodo de la vida matrimonial.

Otro aspecto importante en cuanto a la necesidad de disponer de diferentes métodos anticonceptivos, teóricamente inobjetable, está relacionado con las actitudes o relaciones marido-mujer. Investigaciones psicosociales sobre el uso de métodos anticonceptivos efectuados en nuestro Instituto, en colaboración con el Instituto Mexicano de Estudios Sociales,[2] han permitido establecer que en un sector importante de nuestra población, constituido por parejas de bajos recursos y un nivel reducido de instrucción, la regulación de la fecundidad se adopta como un medio extremo de evitar males mayores, y no dentro del contexto de planificación familiar consciente. En estos casos, la participación del esposo suele ser marginal y la decisión es tomada prácticamente sólo por la mujer, muchas veces con un sentido reivindicativo frente a un tipo de agresión sexual masculina, aceptado incluso en el modelo tradicional del machismo. Por éste y otros muchos motivos, en nuestro país y en la mayor parte de los países del mundo, se han desarrollado métodos para uso exclusivo en la mujer. Esto no quiere decir que no exista métodos anticonceptivos masculinos o que ya no se requiera la búsqueda de mejores métodos que permitan regular la capacidad de fecundación en el hombre.

Por limitaciones de espacio, no es posible hacer una revisión completa de todos los métodos anticonceptivos actualmente en uso o en fase de desarrollo experimental y es por esto que estos comentarios se limitan a los compuestos hormonales inhibidores de la ovulación y a los artefactos intrauterinos. Además, se hará una enumeración somera de todos aquellos métodos que en forma prospectiva pueden ocupar un lugar prominente en el arsenal terapéutico anticonceptivo y de aquellos que actualmente se encuentran en fases iniciales de evaluación clínica.

Anticonceptivos bucales

Durante muchos años la anticoncepción bucal ha representado una forma muy práctica de regulación de la fecundidad. A partir de 1956, en que Rock y Pincus iniciaron los primeros trabajos clínicos con esta terapéutica, numerosas investigaciones han confirmado, sin lugar a duda, que éste es uno de los procedimientos de mayor efectividad para lograr un adecuado control de la fecundidad. México es uno de los países en donde mayor número de productos existen para su venta al público (en número aproximado de 40). Esta terapéutica se prescribe en dos formas: la primera ha sido denominada como terapéutica combinada y consiste en la administración, entre el quinto y vigésimo quinto día del ciclo, de 20 a 21 tabletas que contienen una combinación de un progestágeno sintético y un estrógeno. La otra forma es la de la terapéutica secuencial, en la que se toman 15 tabletas a partir del quinto día de la iniciación del sangrado menstrual, las que contienen exclusivamente un estrógeno sintético y posteriormente, durante cinco días más, tabletas con la mezcla del estrógeno y progestágeno. Por lo general las tabletas o píldoras de cualquiera de estas dos formas de terapéutica contienen etini-estradiol o mestranol en cantidades que oscilan entre 50 y 150 microgramos y un progestágeno, generalmente derivado del 19-nor-androstano o de la 17-acetoxi-progesterona, en cantidades variables entre 0.5 y 2.0 miligramos.

Con esta terapéutica, la tasa de eficiencia se ha encontrado entre 0.1 y 0.5 em-

barazos por 100 mujeres en un año. Los efectos secundarios son de poca significación y no constituyen contraindicación alguna para esta terapéutica; cuando se presentan, consisten en náuseas y vómitos, hemorragia intermenstrual o goteo, aumento de peso, turgencia de los senos, cefalalgia, mareo y cloasma. Se ha descrito ocasionalmente ictericia, así como disminución en la tolerancia a los hidratos de carbono. Hasta la fecha, con esta terapéutica no se ha podido establecer ningún efecto carcinógeno; sin embargo, la presencia de estrógenos en las tabletas ha sido tomada por algunos investigadores como una posible contraindicación para su uso prolongado. Independientemente de los efectos antes mencionados se ha demostrado, sin lugar a duda, que la ingestión prolongada de estas hormonas aumenta la frecuencia de enfermedades tromboembólicas. Otro de los efectos ocasionales observados es el de amenorrea prolongada, posiblemente asociada a trastornos hipotalámicos. A pesar de estos efectos secundarios, la terapéutica bucal anticonceptiva sigue constituyendo uno de los métodos más eficientes y sencillos con que se logra un control adecuado de la fecundidad y es muy superior a los métodos tradicionales antes mencionados.

Artefactos o dispositivos intrauterinos

A pesar de que desde el siglo XIX se utilizan distintos tipos de artefactos intrauterinos, no fue sino hasta 1928 en que Grafenberg publicó su experiencia con un anillo de alambre de plata que se introducía en la cavidad uterina. Sin embargo, la generalización y aceptación de estos artefactos como métodos de regulación de la fecundación, se inició hasta el decenio de 1960, cuando fue posible emplear en su fabricación materiales plásticos inertes que pueden permanecer por tiempo prolongado en la cavidad uterina.

Hasta la fecha, se ha diseñado una gran variedad de dispositivos y entre éstos el dispositivo de Lippes ha sido de los más utilizados.[4] La efectividad de este método es ligeramente inferior a la de los anticonceptivos bucales, pero aún así tiene una tasa de embarazos en el orden de 1.5 a 3.0 por 100 años mujer. Aun cuando su mecanismo de acción no se conoce a ciencia cierta, se ha sugerido que interfiere con la motilidad de los espermatozoides, con la fecundación del óvulo, con su transporte por las trompas o bien con la implantación en el útero del huevo ya fecundado.

Una segunda generación de dispositivos intrauterinos, todavía en fase de experimentación clínica inicial, la constituyen los dispositivos en T o en 7, a los cuales se ha incorporado una pequeña cantidad de cobre enrollado en el brazo vertical o bien los dispositivos de *Silastic* que liberan gradualmente en la luz uterina, pequeñas cantidades de un agente hormonal que actúa localmente impidiendo la fecundación o la implantación del huevo fecundado.

A pesar de que el uso de estos últimos modelos experimentales ha disminuido notablemente los efectos secundarios, éstos no han desaparecido totalmente y todavía se observan los habituales como hemorragias, manchado, calambres, dolor, enfermedad pélvica inflamatoria, perforación uterina y expulsión.

