

30



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

**ESTRATEGIA DE CAMPAÑA SOBRE CONSENTIMIENTO
INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

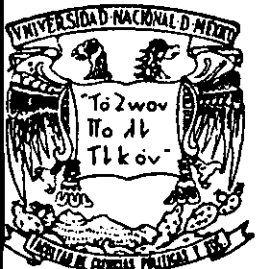
PRESENTA:

ERIKA MARIA ESTRADA SOTELO

ASESOR DE TESIS: PROF. LEONARDO FIGUEIRAS TAPIA

294024

Ciudad Universitaria, Junio de 2001





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Agradecimientos:

Al Marido: Gracias por estar siempre a mi lado, por tu amor y tu comprensión que me han dado el coraje y la fuerza para seguir siempre hacia delante. **TE AMO**

A Diego: Gracias por hacerme feliz con tu mirada, con tu sonrisa y con cada una de tus nuevas experiencias. Gracias por transmitirme paz y llenar mi vida de fé y esperanza.

A la Mami y al Niño: Gracias por su inmenso apoyo, por enseñarme con el ejemplo a luchar y a disfrutar de cada uno de los momentos de mi vida.

A la Hermana Linda: Gracias por estar siempre ahí, por tu incomparable amistad, tu cariño y tu enorme generosidad que me han ayudado a nunca doblegarme. Gracias por compartir conmigo los momentos más importantes en mi vida.

Al Papáyo, la Tú y Mamá Queles: Mil gracias por su apoyo, su cariño y por brindarme siempre un consejo que me ayuda a no detenerme en el camino.

A mis Suegros y Cuñados: Gracias por brindarme su apoyo y por estar cerca de nosotros regalándonos cariño.

A mis Asesores Leonardo, Cortés y Doroteo: Gracias por su confianza y por ayudarme a concluir con este importante paso en mi carrera.

INDICE

	Pags.
INTRODUCCIÓN	I
1. CAPÍTULO 1	
PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA	
EN MÉXICO	
1.1. La planificación familiar y la salud reproductiva	
en el marco internacional	1
1.1.1. Definición de planificación familiar	1
1.1.2. Definición de salud reproductiva	3
1.1.3. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo 95	5
1.1.4. Conferencia Internacional. Beijing, China 1995	11
1.2. La planificación familiar en el marco de la política	
de población en México	
1.2.1. Antecedentes sociodemográficos	13
1.2.2. Antecedentes Jurídicos	24
1.2.2.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Reglamentos, Códigos y Leyes)	25
1.2.3. Programa Nacional de Desarrollo	29
1.2.4. Programa Nacional de Población 1995-2000	33
1.2.5. Programa Nacional de Salud Reproductiva 1995-2000	37
1.2.6. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Salud Reproductiva y Planificación Familiar	40
1.2.7. Programa de Planificación Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social	44

2. CAPÍTULO 2

LA COMUNICACIÓN: UNA ESTRATEGIA DE ACCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

2.1. Antecedentes en campañas de comunicación en planificación familiar	49
2.1.1. La experiencia con medios de comunicación masiva del Consejo Nacional de Población	53
2.1.1.1. Campaña Planifica, es cuestión de querer 1995-1999	59
2.1.2. Planificatel...un trabajo de comunicación interpersonal y masiva del IMSS	61
2.1.3. La experiencia con medios de comunicación interpersonal y masiva del IMSS	63
2.1.3.1. Programa de radio "atrasito de la raya"	69
2.2. El papel de las campañas de comunicación en la promoción de planificación familiar	70
2.2.1. Importancia del uso de los medios de comunicación interpersonal en la promoción de la planificación familiar.	76
2.2.2. La Consejería y el Consentimiento Informado como acciones de comunicación interpersonal en la promoción de la planificación familiar.	80

3. CAPÍTULO 3

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

3.1. Consideraciones teóricas de los medios de comunicación masiva e interpersonal para la creación de la Campaña de Comunicación sobre Consentimiento Informado en Planificación Familiar	87
3.1.1. Diseño de Estrategia Comunicativa	94
3.1.2. Creación de Campaña	97
3.1.3. Definición de Plataforma Conceptual	100
3.1.4. Características del emisor	101
3.1.5. Características de la población	102
3.1.6. Creación de productos comunicativos	104
3.1.7. Elección de medios	106
3.1.8. Producción y Costos de campaña	112
3.1.9. Evaluación y Plan de Contingencias	115
3.2. Estrategia de Comunicación	
3.2.1. Diagnóstico de audiencias	116
3.2.1.1. Estudio de opinión	117
3.2.1.2. Análisis del contexto	126
3.2.1.3. Análisis del emisor	128
3.2.2. Interpretación del diagnóstico	129
3.2.2.1. Problemática a resolver	130
3.2.2.2. Eje motivacional	131

