

CAPÍTULO II - El Caso de México

2.1 Antecedentes

En el caso de México se observan grandes contrastes en lo concerniente a la desigualdad de género, en la distribución del ingreso, en la ampliación de capacidades, en la generación de opciones productivas, en la formación de patrimonio y en la obtención de protección social (Vázquez Mota, 2002).

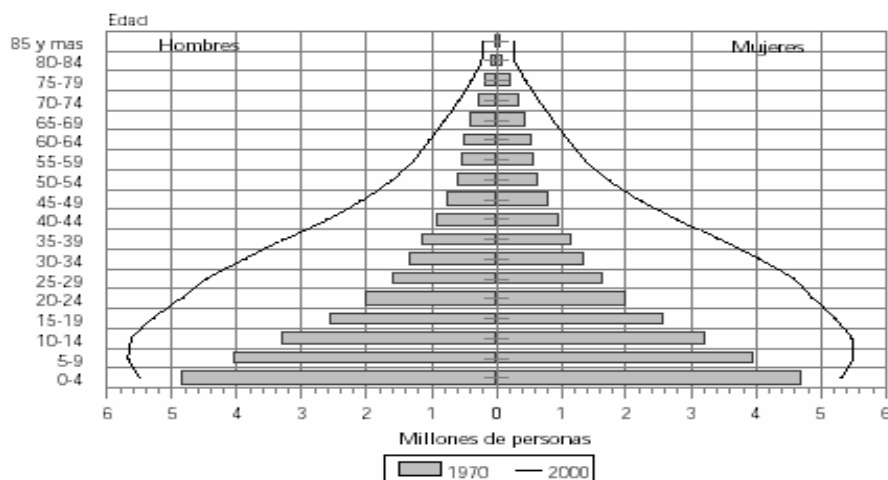
A principios del siglo pasado la preocupación histórica de la sociedad, respecto a la dinámica demográfica, fue la de mantener un crecimiento constante de la población, a fin de poblar el extenso territorio nacional, a través de mantener elevados índices de fecundidad y de luchar por disminuir los niveles de mortalidad (IMSS, 1988).

México, como el resto de los países en desarrollo, en especial de Latinoamérica, presentó un aumento acelerado de población duplicando su número de habitantes entre 1940 y 1970. En América Latina, tan sólo en 30 años, pasaron de 126 a 278 millones de habitantes. En nuestro país había en promedio cerca de 6.5 hijos vivos por mujer en el año de 1960.

En 1970 había 50.6 millones de habitantes en el territorio nacional. Para ese mismo año la pirámide de población se caracterizaba por tener una base ancha debido a que tenía más población infantil, esto se puede ver claramente en la Gráfica 1. En 1970 se dio un gran número de nacimientos, mientras que por otro lado, la población adulta, 60 años en adelante era reducida (Salud, 2001b).

En agosto de 1974 se llevó a cabo la Conferencia Mundial de Población en la ciudad de Bucarest, donde se tenía como prioridad disminuir y controlar las elevadas tasas de natalidad y morbilidad en el mundo, siendo la primera llamada de atención a nivel mundial en el ámbito demográfico y de salud.

Gráfica 1. Población total por sexo y grupos de edad, 1970 y 2000



Fuente: estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población.

En este mismo año se creó en México el Consejo Nacional de Población (CONAPO), como un organismo intersectorial para el establecimiento y coordinación de la política de población y sus líneas de acción promulgándose la nueva Ley General de Población, instrumento mediante el cual se permite regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional.

Éstas fueron las bases para la creación de programas oficiales de planificación familiar que se enfocan en campañas de comunicación educativa y en la prestación de servicios gratuitos. El sustento jurídico para los programas se basa en las reformas hechas al artículo 4º Constitucional, donde se establece el derecho de todos los mexicanos a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, la equidad de género y el derecho a la salud de toda la población.

El 28 de octubre de 1977 se efectuó en el Palacio Nacional la IX Sesión del CONAPO, con el propósito de someter a la consideración del entonces Presidente de la República Lic. José López Portillo, el Plan Nacional de Planificación Familiar del Sector Salud. Es ésta la primera vez en la historia de México que se toma una decisión

institucional en materia de planificación familiar en especial de la población en respuesta a lo establecido en Bucarest años atrás. La Coordinación Nacional del Plan, en colaboración con el CONAPO y las instituciones tanto del sector salud como de otras que se relacionan, intentaron que la planificación familiar sea una actitud y acción responsable de la población para mejorar la calidad de vida del individuo, la pareja, la familia y la comunidad (Salud, 1977).