Las ventajas de estos métodos consisten en que no necesitan una motivación prolongada, ya que su empleo sólo requiere de una decisión y una acción. Estos procedimientos han sido de los más útiles

para programas de planificación familiar, cuando éstos se extienden a grandes sectores de la población. Debido a que los métodos antes descritos no solucionan satisfactoriamente todos los casos que requieren una adecuada regulación de la fecundidad, los investigadores han puesto gran interés en el desarrollo de nuevos y mejores métodos anticonceptivos. De estos procedimientos algunos son de uso femenino y otros de uso masculino. Entre los primeros se encuentran la píldora anovulatoria mensual, las inyecciones anovulatorias mensuales o de tiempo más prolongado, los progestágenos continuos a dosis bajas introducidos en todo el mundo y ampliamente experimentados en nuestro país por Martínez-Manautou y colaboradores,[5] la administración de progestágenos por medio de dispositivos vaginales mensuales, los dispositivos intrauterinos con liberación lenta de progestágenos, agentes luteolíticos bucales o parenterales, como los progestágenos en grandes dosis y las prostaglandinas, la oclusión reversible de las trompas y los procedimientos de inmunización con antígenos espermáticos. Aunque la mayor parte de estos procedimientos ya se emplean desde hace varios años en el humano, algunos de ellos todavía están en la fase de experimentación clínica o animal. En cuanto a los métodos anticonceptivos que se investigan en el hombre, se encuentran los procedimientos de esterilización, ya sea por ligadura o por oclusión química de los vasos deferentes, que en un momento dado pueden ser reversibles; o bien el empleo de sustancias químicas u hormonales que ocasionan una inhibición temporal o definitiva de la espermatogénesis. Como se ve, la disponibilidad de métodos anticonceptivos "ideales" todavía se encuentra muy lejana y es por esto que deben hacerse grandes esfuerzos para estimular la investigación biomédica, que permitirá el desarrollo de los nuevos métodos tan necesarios para la regulación eficiente de la fecundidad.

REFERENCIAS

1. Potter, R. G.: *Un programa de planificación familiar en el que se ofrece un solo método es inadecuado.* Estudios de planificación familiar 6:1, 1971.
2. Gual, C.; Leñero-Otero, L.; Elu de Leñero, M. C.; Romero-Aguilar, L., y Zetina-Lozano, G.: *Mujeres que hablan. Implicaciones psicosociales en el uso de métodos anticonceptivos.* Elu de Leñero, M. C. (Ed.). México, Impresora Galve, S. A. 1971.
3. Segal, S. J., y Tietze, C.: *Contraceptive technology current and prospective methods. Reports on population/family planning.* 1971, p. 1.
4. Tatum, H. J.: *Intrauterine contraception.* Amer. J. Obstet. Gynec. *112*:1000, 1972.
5. Martínez-Manautou, J.: *Contraceptive steroids: low level progestogens.* En: *Control of human fertility.* Diczfaluzy, E. y Borell, U. (Eds.). Nueva York, John Wiley and Sons Inc. 1971. p. 53.

V EL MEDICO Y LA PLANIFICACION FAMILIAR

ALFONSO ALVAREZ-BRAVO *

* Académico numerario. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Hospital Español de México.

Vivimos un mundo intensa y rápidamente cambiante. Diversos factores, entre ellos el sorprendente progreso tecnológico del

presente siglo, han acarreado cambios importantes para la humanidad, en los conceptos y en las actitudes. No hay duda de que nuestro mundo está en controversia y que el resultado inminente de ella será un orbe totalmente transformado.

La actitud reformista que se ha extendido ya a todo el universo con paso firme, recaerá de modo especial en nuestros países —los del tercer mundo— donde existen circunstancias sociales y económicas cuyo comportamiento difiere de lo que acaece en los países desarrollados de la Tierra.

En las inquietudes que agitan actualmente a nuestro mundo se advierte un definido interés por un futuro mejor, un interés en el hombre mismo basado en cuatro principios fundamentales: el bien común, los derechos humanos, la aplicación de las actividades humanas al beneficio del hombre y la justicia social.

Todo cambio, por radical que parezca, se justifica si se acepta, como he dicho ya en alguna otra ocasión, que el orden que rige la convivencia de los seres humanos es un orden de naturaleza moral, es decir un orden que se cimenta sobre la verdad, debe ser practicado según la justicia y exige ser vivificado por la mutua comprensión y el respeto a los derechos de los demás.

En la búsqueda del bien común, sin embargo, se plantean a veces soluciones que contrarían este principio sin tomar en cuenta que el bien común, cualquiera que sea su jerarquía, debe mirar principalmente a que los derechos de la persona humana se reconozcan, se conserven indemnes y se desarrollen. Esta esfera intangible en la que se afirma la atmósfera de la persona se funda en derechos tan inviolables que ninguna razón, ningún pretexto de bien común podría prevalecer contra ellos.

Es evidente también que el derecho de las personas debe ser puesto en conexión y dependencia de los deberes relativos a todos los demás. Debe, por tanto, respetar la autonomía ajena, colaborar activamente al mejoramiento de las condiciones generales de la sociedad, velar para que el progreso técnico y económico no ahogue los derechos de la persona humana, procurar que el progreso social tenga una evolución paralela al desarrollo económico y cuidar de que las condiciones de la sociedad favorezcan el desenvolvimiento normal de las esferas autónomas que corresponden a cada persona en lo individual.

En el marco dinámico en que se desenvuelve el mundo actual, la medicina es uno de los elementos primordiales que intervienen en la obtención del bienestar individual y colectivo. Por otra parte, la tendencia de la sociedad moderna hacia la búsqueda del bien común ha hecho, como dice Ramos [1] que el médico no tenga ya solamente interés en el hombre como unidad biológica, sana o enferma, sino que lo considere en su totalidad y en la sociedad en que vive. Tiene pues ahora la obligación de dirigir sus esfuerzos al mejoramiento de la condición humana y de desempeñar un papel más activo en la conformación de la humanidad. Como universitario y como miembro de la sociedad debe saber cumplir sus obligaciones sociales y tener una concepción realista y adecuada del medio en que se desenvuelve y de los problemas sociales en que está directamente implicado, a fin de poner toda su capacidad científica y técnica y todo su sentido humano para contribuir a su resolución.