3.3.Campaña sobre Consentimiento Informado en Planificación Familiar en el IMSS

3.3.1.Plataforma Conceptual	132
3.3.2.Objetivo general	133
3.3.2.1.Objetivos particulares	133
3.3.3.Población Objetivo	134
3.3.4.Emisor	135
3.3.5.Elección de medios y productos comunicativos	135
3.3.6.Lema y Logotipo	136
3.3.7.Producción y Costos	136
3.3.8.Duración	137
3.3.9.Distribución	138
3.3.10.Evaluación	138
3.3.11.Plan de Contingencias	139
CONCLUSIONES	140
BIBLIOGRAFÍA	143
HEMEROGRAFÍA	148

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, las estadísticas muestran que la tasa global de fecundidad alcanzó en 1965 la cifra de 7.2 hijos por mujer y descendió a 2.5 en 1999, lo que indica que existe un cambio favorable en el comportamiento reproductivo de la población.

El concepto de planificación familiar nos remite a diversos acuerdos, derechos y conferencias tanto nacionales como internacionales entre los que principalmente se puede mencionar: la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en el año de 1994, a la que asistieron representantes de 184 países y la IV Conferencia Mundial a favor de la Mujer que se celebró en la ciudad de Beijing, China en septiembre de 1995, la cual contó con más de 180 delegaciones de países miembros de las Naciones Unidas.

A raíz de dichas Conferencias Mundiales sobre Población y Desarrollo, entre otras, se ha considerado que además de retomar la planificación familiar como parte de una salud reproductiva de la mujer y del hombre que considera que éstos tengan "bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad en el proceso de reproducción, así como en el ejercicio de la sexualidad¹", la planificación familiar debe ser vista como un derecho humano en el que la información, la educación y la comunicación son los medios para poder ejercerlo.

¹ Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar.SSA.1994.pag.15

En la actualidad, la planificación familiar, vista desde el marco de la salud reproductiva es un tema que se encuentra justificado firmemente como una garantía constitucional y se ha incorporado en nuestra sociedad como un derecho humano que, - a través de la posibilidad de ejercer el derecho de toda mujer y hombre a obtener información y tener acceso a métodos seguros de planificación familiar, así como recibir servicios de salud que permitan a las parejas máximas posibilidades de tener embarazos y partos seguros, así como hijos sanos, - contribuye a salvar vidas y proteger la salud de millones de mujeres y niñosⁱⁱ

Cabe señalar que, desde el 30 de mayo de 1994 en México, ya existía un importante avance al respecto, debido a que fue publicada en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana "De los Servicios de Planificación Familiar". Esta NOM estableció importantes principios que fueron retomados en las Conferencias Internacionales y que a la fecha es la base jurídica de éste tipo de servicios en nuestro país.

Específicamente, en la NOM SPF 1994 se define la planificación familiar como *"el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento 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."*ⁱⁱⁱ

ⁱⁱ Ibidem

ⁱⁱⁱ SSA. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, 1994. Pag. 14

Para junio de 1995, el Ejecutivo Federal estableció un Plan Nacional de Desarrollo que presentó cinco grandes retos: soberanía, estado de derecho, desarrollo democrático, crecimiento económico y desarrollo social.

Este último define entre otros objetivos: promover el desarrollo equilibrado de la población, el cual está constituido también, entre otros elementos, por la vacunación, la nutrición y la salud reproductiva.

A raíz de dicho Plan Nacional de Desarrollo se realizaron programas específicos para cada uno de sus objetivos y surgió entonces el Programa Nacional de Población 1995-2000 con la finalidad de contribuir a través de la regulación de los fenómenos poblacionales, a asegurar que los mexicanos participen justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo.

La salud reproductiva, por lo tanto, se incorpora necesariamente en el contexto poblacional y demográfico, ya que para alcanzar metas demográficas es indispensable garantizar a la población el pleno disfrute de una vida sexual, reproductiva y familiar informada, conscientemente planeada y sin riesgos, en un marco de igualdad, libertad y justicia^{iv}

Por su parte, el Programa Nacional de Población 1995-2000 establece siete retos prioritarios de la política de población de los cuales se retomará el interés por: Continuar impulsando la reducción del crecimiento poblacional.