Se cuenta actualmente con una Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, la cual incorporó los avances científicos y tecnológicos en anticoncepción, así como documentos técnicos sobre métodos de control de la fertilidad, orientación – consejería, consentimiento informado y derechos sexuales y reproductivos. La Norma Oficial Mexicana (NOM 005-SSA-1993) tiene el objeto de uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, así como también la identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social.

El campo de aplicación de esta Norma lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado, y regula requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar. La planificación familiar se ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños. Esta Norma es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud.

El Censo General de Población y Vivienda (CGPV) del año 2000, de cuyos resultados ha informado el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), revela que nuestro país entra al siglo XXI con una tasa de crecimiento poblacional más armónica y con una mayor esperanza de vida al nacimiento de todos los mexicanos.

Actualmente el gobierno federal está realizando, Programas de Salud, en específico, para la salud reproductiva y la planificación familiar denominado *Programa de Acción: Salud Reproductiva "Arranque parejo en la vida" 2001-2006*. El Programa Nacional de Salud 2001-2006 señala que el desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional del país dependen de la salud de la población; además se enfatiza que la salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades.

2.2 Políticas Públicas en torno a la Salud Reproductiva

Antes de comenzar este punto, es importante decir que la salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos. Es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de los hijos. La salud reproductiva está directamente relacionada con la calidad de vida, la sexualidad y la familia, representa el ejercicio de la sexualidad responsable y sin riesgos; el bienestar de la madre, del niño en gestación, de los infantes, los adolescentes y se extiende más allá del período reproductivo de las personas (Salud, 2001b).

En diciembre de 1994 el Secretario de Salud, Dr. Juan Ramón de la Fuente, tomó la iniciativa de implantar un Programa Nacional de Salud Reproductiva . De acuerdo a dicho programa la población usuaria de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar de los sectores público, social y privado tienen derecho a (Salud, 2001b):

- Información: enterarse de los beneficios de la práctica de la planificación familiar y de los riesgos reproductivos y del uso de los métodos anticonceptivos.
- Acceso: recibir atención y servicios de salud reproductiva con calidad.
- Elección: decidir responsable y libremente sobre la práctica de la planificación familiar y el uso de métodos de regulación de la fertilidad.

- Seguridad: acceso a métodos anticonceptivos efectivos y exentos de riesgos y daños para la salud.
- Privacidad: recibir información, orientación - consejería y servicios en un ambiente libre de interferencias.
- Confidencialidad: seguridad de que la información personal proporcionada no será divulgada a terceras personas.
- Dignidad: ser tratado con respeto consideración y atención.
- Continuidad: recibir información, servicios y suministros en planificación familiar por el tiempo que sea necesario para asegurar el uso constante de un método anticonceptivo.
- Opinión: expresar sus puntos de vista acerca de la información, métodos y servicios recibidos, garantizando los derechos reproductivos de la población.

La información y presentación de servicios de salud reproductiva se definen y articulan a partir de tres componentes fundamentales: salud perinatal, salud de la mujer y la planificación familiar, todos ellos con una clara perspectiva de género. Las acciones de salud perinatal tienen como objetivo fundamental propiciar la maternidad saludable y sin riesgo para todas las mujeres, estableciendo estrategias gerenciales tendientes a incrementar la calidad de atención y contribuir a la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

La salud de la mujer tiene como objetivo fundamental la prevención y control de enfermedades neoplásicas en la mujer, destacando por su importancia los cánceres cérvico uterino y mamario.

Por su parte, la planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número de sus hijos, y a obtener la información especializada y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la edad y el estado social o legal de las personas (Diccionario de Términos Médicos, 1994).

La planificación familiar pone al alcance de toda la población información veraz y oportuna así como una diversidad de métodos y estrategias anticonceptivas que respondan a las necesidades de cada individuo y de cada pareja, de acuerdo con las diferentes etapas de su ciclo reproductivo; promueve la participación activa del varón en las decisiones y corresponsabilidad en todas las fases del proceso reproductivo y fomenta actitudes y conductas responsables en la población adolescente para garantizar su salud sexual y reproductiva.

La planificación familiar forma parte de la estrategia para “reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres”, específicamente donde se señala la importancia de atender otros problemas relacionados con el rezago, y también se articula con la estrategia que precisa la necesidad de vincular la salud con el desarrollo económico y social en lo que se refiere a promover la perspectiva de género en el sector salud (Salud, 2001b).

Los objetivos del programa se centran en incrementar la información y educación para promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población en favorecer el acceso a los servicios de salud reproductiva de los grupos adolescentes, indígenas, discapacitados, población rural y urbano marginada y sobre todo en las diversas regiones del país que tienen una alta marginación.