Uno de los problemas sociales que atañe particularmente a la medicina es el crecimiento demográfico acelerado en relación con las posibilidades de desarrollo que requieren nuestras naciones, no sólo en el orden económico, sino en todos los órdenes. Ya Lennox [2] advirtió hace doce años, que el médico no debe eludir las consecuencias de su necesaria incursión en el campo de las ciencias sociales, pues si gracias al progreso médico y sanitario ha reducido la enfermedad alterando el equilibrio ecológico de la humanidad, no ha logrado en cambio regular los nacimientos. En efecto, el crecimiento de población es producto de la influencia relativa de los coeficientes de mortalidad y de natalidad. Mientras aquéllos disminuyen constantemente aún en los países subdesarrollados, estos últimos permanecen elevados en amplias áreas del globo, incluida Latinoamérica, originando altos índices de crecimiento de población.

En esta segunda mitad del siglo XX se ha despertado gran preocupación por el crecimiento de la población mundial y se considera que debiera buscarse un equilibrio entre los índices antes mencionados. Uno de los elementos de solución a este problema, aplicado ahora casi universalmente, es la planificación familiar, en la cual los aspectos médicos tienen particular importancia. Mi propósito en esta ocasión es exponer a ustedes mis reflexiones acerca de lo que la planificación familiar significa para el médico, acerca de cuál debe ser la naturaleza y cuáles las normas de su actuación dentro de los principios de la medicina moderna, en el contexto social y humano en que debe desenvolverse.

Un primer punto que debemos considerar es que no parece fácil establecer el equilibrio entre la lucha contra la enfermedad y la muerte y la reducción de la fertilidad de las comunidades humanas, debido a diversas razones:

1. Los programas y los métodos de salud pública son efectivos porque se dirigen a las comunidades más que a los individuos, no teniendo, por tanto, que requerir decisiones individuales. Los métodos sanitarios de eficacia comprobada, como el tratamiento de aguas, el drenaje, el rociado con DDT, el control de medicamentos, y otros, no tienen equivalentes de eficiencia en el control de la fertilidad, en el cual las parejas individuales deciden y aplican la tecnología anticonceptiva de acuerdo con su criterio.
2. Para el control de la mortalidad se persiguen metas de interés y aceptación universales: prevención y cuidado de las enfermedades, mitigación del dolor, prolongación de la vida. El control de la fertilidad, en cambio, contraría muchas veces motivaciones y sentimientos muy antigua y profundamente arraigados.
3. La tecnología de la planificación familiar es aún primitiva, comparada con la tecnología médica en general y con la tecnología sanitaria en particular. Me parece interesante a este respecto citar la opinión del director de la Oficina Sanitaria Panamericana, expresada en su informe cuadrienal 1966-1969: "De la experiencia reunida hasta hoy en los países que llevan a cabo actividades de esta naturaleza", dice Horwitz,[3] "se deduce que hay grandes lagunas aún en el conocimiento de la fisiología de la reproducción humana y que los métodos anticon-

ceptivos en uso son deficientes y algunos tienen efectos deletéreos. De ahí la importancia de intensificar las investigaciones básicas y aplicadas..."

El problema, por otra parte, crece cada vez más, pues en el momento actual se considera que no es ya solamente un problema del mundo subdesarrollado, sino que incide también en las naciones industrializadas de occidente, en las que a pesar de su aumento de población más lento y de su más rápido crecimiento del producto nacional bruto, se advierte ahora una preocupación por frenar las tasas de natalidad.

Es significativo a este respecto que los Estados Unidos de América [4] estén tomando medidas para reducir al mínimo los nacimientos. En efecto, en 1963, los Estados Unidos de América no tenían preocupación por su tasa de natalidad, les preocupaba más bien el crecimiento rápido de la población en los países subdesarrollados y, como consecuencia, la política del gobierno americano se encaminó a aumentar la eficacia de los programas de ayuda externa tendientes a respaldar, a su solicitud, los programas de planificación familiar de las naciones en desarrollo con objeto de favorecer un más rápido aumento de su nivel de vida. Sin embargo, a partir de 1964 se comenzó a percibir que el crecimiento de población era también un problema interno y que la planificación familiar debía cumplir en la Unión Americana la misma función que se suponía desempeñaba en el campo internacional, es decir, ayudar a determinados sectores a liberarse de la pobreza. Posteriormente se ha considerado que la tasa actual de natalidad en ese país es peligrosa para su desarrollo futuro y que es necesario, por lo tanto, tomar medidas para reducir al mínimo los nacimientos. Para ello, el Congreso Americano creó la Comisión sobre el Crecimiento de Población y el Futuro Americano, que entre otras cosas estudia cuál es, además de garantizar servicios de planificación familiar a todos aquellos que lo deseen, el papel que debe adoptar el gobierno en el campo de la población. De acuerdo con esto, la comisión estudia, además, proyectos legislativos encaminados a establecer, como objetivo oficial, la estabilización de la población de los Estados Unidos de América tan pronto como sea posible.

Por otra parte, se ha comenzado a reconocer que el suministro extenso de servicios de planificación familiar, por importante que sea, posiblemente no pueda resolver del todo los problemas del crecimiento acelerado de la población. Esta situación se ha hecho ya evidente en algunos países y la experiencia demuestra que la planificación familiar no tiene efecto sobre el crecimiento de población en los países que doblan su número de habitantes en 20 años. Las condiciones adversas al éxito de estos programas se ven agudizadas, además, por razones culturales y de falta de motivación, frecuentes en dichos países.