^{iv} Ibid. Pag.40

Este reto sugiere que la necesidad de: "1) impulsar un enfoque integral de planificación familiar y salud reproductiva, que subraya a atención de las necesidades de hombres y mujeres en los ámbitos de la anticoncepción, la sexualidad, la salud y la reproducción. 2) promover los beneficios que trae consigo un tamaño reducido de familia para alcanzar un desarrollo individual y familiar pleno, a través de las acciones en materia de educación y comunicación en población, las intervenciones dirigidas a fortalecer el desarrollo integral de la familia, y las orientadas a ampliar las oportunidades de educación y participación de las mujeres en la actividad económica. 3) Atender la demanda insatisfecha de anticonceptivos a través del acceso universal a los servicios de planificación familiar y salud reproductiva que reafirma el principio de garantizar en condiciones informadas y con plena libertad el ejercicio de los derechos reproductivos^v amparados en el Artículo Cuarto de nuestra Constitución."^{vi}

Considerando las Conferencias y la política de población vigente, para abril de 1996, se concretó el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar que, como se mencionó anteriormente, responde a una prioridad nacional, con objetivos realistas, con metas factibles y alcanzables, sustentado en estrategias y líneas de acción acordes a las demandas de la población, y a la impostergable necesidad de cambio en la atención de la salud y de la seguridad social.

^v "El varón y la mujer son iguales ante la ley... Toda persona tiene el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud". Art. 4º Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

^{vi} Plan Nacional de Población 1995-2000. Pag.51

Finalmente, el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 define que sus estrategias y líneas de acción deberán ser promovidas y concertadas entre las instituciones del sector público y privado, así como con diversas organizaciones de la sociedad civil^{vii} y considera que para enfrentar el reto de difundir el concepto integral de salud reproductiva entre toda la población, éstas instituciones - entre las que se incluye el Instituto Mexicano del Seguro Social- deberán también, poner énfasis en dicho concepto en los procesos de comunicación educativa y comunicación social.^{viii}

La historia de la planificación familiar en México es muy reciente y se remonta al año de 1974 con la disposición oficial que determinó conforme a las estadísticas de población y su crecimiento, la imperiosa necesidad de disminuir la tasa de fecundidad del país.

La comunicación se hizo imprescindible en la consecución de dicho objetivo y gracias a ésta se inició un proceso de cambio demográfico basado en la transformación de los valores, actitudes y preferencias de la sociedad mexicana en relación con su reproducción.

Las acciones de comunicación y su desarrollo en este ámbito fueron evolucionando con los conceptos mismos de la reproducción (planificación familiar, salud reproductiva, salud sexual, etc.) y sus modificaciones, surgidas a raíz del proceso de globalización económica que sin duda

^{vii} Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000.pag. iv

^{viii} Ibid. Pag.iii

alguna, ha propiciado eventos mundiales para unificar principios y lograr una competencia entre iguales en todos los aspectos.

La heterogénea sociedad mexicana dentro de este marco internacional ha atravesado por diversas estrategias comunicativas de planificación familiar, campañas permeadas de objetivos meramente demográficos; en pro del bienestar económico y social de la población; y más recientemente, campañas que considerando principios internacionalmente reconocidos y fundamentados en el respeto absoluto a los derechos reproductivos de los individuos y las parejas buscan conseguir las metas demográficas políticamente establecidas tanto en el ámbito nacional como internacional.

Bajo este marco de intereses mundiales, México se ve inmerso en el compromiso de lograr también una mejora continua en la calidad de la atención en los servicios de planificación familiar para los mexicanos, respetando la heterogeneidad de su sociedad conforme a sus derechos.

Hoy en día, con dicho objetivo surge el concepto del *consentimiento informado* que engloba todo un proceso comunicativo y educativo dirigido a que la población sin discriminación, violencia, ni coerción, tome decisiones reproductivas conscientes basadas en la libertad, y en la información existente que se le deba otorgar sobre todas las opciones de métodos anticonceptivos, sus ventajas y desventajas, sus efectos colaterales, restricciones, etc.

Considerando la relevancia del *proceso del consentimiento informado*, en cuanto al interés por garantizar los derechos reproductivos de la población mexicana, buscando la mejora continua en la calidad de los servicios de planificación familiar y tomando como marco conceptual lo vigente sobre planificación familiar, se propone la creación de una propuesta para el IMSS, de estrategia de campaña construida con base en la aplicación de medios de comunicación interpersonales que se complementen con los medios de comunicación masiva.

Posteriormente, retomando los antecedentes mencionados y con base en un diagnóstico de la población derechohabiente del **Instituto Mexicano del Seguro Social**, en esta investigación se establecerán las acciones comunicativas estratégicas necesarias para lograr que la población seleccionada aumente su demanda de información a través del proceso del consentimiento informado y acepte de manera consciente y con responsabilidad, el uso del método anticonceptivo que más le convenga, lo cual constituye el proyecto de tesis conforme a la hipótesis, objetivos y esquema que se señalan más adelante.