La primera etapa de las actividades de planificación familiar, comprendida entre 1973 y 1982, se basó en el crecimiento acelerado de la población; el contenido educativo se centró, por una parte, en las ventajas socioeconómicas de contener el crecimiento de la población, resumidas en el lema “*la familia pequeña vive mejor*” y por la otra en el conocimiento y el uso adecuado de los métodos anticonceptivos (IMSS, 1998).

Al observarse una disminución clara en el número de hijos por pareja en el año de 1982, un promedio de entre 3 y 4 niños, se puso en marcha la segunda etapa que abarca de 1983 a 1990, correspondiente a la transición de la protección anticonceptiva con enfoque

principalmente demográfico y tomando en cuenta los enfoques de salud y riesgo reproductivo en la promoción y en la prestación de los servicios de planificación familiar. La preocupación ya no fue solamente la regulación de la fecundidad, sino la identificación de los factores de riesgo reproductivo y la protección anticonceptiva oportuna y eficaz.

Algunos beneficios de la planificación familiar son:

- Contribuye a disminuir la enfermedad y mortalidad materna al prevenir embarazos no planeados, embarazos no deseados y embarazos de riesgo.
- La planificación familiar contribuye a disminuir la práctica de los abortos inducidos.
- El espaciamiento de los embarazos contribuye a disminuir la enfermedad y muerte en los recién nacidos y en los niños menores de cinco años.
- La planificación familiar incrementa la calidad de vida y contribuye al bienestar de la pareja, la familia y la comunidad.
- Los métodos anticonceptivos actuales son altamente efectivos y seguros, además proporcionan beneficios a la salud de la población usuaria.
- La oferta amplia de métodos anticonceptivos permite satisfacer las demandas y requerimientos de las parejas en las diversas etapas de su vida reproductiva.
- La planificación familiar mejora la relación de la población con su entorno ambiental.

La planificación familiar contribuye al desarrollo económico, político y social. En las últimas tres décadas se ha notado un descenso en los niveles de fecundidad asociado al uso de métodos anticonceptivos. A principios de la década de los 70 el promedio de hijos por mujer era superior a 6.0, en 1990 un poco más a de 3.0 hijos por mujer, ya para el año 2000 es de un promedio de 2.4 hijos por mujer. De continuar con la tendencia observada hasta ahora, para el año 2005 México alcanzará el nivel de reemplazo intergeneracional, esto es una tasa global de fecundidad de 2.1 hijos por mujer (CONAPO, 2000a).

Durante la última década se incrementó la información, se amplió la oferta de anticonceptivos, se promovió la participación activa del varón y se impulsaron acciones para atender la salud sexual y reproductiva de la población adolescente. Actualmente los métodos anticonceptivos más usados son la Obstrucción Tubaria Bilateral (OTB o mejor conocida como Salpingoclasia) y el DIU; son además los de mayor efectividad. Existe un 12.3% del total de personas con una vida sexual activa, que prefieren los métodos tradicionales, lo que indica la diversidad de formas para decidir sobre la sexualidad y reproducción en la población (Salud, 2001b).

Existen aún diversos factores que obstaculizan el ejercicio pleno del derecho de las personas y de las parejas a decidir sobre el número de sus hijos y el espaciamiento. Cuando una persona en edad fértil y con vida sexual activa no desea tener hijos definitivamente o por un tiempo y no hace usos de métodos anticonceptivos se dice que se encuentra en “*situación de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos*”. En 1997 las entidades con mayor demanda insatisfecha fueron: Guerrero (25.8%), Oaxaca (21.2%), Chiapas (20.8%), Puebla (19.5%) y Guanajuato (19.0%) (Salud, 2001b).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997 la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos es mayor entre la población sin escolaridad (aproximadamente un 21.8%) y entre la población de habla indígena, 25.8%, que son precisamente los grupos en donde la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es más baja. Esto implica que la pobreza no es sólo la falta de recursos materiales o económicos, es también la falta de oportunidades para elegir. En el año 2000 la disminución en la población fue evidente como consecuencia de la desaceleración del crecimiento de la población infantil y de un incremento en la población adolescente.

La necesidad de uso de métodos anticonceptivos entre el total de mujeres en edad fértil del país alcanzó el 70.8% en el año 2000, valor que representa más del doble del estimado en 1976 y que supera la meta de 70.2% establecida en el Programa Nacional de Población 1995-2000. La oferta actual de uso de métodos anticonceptivos significa que poco más de 11 millones de parejas usan un método para regular su fertilidad y que el

número de mujeres y hombres activos sexualmente, se incrementó en poco más de dos millones (Salud, 1998).