El ejemplo trágico de la India permite demostrar este aserto. En efecto, este país tiene un programa de planificación familiar por lo menos desde 1951, intensificado sobre todo a partir de 1960. El gasto hecho ha crecido progresivamente de 1 400 000 rupias en el periodo 1951-1955 a 370 000 000 de rupias en 1968-1969. Podría suponerse que el rápido aumento de los gastos se reflejaría en un correspondiente aumento de la aceptación y resultado de las dos técnicas anticoncep-

tivas eficaces que se han empleado: esteroides y dispositivos intrauterinos. Sin embargo, no aconteció así, pues en 1968-1969 la aplicación de ambos métodos disminuyó considerablemente y como consecuencia, la India aumentó en 1970 en 14 000 000 de habitantes y mantuvo una tasa de natalidad de 44 por mil. Stolnitz [5] ha calculado que para hacer efectivo el programa de planeación familiar de la India se requiere reducir la tasa de natalidad a 22 por mil en 1978, para lo cual es indispensable que para ese año todas las parejas en que la esposa tenga 25 años de edad o más, no deberán tener más hijos. Por supuesto, el autor tiene mínimas esperanzas de que esto pueda suceder. Tobías,[6] experto en fuerza laboral, ha estudiado el problema de la explosión de mano de obra en la India y ha calculado que la demanda de trabajo aumentará de 100 000 a la semana que es actualmente, a 140 000. Concluye que ningún programa de planificación familiar, público o privado, emocional o racional, quirúrgico o espiritual, químico o mecánico, tendrá el más mínimo efecto sobre la explosión de la fuerza laboral en los años 70 y que la reducción de la tasa de natalidad no depende tanto de las nuevas tecnologías como de la educación y del cambio social y cultural que logre romper el molde actual de las relaciones familiares en ese país.

La poca efectividad de los métodos anticonceptivos aplicados en masa para resolver los problemas de población, tiende a desplazar los conceptos vigentes y a plantear nuevos derroteros, de consecuencias aún no previsibles, que implican cambiar las actitudes básicas respecto a la reproducción humana, cosa no sencilla de lograr.

Por ejemplo, apenas cuatro años después de que treinta jefes de estado expresaron, a través de la Naciones Unidas,[7] su opinión de que los servicios de planificación familiar deberían ser universalmente disponibles, de modo que todos los padres pudieran ejercer el derecho humano básico a determinar el número y el ritmo de espaciamiento de sus hijos, se plantea ya un concepto nuevo que desplaza este derecho privado en favor de la responsabilidad privada de contribuir al bienestar de la sociedad toda y no sólo de satisfacer los deseos particulares.

Cosa más seria aún es el giro que se ha dado al problema para considerar como aceptables métodos drásticos de control de la natalidad como son la esterilización y el aborto.[8] Es evidente que la adopción de estos conceptos implica para muchos una crisis de principios.

El aborto legal como medio político deliberado para controlar el crecimiento de la población y mejorar su estado socioeconómico ha sido aceptado en algunos países. La actitud de los médicos frente a la liberalización de las leyes del aborto ha sido variable. Así por ejemplo, en una declaración firmada por cien profesores de ginecología y obstetricia de los Estados Unidos de América [9] se expresa que muchos médicos piensan aún que el aborto no debe realizarse sino por razones médicas y que la práctica del aborto legal cambia su papel tradicional. Sin embargo, siguen diciendo los firmantes, "con objeto de cumplir con la nueva ley y las decisiones de la Corte de Justicia pensamos que debemos realizar el aborto, el cual, actualmente, al mismo tiempo que es una responsabilidad médica es predominantemente una responsabilidad social". En cambio, la Sociedad Ginecológica Ale-

mana,[10] consultada a este respecto por el Ministro de Justicia de la República Federal Alemana opinó que matar un embrión es la destrucción de un ente legal y, por lo tanto, sólo se justifica por motivos graves. Además, señaló que debe temerse que al liberar la ley del aborto se ponga en peligro el principio de la inviolabilidad de la vida. Por lo tanto, concluye, no es posible proceder al aborto sin un grupo de expertos que actúen con sanción legal.

Sin John Peel,[11] presidente del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, ha dado sobre este asunto una opinión tan concreta como fundada en las siguientes palabras:

"El aborto es la destrucción de la vida de un ser humano en potencia que para muchos es aceptable para preservar la vida de la madre..., pero cuando se practica por razones socioeconómicas de estado, ¿qué razón hay para aceptar esta responsabilidad? Si la sociedad sanciona la destrucción de la vida en estas condiciones por considerarlo bueno para ella, ¿por qué no sanciona también el infanticidio del recién nacido anormal, del deficiente mental, del delincuente, del incurable o del hombre senil?"

Las leyes liberales del aborto favorecen además la relajación de las costumbres y la pérdida del sentido de responsabilidad del acto sexual, lo cual hace que las solteras recurran al aborto legal con más frecuencia que las casadas, como puede verse en el informe de Ingraham y Longood [12] sobre el aborto en el primer año de vigencia de la nueva ley en el estado de Nueva York, en el que aparece que 54 por ciento de los 115 130 abortos legales practicados se realizaron en mujeres solteras, 7 por ciento de ellas correspondientes al grupo de edad de 10 a 14 años.

La liberalización de las leyes de aborto conduce, por otra parte, automática e inmediatamente al aumento del número de abortos, como ha sido observado en Finlandia,[13] donde bajo la ley de 1950 se practicaron 121 abortos por cada 1 000 nacimientos en 1969, y bajo la ley más liberal de 1970, el índice de abortos aumentó a 225 por 1 000 nacimientos.

No es difícil prever que estas nuevas tendencias aplicadas en masa, en gran extensión, traerán serias consecuencias sobre la conducta y la integración familiar y social del ser humano y a este respecto me parece interesante recordar que, como ha dicho Vasconcelos,[14] "parece corresponder al médico una situación ideal para ponderar la cuantía de los intereses económicos y sociales que se han invocado, frente a la integridad y el equilibrio emocional y espiritual de los seres humanos, que son al fin y al cabo, quienes en conjunto producen la cultura y la sociedad".

Por tradición secular el médico ve con respeto esos elevados valores y seguramente seguirá con tenacidad la lucha para encontrar soluciones aceptables al problema. No creo imposible que en un futuro no lejano se logren nuevos avances que superen nuestra actual ignorancia y nos liberen de soluciones agresivas que seguramente se revolverán contra la humanidad misma.

Como puede verse, este problema, cada vez más complejo, tiene múltiples implicaciones y en su solución debe saber el médico tomar el lugar que le corresponde como profesional de la medicina y miembro de la sociedad. Es pues importante que se informe de los aspectos demográficos, económicos, sociales y políticos del

problema, que son motivo de estudio de los profesantes de otras disciplinas, y que se responsabilice de los aspectos que le incumben directamente y que, a mi entender, son los siguientes:

1. Investigación en biología de la reproducción y desarrollo de nuevos métodos anticonceptivos aceptables.
2. La planificación familiar en el contexto de la medicina actual.
3. Selección de los métodos anticonceptivos para uso individual y colectivo.
4. Evaluación de los métodos en uso.