La estrategia de campaña se sustentará en varios antecedentes; contextuales y de infraestructura, indispensables para llegar a la definición del objetivo, población objetivo, justificación, estrategia de comunicación (mensajes, lema, imagen) y plan de medios.

La campaña propuesta se diseñará tomando en cuenta la trayectoria de la comunicación en planificación familiar en México, y un diagnóstico que determina las necesidades de la población y de los prestadores de servicios

del IMSS, con relación a sus conocimientos, información, creencias, expectativas y actitudes en torno al proceso del consentimiento informado como instrumento para llevar a cabo la planificación familiar.

Una vez obtenida estos resultados se procederá a la elección de un objetivo específico de campaña y de población, así como a la elección de un eje motivacional traducido en un mensaje creativo y original que basado en la imagen y misiones institucionales, pueda servir de "gatillo" y crear sinergia para propiciar en la población objetivo una respuesta consistente con el objetivo establecido.

La creación de un "qué decir" (mensaje) implica definir un plan para la difusión del mismo, crear un producto que contenga el mensaje y un plan o estrategia de medios para difundir o distribuir el producto. La propuesta creativa en este proyecto, incluye el desarrollo de un dummie o prueba de dicho producto, así como el presupuesto y tiempos de producción aproximados tanto para el material creado como para la campaña en general.

Finalmente, se propondrá una guía de elementos básicos para dar seguimiento y hacer una evaluación de los materiales, además de un plan de contingencias que definirá algunas opciones adicionales que se pueden realizar en caso de existir algún problema o contingencia en el desarrollo de la campaña, ya sea en la fase de producción de materiales o de implementación de la campaña.

1.1. LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LA SALUD REPRODUCTIVA EN EL MARCO INTERNACIONAL

1.1.1. Definición de planificación familiar

La planificación familiar, según la Organización Mundial de la Salud, se funda en prácticas que ayudan a individuos o a parejas a alcanzar determinados objetivos: evitar los nacimientos no deseados, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de niños que constituirán la familia.¹

La OMS señala que la planificación familiar puede tener como objetivo la salud relacionada con los derechos humanos y con la planeación demográfica "Uno de los objetivos de la lucha por los derechos humanos consiste en conseguir la libertad de elección en cuanto a embarazos y nacimientos, y asegurar que todo niño que nace es un niño deseado. Ello implica, que toda pareja tendrá derecho a concebir y a tener hijos y que habrá que ayudarla a que sea materialmente capaz de hacerlo. La planificación demográfica se orienta hacia objetivos socioeconómicos. Suelen exponerse en términos demográficos, sobre todo en relación con el número y el índice de nacimientos en una sociedad dada. Se trata de asegurar en términos demográficos que el volumen de población que constituye una sociedad sea compatible con los recursos disponibles para mantener o mejorar la calidad de la vida de esa población."²

¹ Organización Mundial de la Salud. Evaluación de las actividades de planificación de la familia en los servicios de salud. Serie de Informes Técnicos no.569. Ginebra, 1975.pag.9

² Ibid. pag.12

La Secretaría de Salud en la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, 1994, así como el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, señalan que: "La planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento 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."³

Por lo tanto, la planificación familiar es entendida como un proceso permanente en la vida de individuo que conlleva una vida reproductiva sana, que repercute no sólo en la persona y su familia (presente o futura), sino en la sociedad, el país y obviamente en el bienestar de las próximas generaciones.

³ Secretaría de Salud. Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar, 1994. Comité Consultivo Nacional de Normatividad de Servicios de Salud, pag.14

1.1.2. Definición de salud reproductiva

El concepto de 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 para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.*⁴ La salud reproductiva y los servicios referentes a ella, se definen y articulan a partir de tres componentes fundamentales: planificación familiar, salud perinatal y salud de la mujer, todos ellos con una clara perspectiva de género.

En este contexto de la salud reproductiva, "la planificación familiar pone al alcance de toda la población información veraz y oportuna, así como una diversidad de métodos y estrategias anticonceptivas que responden a las necesidades de cada individuo y de cada pareja, de acuerdo a 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; fomenta actitudes y conductas responsables en la población adolescente para garantizar su salud sexual y reproductiva, y propone estrategias que, con pleno respeto a la diversidad cultural y étnica del país, permiten fortalecer la salud reproductiva de la población...La vinculación de la planificación familiar con los otros componentes de la salud reproductiva fortalece y amplía su universo de acción".⁵

⁴ Secretaría de Salud. El derecho a la libre decisión... México, Octubre 1998.pag. 17

⁵ Ibid.pag.19

En el libro *La Salud Reproductiva en la Seguridad Social*, se menciona que “la salud reproductiva debe ser considerada como parte integral del individuo, inherente a la vida misma y constituyente esencial de su bienestar bio-psico-social desde el nacimiento y hasta la muerte, no exclusivamente en relación con una condición de fertilidad, procreación, sexualidad o riesgo, sino en el sentido más amplio de integración con el concepto tradicional de salud ya que *no se puede concebir a un individuo sano que no esté integrado a una vida reproductiva saludable.*”⁶

La planificación familiar vista en el contexto de la salud reproductiva nos remite a diversos acuerdos, derechos y conferencias tanto nacionales como internacionales entre las que se puede mencionar: la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en el año de 1994 a la que asistieron representantes de 184 países y la IV Conferencia Mundial a favor de la Mujer que se celebró en la ciudad de Beijing, China en septiembre de 1995 con más de 180 delegaciones de países miembros de las Naciones Unidas.

⁶ Cardona Pérez, et al. *La Salud Reproductiva en la Seguridad Social*. México, 1997. pag. 9

1.1.3. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 1994

La Conferencia del Cairo marcó un cambio importante para la salud reproductiva, alejó el foco de la planificación familiar de las metas de fecundidad y las metas demográficas nacionales para dirigirlo a la satisfacción de las necesidades de planificación familiar y atención en materia de salud reproductiva y sexual de los individuos. Convirtió el acceso universal a una gama completa de servicios de salud reproductiva de alta calidad, incluso los de planificación familiar y salud sexual, en una meta para los gobiernos del mundo, para el año 2015. Puso énfasis en los derechos de todos a la salud reproductiva y, cosa más importante, a los servicios de calidad: “los servicios deberán ser accesibles, aceptables y convenientes para todos los usuarios.”⁷

Por vez primera, los derechos reproductivos fueron internacionalmente reconocidos por los gobiernos como parte de los documentos sobre derechos humanos internacionales. El derecho a la salud reproductiva se confirmó.

“Estos derechos reconocen el derecho de toda pareja e individuos para decidir de manera libre y responsable el número, espaciamiento y terminación de hijos y a tener la información necesaria, y el derecho de obtener un alto nivel de salud sexual y reproductiva.”⁸

⁷ Salud sexual y reproductiva. La planificación familiar lleva las promesas a la práctica. Visión año 2000. Federación Internacional de Planificación Familiar. IPPF, 1995 pag.6

⁸ Action for the 21st. Century Reproductive Health & Rights for all. International Conference on Population and development. Family Care International. September, 1994, pag.i.

La Conferencia afirma que cada niño debe ser deseado. Señala que se debe enfocar los esfuerzos de todo gobierno y comunidad, hacia la promoción de la justicia social y a erradicar la pobreza. Por lo que, para cumplir esta meta se requerirá del apoyo de instituciones democráticas, una mayor racionalización y distribución igualitaria de los recursos, políticas macroeconómicas favorables y una pronta estabilización de la población, vital para conocer las principales demandas sobre educación básica, salud, agua potable, vivienda, alimentación y empleos.⁹

El Programa de Acción definido en El Cairo, es la expresión de un grado de consenso internacional sin precedentes, en el que se reconocieron:

- La necesidad de que los gobiernos garanticen a sus ciudadanos protección y el ejercicio de sus **derechos humanos** y su aplicación en **todos los aspectos de los servicios de salud** proporcionados.
- Población, medio ambiente, modelos de consumo, estilos de vida, pobreza, migración y **asuntos de género** se interrelacionan y forman interacciones complejas y dinámicas que necesitan ser dirigidos como parte del sistema de desarrollo sustentable.
- La **atención de calidad** es esencial en el éxito de la atención de parto y contribuye en el mejoramiento de la salud en general.
- Aumentar la **participación del hombre** en todas las áreas del hogar y de la vida pública, no sólo para la **equidad social de género** sino para optimizar los niveles de vida y autoestima de **mujeres y niños**.
- Las **necesidades y derechos de los adolescentes** para recibir información y servicios principalmente para orientar sus **decisiones sexuales y reproductivas** en forma responsable e informada

⁹ Ibid. pag.i,ii.

- La necesidad de protección gubernamental y apoyo a todas los tipos de familias, especialmente padres solteros y mujeres que mantienen su hogar.
- Y la movilización de recursos- humanos, técnicos y financieros- es una prioridad que es reflejada al tiempo que los gobiernos consideran un presupuesto específico para la salud reproductiva.