1. *Investigación.* Es lógico pensar que un problema que tiene como base el control de la fertilidad humana, requiere el conocimiento cada vez mejor de la biología de la reproducción. Los muy importantes avances obtenidos en años recientes abren cada vez más nuevos senderos a la investigación y la actitud más adecuada que pueden adoptar los médicos, la sociedad y los gobiernos que realmente deseen solucionar este problema sobre bases firmes, es favorecer la investigación básica y clínica.

Por otra parte, la investigación de nuevos anticonceptivos es indispensable. En efecto, sabemos que aún no se ha logrado el anticonceptivo ideal con un mínimo de inconvenientes y universalidad de aceptación y que en su descubrimiento está en gran parte el éxito de los programas de planificación familiar. Tampoco es de esperarse que un método anticonceptivo único sea universalmente efectivo y aceptable, por lo que se requiere que esta investigación se oriente hacia la obtención de una variedad de anticonceptivos nuevos para aplicarse tanto a la mujer como al hombre.

He hecho particular énfasis en la investigación, porque en mi opinión es en ella, por difícil que parezca y por grandes que sean los recursos que requiera, en donde el médico ve la única solución lógica y aceptable del problema. Me parece desilusionante y contrario a la esencia de la medicina el doblegarse ante la dificultad y emprender con entusiasmo el camino fácil de los métodos drásticos que eluden el problema anulando permanentemente la fertilidad o eliminando el producto concebido.

2. *La planificación familiar en el contexto de la medicina.* Es muy dudoso el resultado que pudiera esperarse de un programa dirigido exclusivamente a reducir el índice de natalidad, tanto porque enajenaría el interés popular en su realización, como porque, como dije en líneas anteriores, la experiencia demuestra que no es eficaz. Interesa, en cambio, un programa que ponga énfasis en el bienestar familiar, que favorezca la resolución de los graves problemas que confronta actualmente el núcleo familiar y que origine, en un plazo más o menos largo, la reducción del crecimiento de población por automotivación basada en la comprobación individual de los beneficios que acarrea.

El médico ve a la planificación familiar con los mismos ojos que a cualquier otro problema de la medicina y su actuación a este respecto, por tanto, debe ceñirse a la finalidad tradicional de ella, es decir, mantener la salud y prevenir y curar la enfermedad, procurando el bienestar integral, físico, mental y social del ser humano. En consecuencia, debe perseguir, como objetivo básico, el logro de la salud familiar, el cual incluye educación prematrimonial, consulta matrimonial, diagnós-

tico y tratamiento de la pareja estéril, consejo y vigilancia en relación con el uso de métodos anticonceptivos, e investigación que incluya la evaluación de los mismos y la obtención de métodos mejores.

3. *Selección del método anticonceptivo.* No es mi propósito el analizar ahora las ventajas, inconvenientes y resultados de los diversos métodos anticonceptivos propuestos que, como todos sabemos, son numerosos. Mi propósito es insistir en la actitud que debe tomar el médico a este respecto de acuerdo con los principios tradicionales de la medicina.

La elección del método anticonceptivo debe hacerse con base en razones médicas y, por lo tanto, el médico debe estar perfectamente enterado de las acciones biológicas y farmacológicas de cada método, incluyendo los efectos colaterales indeseables, así como su eficacia para el fin propuesto.

La elección debe ser, además, individualizada, pesando ventajas e inconvenientes y tomando en cuenta las condiciones particulares de cada pareja y las convicciones y deseos personales de los interesados a quienes debe informarse con toda claridad del método o métodos que parezcan más aconsejables en su caso.

De acuerdo con lo anterior, la selección del método anticonceptivo debe basarse en los principios siguientes:

a) La anticoncepción persigue resolver un problema de la pareja humana y dado que afecta la relación interpersonal y sexual de los cónyuges, debe ser aceptable para ambos.

b) No hay ningún método ideal y menos aún único para ser aplicado a todas las parejas. La selección del método debe ser cuidadosamente meditada en base a las condiciones particulares de la paciente y la capacidad intelectual, patrón cultural y condiciones emocionales de la pareja.

c) La eficacia y la aceptabilidad de cualquier método anticonceptivo varían con la experiencia del médico, el ajuste del método a las necesidades particulares de cada pareja y el grado de motivación de la misma para seguirlo con constancia.

d) El médico es responsable de su propia información y adiestramiento; la experiencia clínica le dará el criterio necesario para seleccionar el método y dar instrucciones adecuadas para seguirlo.

e) Es lógico que esta selección no puede hacerse con la misma acuciosidad cuando se plantea el caso de un paciente individual que cuando se formulan planes generales de planificación familiar. En la práctica privada, el médico tiene gran libertad para poner a disposición de sus pacientes los mejores recursos para el caso individual. El médico que trabaja en servicios asistenciales públicos o en programas de planificación familiar encontrará ciertas restricciones. En todo caso, sin embargo, el médico es un servidor público y cuanto mayor sea su calidad profesional, mayor será su responsabilidad de cuidar que las mujeres de cualquier nivel económico dispongan de los servicios más adecuados y de la más alta calidad que sea dable proporcionar.

f) De acuerdo con lo anterior, es deseable que las clínicas de planificación familiar hagan uso de diversos recursos y no se concreten a uno o dos métodos que, por buenos que parezcan,

tendrán contraindicaciones o problemas de aceptabilidad en gran número de casos.

g) Por otra parte, la base indispensable para todo programa de planificación familiar es la cooperación de las familias individuales, actitud que debe ser absolutamente voluntaria, tanto por razones de dignidad humana como por lo insensato e improductivo de una imposición inaceptable.

4. *Evaluación de los métodos en uso.* Tradicionalmente, la medicina ha considerado indispensable evaluar los métodos terapéuticos que emplea, tanto para conocer sus resultados y mejorarlos, si esto fuera posible o conveniente, como para formarse un juicio adecuado de los beneficios que proporciona una terapéutica en comparación con los inconvenientes que le son inherentes. Sabemos que toda droga tiene efectos colaterales indeseables, pequeños o grandes, y que su aplicación se justifica solamente cuando el balance es favorable a los beneficios que proporciona. El médico no puede separarse de este criterio tradicional y evidentemente justificado, cuando aconseja métodos anticonceptivos.