El Programa de Acción del Cairo 1994 establece los principios para la conceptualización e implementación de las políticas y programas de la salud reproductiva, entre los que se mencionan:

**EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES Y
PROMOVER LA IGUALDAD Y EQUIDAD DE GÉNERO**

OBJETIVOS

“Eliminar toda forma de discriminación contra la mujer para capacitarla para ejercer sus derechos sexuales y su salud reproductiva y promover una representación igualitaria en todos los niveles de la vida pública y política.

Asegurar que mujeres y hombres tengan la información y conocimientos para lograr buena salud sexual y ejercer sus derechos reproductivos y responsabilidades a través de una mayor sensibilización de género, actitud sexual responsable y equidad en las relaciones de género.”¹⁰

¹⁰ Ibid.pag. iii

**ADOPTAR LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS RECONOCIDOS
EN LOS DOCUMENTOS LEGALES NACIONALES E
INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS:**

- El derecho de parejas e individuos para decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos y a tener la información y los conocimientos necesarios para hacerlo.
- El derecho de lograr el nivel más alto de salud sexual y reproductiva
- El derecho de tomar decisiones libres de discriminación, coerción o violencia.

El principal propósito de las metas y políticas de población es mejorar la calidad de vida de la población.

Se consideró que las políticas de población deben ser consistentes con la legislación y soberanía nacional así como con las prioridades de desarrollo nacional, asegurando el respeto a la diversidad de religión, etnia y cultura, en conformidad con los derechos humanos universalmente reconocidos.

La igualdad de género y la garantía de que las mujeres puedan controlar su fertilidad es una de las piedras angulares de los programas de población establecidos a partir de ésta Conferencia. Además de que los Estados deben asegurar, con base en la igualdad del hombre y de la mujer, el acceso universal a los servicios de salud incluyendo los servicios del cuidado de la salud sexual y reproductiva.

Se confirmó que todos tienen el derecho a la educación para el completo desarrollo de su potencial y dignidad humana y para el fortalecimiento de los derechos humanos y libertades fundamentales, incluyendo aquello relativo a la población y desarrollo, con particular atención a las mujeres y las niñas.

Todo servicio otorgado debe salvaguardar los principios de libertad de elección informada proveyendo información comprensible y verídica sobre todos los niveles de seguridad y efectividad de los métodos. Sus objetivos deben estar basados en decisiones responsables e informadas sobre el embarazo y los métodos de regulación de la fertilidad para conocer las necesidades de salud conforme a los ciclos de vida, además de que deben proteger y promover los derechos de confidencialidad y privacidad.

Las metas y políticas de población deben ser definidas en términos de la necesidad insatisfecha de información y servicios.

Conforme a este Programa de Acción, todos somos titulares de todos los derechos y libertades establecidos a partir de la Declaración Universal de Derechos Humanos incluyendo los derechos a la salud y educación, sin distinción de ningún tipo, ni de raza, idioma, religión, origen social o nacionalidad, propiedad, nacimiento u otro estatus.¹¹

¹¹ Ibid. Pag.11

LOGRAR ACCESO UNIVERSAL.

Todos los países deben hacer posible el acceso universal a la mejor calidad de servicios de salud reproductiva incluyendo la planificación familiar y la salud sexual, a través del sistema básico de atención de la salud no más allá del año 2015. Los servicios deben ser accesibles, aceptables y convenientes a todos los usuarios.

Cualquier programa de salud reproductiva y planificación familiar debe incluir facilidad de diagnóstico y tratamiento de enfermedades sexualmente transmisibles reconociendo que éstas pueden aumentar el riesgo de transmisión del SIDA.

Lograr la disponibilidad y accesibilidad universal a los servicios de salud reproductiva significa poner énfasis en las necesidades de grupos vulnerables y menos abastecidos, incluyendo adolescentes, pobres rurales y urbanos, indígenas, personas discapacitadas, migrantes, refugiados, y garantizar la seguridad y responsabilidad en los servicios para la mujer, hombres y adolescentes respetando la diversidad de perspectivas de género, cultura y etnia.¹²

Específicamente en cuanto a derechos y salud reproductiva el mensaje es claro: existen factores clave en el desarrollo de la sociedad. Los servicios de salud reproductiva son de las más apropiadas respuestas ante las necesidades básicas del hombre, contribuye a su salud, su satisfacción y su desarrollo.

¹² Ibid. Pags. 1-45

1.1.4. Conferencia Internacional. Beijing, China, 1995

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer se celebró del 4 al 15 de septiembre de 1995 en Beijing, China con la finalidad de promover y aumentar la igualdad de oportunidades para la mujer. Existen tres Conferencias Mundiales previas a ésta, las cuales se llevaron a cabo en la Ciudad de México (Año Internacional de la Mujer, 1975), Copenhage (1980) y Nairobi (1985).