La evaluación debe ser realizada tanto en el paciente individual con objeto de juzgar la conveniencia de continuar o de cambiar el método en su caso particular, como en los programas generales de planificación familiar, con el fin de apreciar su eficacia y aceptabilidad. Esta valoración se funda en la experiencia clínica y en estudios estadísticos, no solamente en series controladas de experimentación clínica, sino también en los grupos humanos en que se ha llevado a la práctica en programas de planificación familiar.

Un método anticonceptivo puede haber demostrado ser excelente en pacientes individuales o en grupos experimentales y, sin embargo, ser ineficaz cuando se aplica en masa a algunas comunidades. La experiencia demuestra que hay gran variación de país a país en los resultados, sea porque el nivel cultural es desfavorable para que el método se siga adecuadamente, sea porque se descontinúe fácilmente su empleo con motivo de trastornos reales o de origen psíquico, o bien por falta de motivaciones propias.

La motivación, que es indispensable, puede ser automática como ocurrió en los países de Europa y en los Estados Unidos de América, desde muchos años atrás, en que la industrialización y el desarrollo económico acarrearon una disminución del crecimiento de población por autolimitación voluntaria de los nacimientos.[15] En cambio, se comprende que no es fácil interesar a una comunidad o a un sector de una comunidad que no tiene motivaciones propias. La motivación inducida se hace indispensable en la actualidad, aun en los países desarrollados con baja tasa de natalidad que persiguen estabilizar su población.

La motivación, pues, es esencial y con gran frecuencia constituye un problema complejo y difícil. Taylor [16] ha analizado este asunto en relación con los diversos patrones culturales, la influencia de la educación, el factor salud y el factor económico, la influencia de las costumbres, las convicciones religiosas y la actitud de los médicos.

Concluye señalando que es poco realista esperar que pueda promoverse un alto nivel de motivación si la profesión médica no está convencida. El médico debe ser informado desde su formación en la

escuela de medicina, no sólo de los aspectos técnico-científicos del problema y de los aspectos humanos involucrados, sino también de los factores familiares, sociales y económicos del mismo, a fin de que tenga una idea correcta y precisa del verdadero significado de la planificación familiar, del papel de la anticoncepción en estos programas y de la responsabilidad social que tiene a este respecto.

Para terminar, quiero hacer énfasis en que para que un programa de planificación familiar sea eficaz y benéfico, debe ser orientado hacia el bienestar familiar, ser formulado con concepto integral y ser realizado como parte integrante de los servicios de salud, especialmente los de protección materno-infantil, buscando tanto reducir el impacto de la enfermedad y la muerte, como lograr que cada hogar se informe y decida sobre el número de niños que desea y tenga los recursos adecuados para tal objeto.

REFERENCIAS

1. Ramos, P.: *El futuro del ejercicio médico.* Conferencia magistral. Guadalajara, 1969.
2. Lennox, W. C.: *Epilepsy and related disorders.* Boston, Little, Brown & Co., 1960.
3. Horwitz, A.: *Agenda para la salud de las Américas.* Publ. Científ. No. 216 Washington, O. P. S., 1970, p. 20.
4. Miles, R. E. (Ed.): *Actividades de población del gobierno de los EE.UU.* Boletín de Población Vol. 3, No. 1, 1972.
5. Stolnitz, G.: *Estimating the birth effects of India's family planning targets. A report on statistical methodology and illustrative projections 1968-1978.* Bloomington, Indiana University, 1968.
6. Tobías, G.: *Human resources utilization and development in the seventies.* Nueva Delhi, Ford Foundation, 1970.
7. Declaración de los Jefes de Estado sobre el Problema de población. Publ. Consejo de Población de Nueva York y Departamento Latinoamericano, Population Reference Bureau, Bogotá, 1967.
8. Stycos, J. M.: *Human fertility in Latin America.* Nueva York, Cornell University Press, 1968. p. 10.
9. Anónimo: *Statement on abortion by one hundred professors of obstetrics and gynecology.* Amer. J. Obst. Gynecol. *112*:992, 1972.
10. Schultze, K. W.: *Posible cambio de la ley de abortos.* Bol. Méd. del I.P.P.F., Vol. 5, No. 4, 1971.
11. Peel, J.: *El juramento hipocrático.* J. Int. Fed. Obst. & Gynec. *5*:101, 1967.
12. Ingraham, H. S., y Longood, R. J.: *Abortion in New York State since July 1970.* Clin. Obstet. Gynec. *14*:5, 1971.
13. Turpeinen, K.: *El aborto legal en Finlandia.* Bol. Méd. del I.P.P.F. Vol. 5, No. 3, 1971.
14. Vasconcelos, R.: *Planeación familiar: Aspectos socio-económicos.* En: *Actualidades Médicas y quirúrgicas 1967.* Zamudio, L. (Ed.), México, Academia Nacional de Medicina, 1967, p. 297.
15. Davis, K.: *Population.* Scientific American, 1963.
16. Taylor, C. E.: *Problems in motivation in family planning.* En: *The social responsability of obstetrics and gynecology.* Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1965.

VI LA PLANIFICACION FAMILIAR EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

LUIS CASTELAZO-AYALA *

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha decidido realizar acciones de planificación familiar con el propósito fundamental de ampliar y mejorar las prestaciones médicas y sociales que actualmente otorga a los derechohabientes. Al hacerlo con-

* Académico titular. Subdirección General Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social.

templa como objetivos primordiales la salud y el bienestar del núcleo familiar, así como el respeto al inalienable derecho que cada pareja tiene de decidir —conscientemente, en el pleno ejercicio de su libertad y atendiendo a sus propias aspiraciones y recursos— el número de hijos que ha de procrear, sostener, cuidar y educar, y el momento de tenerlos. No se pretende influir en el crecimiento demográfico del país, salvo que ello ocurra como consecuencia adicional y secundaria a las finalidades básicas.