La Plataforma de Acción generada a partir de dicha Conferencia menciona entre otros, que:

- La mujer tiene el derecho de disfrutar del mejor estado de salud tanto física como mental, lo cual es vital para su vida, su bienestar y su posibilidad para participar en todas las áreas de la vida pública y privada;
- La buena salud es esencial para realizar una vida productiva y satisfactoria y el derecho de toda mujer al control de su fertilidad son elementos básicos para su empoderamiento;
- La salud reproductiva es vista desde una perspectiva integral;
- Los derechos sexuales incluidos en los derechos individuales son considerados elementales en el control y decisiones libres y responsables de la mujer en cuanto a su comportamiento sexual y reproductivo.
- Es derecho de mujeres y hombres, estar informados y tener un acceso seguro, efectivo, accesible y aceptable de los métodos anticonceptivos de planificación familiar de su elección.

- Compartir responsabilidades entre mujeres y hombres en materia de comportamientos sexuales y reproductivos es también esencial para mejorar la salud de la mujer, etc.

Como se menciona anteriormente, con el concepto de planificación familiar dentro del marco de la salud reproductiva se encuentra implícito en derecho de toda mujer y hombre a obtener información y tener acceso a métodos seguros de planificación familiar, así como a recibir servicios de salud que permitan a las parejas máximas posibilidades de tener embarazos y partos seguros, así como hijos sanos.

1.2. LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL MARCO DE LA POLÍTICA DE POBLACIÓN EN MÉXICO

1.2.1 Antecedentes socio-demográficos

El conocimiento de las características sociodemográficas y económicas de la población mexicana, ha cobrado importancia por su significado en la interpretación del desarrollo moderno y la necesidad de instrumentar políticas orientadas a lograr la equidad de oportunidades entre el hombre y la mujer.

El descenso de la tasa global de fecundidad ha ocurrido en México esencialmente a expensas de la práctica de métodos anticonceptivos. La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos aumentó del 30% registrado en 1976 a casi el 64% de las mujeres unidas en edad fértil en 1994. En otros datos más recientes, el número de hijos por familia descendió de 7.2 en 1965 a 2.5 en 1999, lo que indica que de haberse mantenido el nivel de fecundidad de principios de los años setentas, actualmente tendrían lugar en el país más de 6.4 millones de nacimientos, en contraste con los poco menos de 2.2 millones que se estima ocurrirán durante el presente año.

Para ejemplificar esta aseveración, el CONAPO menciona que, a principios de la década de los setentas la mayoría de las mujeres se dedicaba a la crianza de niños y niñas, en promedio, alrededor de 25 años entre el nacimiento de su primer hijo y el momento en que el último cumplía 6 años de edad. En contraste, las mujeres con dos hijos o menos al final de su vida reproductiva, que en la actualidad representa alrededor del 45%, dedican a

la crianza de hijos pequeños tan sólo poco más de 10 años, lo cual tiene enorme repercusión en la trayectoria de vida y en las posibilidades de desarrollo personal tanto de los hijos como de los padres, así como en las relaciones familiares.

Por otra parte, se conoce que el descenso de la fecundidad no se ha producido con la misma intensidad en todos los sectores de la población. En 1994, la descendencia promedio de las mujeres que habitaban en las localidades rurales ascendió a 3.8 hijos, mientras que en las mujeres urbanas era de 2.6, es decir, una diferencia de 1.2 hijos. Otra manifestación de este rezago se encuentra en la población indígena, la cual tiene una descendencia promedio de 3.9 hijos, en comparación con la población no indígena del país que, en ese año, registró una fecundidad de 2.8 hijos.

El descenso de la fecundidad y, en consecuencia, la revolución demográfica de México, ha descansado, en buena medida, en la notable modificación de las preferencias e ideales reproductivos de las parejas. Actualmente, la gran mayoría de los mexicanos (9 de cada 10) está convencida de que los eventos reproductivos pueden ser planeados.¹³

Así mismo, cabe mencionar que debido a la disminución de la fecundidad y de la mortalidad la estructura de la población provoca marcados cambios en su composición por edades, lo que a su vez origina también repercusiones en el ámbito económico, de educación y de salud en la sociedad.

Por un lado, la disminución de la mortalidad origina un progresivo aumento de la sobrevivencia, reflejada en la pirámide por un número cada vez mayor

¹³ Carpeta promocional 25 años de Política de Población. Tema: Fecundidad. CONAPO. 1999

de personas que llegan con vida hasta edades adultas y avanzadas. Por el otro, la disminución de la fecundidad se traduce en un estrechamiento de la base de la pirámide, puesto que, a medida que este proceso se profundiza, las generaciones anuales de nacimientos tienden a ser cada vez más reducidas.