Para responder a este compromiso, el Instituto adquiere la obligación de garantizar la vigencia de ese derecho, poniendo a disposición de esas parejas la información y los adelantos científicos y tecnológicos que les permitan planificar su familia, si por su propia decisión desean hacerlo. Se trata por tanto de un Programa de Planificación Familiar Voluntaria.

Es conveniente aclarar que la planificación familiar no constituye una nueva prestación dentro del régimen de seguridad social; tampoco representa un instrumento aislado que con recursos especiales se manejará verticalmente dentro del sistema. Simplemente se trata de una extensión de elementos aportadores de salud que completan y mejoran las prestaciones médicas que ya se otorgan, particularmente dentro del marco de las medidas de protección materno-infantil (esterilidad e infertilidad, atención pre, trans y postnatal, vigilancia del niño sano, prevención del aborto, diagnóstico oportuno del cáncer, etc.).

Se estima que deben llenarse tres requisitos fundamentales para garantizar el éxito de un programa de planificación familiar: conocimiento e interés por parte de la población, disponibilidad de una tecnología anticonceptiva adecuada, y existencia de una infraestructura de atención sanitario-asistencial que propicie la fluida interacción de los dos primeros factores.

Existen elementos de juicio suficientes para concluir que una proporción significativa de derechohabientes del Seguro Social ha manifestado su sentir, de que el tamaño de sus familias debe controlarse para corresponder a sus intereses y a sus anhelos. Estudios específicos han demostrado lo que piensa un sector muy importante de la población femenina mexicana, formado por amas de casa de diversos estratos sociales y económicos, precisan entre otras cosas que 33 por ciento del universo investigado se inclinó por procrear un número ideal de cuatro hijos; 24 por ciento manifestó como número ideal el de tres hijos; 14 por ciento el de dos y el resto se abstuvo de opinar.

El diferimiento que en nuestro medio ha existido del abordaje abierto del problema por parte de instituciones y grupos de volumen significativo ha permitido el que, aun en los niveles populares de cultura menor y de modesto desarrollo, exista la inquietud consciente de que algo debe hacerse para racionalizar la producción de hijos y la dimensión de las familias. Partiendo de la base de que la ignorancia no permite el ejercicio de la libertad en la satisfacción de estas inquietudes, el programa incluye como elemento básico la educación del usuario, tendiente a fomentar el concepto de paternidad responsable y a elevar la dignidad con la que cada individuo y cada pareja debe contemplar su función procreativa. Incluye también el impartir información y orientación adecuadas sobre los elementos de que debe valerse para regular la fecundidad sobre bases éticas. En ello re-

presenta un papel de enorme trascendencia la actitud del personal de salud, particularmente del médico, que ha mostrado ser muy favorable, tanto en encuestas previas como en la ejecución misma del programa.

Con los anticonceptivos *per os* y en particular con las nuevas técnicas de aplicación de los dispositivos intrauterinos, los métodos disponibles son mejores que los de hace algunos años y continúan perfeccionándose. El Instituto está en condiciones de adquirirlos y emplearlos apropiadamente.

Por otra parte, la institución cuenta con una organización competente para administrar un programa de planificación familiar, a través de sus 854 unidades médicas, integrándolo a las actividades sanitarias que desempeña.

Debe subrayarse la importancia de la relación entre los conceptos de salud y bienestar con la reproducción. Alcanzar condiciones óptimas en la función reproductiva —según indicadores de morbilidad y mortalidad materna y perinatal— es una acción sanitaria tan importante como pueden serlo la atención nutricional, la lucha contra las enfermedades transmisibles, el saneamiento del medio, la prevención contra la diabetes o la fiebre reumática. Son en la actualidad bien conocidos los casos de contraindicaciones médicas del embarazo por razones de salud materna o infantil. Pero además de esas situaciones concretas, se sabe que la gran multiparidad, el embarazo en mujeres de menos de 18 y más de 35 años, la gestación repetida a intervalos frecuentes, la morbimortalidad de los hijos no deseados y factores semejantes, son factores desfavorables desde el punto de vista de salud, independientemente de su agresividad en aspectos emocionales y de estabilidad social en la vida interna de la familia.

Destaca la importancia extraordinaria que tiene el aborto ilegal por su agresividad a la salud y el incremento que está teniendo en nuestro medio. Las experiencias recabadas de nuestros propios servicios y los resultados de múltiples investigaciones en ellos realizadas, ponen de manifiesto que en los últimos siete años la tendencia de este problema de salud ascendió de 10 614 abortos en 1965 a 14 564 en 1971, representando éstos 14.3 por ciento del total de egresos hospitalarios de las tres unidades de ginecoobstetricia del Instituto en el Distrito Federal. De los 87 142 abortos atendidos en este lapso, 77.6 por ciento fueron declarados como inducidos ilegalmente. Estas investigaciones han revelado que de cada cuatro abortos inducidos, sólo uno es atendido en las unidades de ginecoobstetricia por tener complicaciones, y diversas estimaciones estadísticas llegan a la conclusión de que aproximadamente 20 por ciento de mujeres derechohabientes en edad reproductiva se inducen abortos anualmente.

El programa de regulación de la fecundidad que se lleva a cabo en el área de la Subdirección General Médica del Instituto, está destinado a aplicarse en las unidades médicas de adscripción y en los servicios hospitalarios de Ginecología y Obstetricia. Corresponde al Departamento de Medicina Preventiva la evaluación técnica del mismo. Por ahora, solamente se está desarrollando en las clínicas del Distrito Federal, habiendo sido seleccionadas la número 9 y la 13 para que oficialmente iniciaran el programa el día 23 de agosto de 1972. Próximamente se extenderá al resto del país y se espera que su operación

Cuadro 1 Disponibilidad de anticonceptivos en el IMSS

Productos hormonales		
Combinados		
1. Norgestrel		0.50 mg.
Etinilestradiol		0.05 mg.
2. Noretindrona		1.00 mg.
Mestranol		0.08 mg.
Secuenciales		
3. Mestranol	(10)	0.08 mg.
Clormadinona		1.00 mg.
Mestranol	(11)	0.08 mg.
4. Mestranol	(14)	0.10 mg.
Noretisterona		1.00 mg.
Mestranol	(7)	0.10 mg.
Continuos		
5. Noretindrona		0.35 mg.
Dispositivos intrauterinos		
6. Asas de Lippes, en tamaños A, B, C y D		
7. Dalkon Shields, en medida estándar		
Productos de aplicación vaginal		
8. Diafragma		
Espermaticidas		
9. Cremas		
10. Jaleas		
11. Óvulos		
12. Espuma en aerosol		

permanente será completada en breve. Abarcará directamente a una cifra aproximada de 2.2 millones de mujeres de 15 a 49 años, consideradas como el total de derechohabientes en edad reproductiva, influenciando además, con el bienestar que origina la planificación familiar, a toda la población no protegida por el I.M.S.S.

El programa pugnará porque la población derechohabiente adquiera una conciencia clara y precisa de su responsabilidad y tome libremente sus decisiones, de acuerdo con su estructura cultural, sus características sociales, su sentido de la vida, sus niveles y perspectivas de ingresos y sus conceptos de educación y formación de los hijos.

Han quedado establecidas en el programa la evaluación de necesidades y recursos, las políticas, objetivos, prioridades y calendarios, todo ello con sentido de nuestras realidades ambientales, a través de etapas cronológicas y funcionales mensurables. Ha quedado integrado a la infraestructura sanitaria y se han previsto fases de contacto, iniciación y mantenimiento en relación a la población potencialmente usuaria.

Es de esperarse que las personas que adquieran conciencia de paternidad y maternidad responsables tenderán a obtener asistencia para guiar el desarrollo de su familia. Las unidades médicas del Seguro Social que reconocen y aceptan la trascendencia del principio de paternidad responsable, aplican ya los procedimientos más idóneos de acuerdo con las solicitudes de los derechohabientes interesados en las metas de planificación familiar.

Por otra parte, el Instituto ya incluyó en el Cuadro Básico de Medicamentos los siguientes anticonceptivos: hormonales, de los que existen dos productos combinados, dos secuenciales y uno continuo; y espermaticidas, entre los que hay: jaleas, cremas, espumas en aerosol y óvulos.

En el Cuadro Básico de Materiales y Equipos se incluyeron dos tipos de dispositivos intrauterinos: asas de Lippes y Dalkon Shields, así como los diferentes tipos y tamaños de diafragmas cérvico-vaginales (cuadro 1).

Estos productos serán prescritos tanto en el servicio de consulta del médico familiar como del ginecólogo, previo estudio integral que este último hace de cada caso, a efecto de que las parejas dispongan del método más adecuado a su individualidad, a su respuesta fisiopatológica y a sus propios deseos. En consecuencia,

a cada caso corresponderá un método; creemos que todo programa basado en uno solo es inadecuado.

De conformidad con las normas del Instituto, trasladadas éstas a los métodos anticonceptivos, se proporcionan únicamente aquellas medidas cuya inocuidad, eficiencia y aceptabilidad están plenamente comprobadas.

Ahora bien, el programa llega a las unidades médicas con recursos complementarios. La instalación de medios educativos dentro de las clínicas, la incorporación de los servicios de psicología y la ampliación de los de ginecología y trabajo social, le están permitiendo desarrollar integral y adecuadamente las siguientes actividades:

a) Adoctrinamiento del personal directivo de las unidades médicas acerca de la filosofía y metas del programa.
b) Integración del programa a las actividades médicas del Instituto.
c) Actualización del personal médico y paramédico de las clínicas sobre los aspectos técnicos y científicos del mismo.
d) Divulgación educativa a la población protegida, para informarle respecto de los beneficios que le son inherentes, y
e) Facilitar métodos anticonceptivos a los derechohabientes que voluntariamente los soliciten.

La metodología de las actividades que se han puntualizado se encuentra contemplada en el Manual de Normas y Procedimientos respectivo, y la precisión de las mismas en los instructivos de ginecología, psicología, trabajo social y educación higiénica correspondientes. Estos documentos constituyen el respaldo operacional del programa.

El servicio de trabajo social orienta a la población objeto del programa. El de ginecología selecciona y aplica los métodos anticonceptivos, llevando a cabo el control clínico correspondiente. El servicio de psicología estudia y trata de dar solución a los casos con problema especial. Por su parte, el de educación higiénica promueve que la población conozca, acepte y participe en el programa de manera voluntaria.

Para lograr esto último y en particular para llegar a los derechohabientes con información educativa, interviene todo el personal de las unidades médicas para ilustrar a éstos acerca de los diferentes aspectos del programa y de sus múltiples beneficios; así mismo se están creando "unidades educativas" dentro de las clínicas, acondicionando, para situar los medios de divulgación informativa, áreas adecuadas para exposiciones atractivas y sobre todo, recursos de instrucción colectiva audiovisual para derechohabientes en aulas y auditorios de las propias unidades. Todo esto dentro del sistema médico familiar, que continúa siendo el eje de toda la prestación médica al derechohabiente. El programa incluye también sistemas de evaluación, continua y periódica, que miden la eficacia, conocimientos, actitudes y resultados a plazos útiles.

Es posible afirmar que los resultados de un esfuerzo como el que pretende realizar el Instituto Mexicano del Seguro Social, obligadamente beneficiarán a su población tanto en su salud como en lo concerniente a su bienestar. La Planificación Familiar Voluntaria subraya la función social del Instituto que da un nuevo paso en su propósito de proyectarse con mayor amplitud a la comunidad, con la esperanza de servirla mejor.

Al tratarse de una profesión tan noble como la farmacia cuyos servicios deben ser desinteresados, merecería y mucho ser protegida por los gobiernos y considerada por el público. ¿Pero qué diremos al ver el abandono en que yace la profesión que decae día á día con motivo del dudoso porvenir que se le espera al que gasta su juventud instruyéndose, para encontrarse después al lado del charlatán, quien merced á su audacia, se coloca en mejor posición que el hombre de ciencia? Esto es una verdad como lo prueba el hecho de encontrarse actualmente varios profesores sin colocación, sólo porque han querido conservar el decoro á la profesión, no prestándose á dar su nombre cuando no están satisfechos del establecimiento. (Río de la Loza, M.: *De algunas dificultades en el despacho farmacéutico y de la necesidad de procurar el mejoramiento de esta facultad.* Gac. Méd. Méx. *24*:321, 1889.)