Ello implica una reducción en el peso relativo de los menores de edad con respecto a la población total, un aumento considerable en la proporción de jóvenes y adultos, y un porcentaje creciente presentado por las personas de edades avanzadas.

Basta señalar que desde 1970 a la fecha, se han producido marcados cambios en la composición por edades de la población. La proporción representada por los menores de 15 años pasó de 48 a 34 %; en forma similar, la población entre 15 y 64 años de edad se incrementó de 49 a 61 %, mientras que la de 65 años y más aumentó su proporción de 3.7 a 4.7 por ciento.

Se estima que en 1999 residen en el país alrededor de 20 millones de personas de entre los 15 y los 24 años, cifra que representa poco más de uno de cada cinco mexicanos. Su número continuará aumentando ligeramente en la próxima década, hasta alcanzar una cifra máxima de 21.2 millones hacia el año 2010.

La población actual de adolescentes y jóvenes es superior al monto de la población de México en 1940, y está muy por encima de la población total de más de cien países en el mundo.¹⁴

¹⁴ Ibid. Tema Estructura de la población.

En términos jurídicos, existe consenso en el plano internacional acerca de que el tamaño y estructura de la familia es un derecho humano fundamental (Naciones Unidas, 1983). En México, de acuerdo con el artículo cuarto constitucional, la planificación familiar (PF) es el derecho que toda persona tiene a decidir, de manera libre, responsable e informada el número y espaciamiento de sus hijos.

Desde una perspectiva sociodemográfica, se sabe que cuando el crecimiento acelerado de la población rebasa la capacidad social para producir y distribuir satisfactores suficientes, se presentan diversos tipos de problemas sociales, económicos y de salud pública, como por ejemplo, el incremento de la marginación y el desempleo, así como el abastecimiento insuficiente de los servicios básicos y de los relacionados con la atención a la salud. En este sentido, la planificación familiar se concibe como un medio para regular el crecimiento poblacional que contribuye a una dinámica demográfica acorde con el desarrollo general del país y permite mejorar las condiciones de vida de la población.

La planificación familiar tiene importantes consecuencias para la salud reproductiva de la población. En efecto, como se mencionó anteriormente contribuye a disminuir la morbilidad y la mortalidad materna e infantil a través del espaciamiento de los embarazos, el inicio tardío de la reproducción y su limitación en situaciones de riesgo para la salud de la mujer. Por otra parte, los constantes avances en la tecnología anticonceptiva y en el conocimiento de la biología de la reproducción redujeron los efectos negativos de los métodos de planificación familiar.

Desde una perspectiva microsocia, la planificación familiar ha permitido cambios en los patrones de la relación familiar, al contribuir a una

planeación adecuada del tamaño y la estructura de la descendencia. Es importante subrayar la importancia de este nivel, ya que la familia se considera como una dimensión intermedia, como una instancia mediadora entre la realidad social y las decisiones y comportamientos individuales. Es en este último plano donde se adopta y ejerce la PF (Camarena, Salas, 1988).

Por último, en el terreno individual, y partiendo de una perspectiva de género, la planificación familiar se concibe como una vía para mejorar el status de la mujer en la sociedad, ya que favorece el desempleo de tareas distintas a las maternas y domésticas. La posibilidad de planear y espaciar los embarazos así como evitar los no deseados, contribuye a que la mujer se adueñe de su proceso reproductivo y pueda controlarlo. De esta manera, la planificación familiar se concibe como una práctica que ayuda a mejorar la condición femenina en nuestra sociedad.

En sus inicios, las actividades en el campo de la planificación familiar fueron realizadas por instituciones privadas. En 1958 se fundó la Asociación Pro Salud Maternal (Aprosam), que fue la primera en proporcionar servicios organizados de este tipo. En 1965, se creó la Fundación para Estudios de la Población, A.C. (FEPAC), que integró un grupo multidisciplinario de profesionales interesados en desarrollar un programa básico de investigación, educación y prestación de servicios médicos de PF. En 1984, esta institución cambió su nombre a Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam); bajo este nombre, Mexfam continúa desarrollando importantes actividades.

La primera institución gubernamental que trabajó en investigación y en la prestación de estos servicios fue el Instituto Nacional de la Nutrición

Salvador Zubirán, en 1968. Estas instituciones atendían la incipiente demanda de métodos privados y las farmacias desempeñaron un papel importante en este sentido.

Posteriormente, las actividades de las dependencias gubernamentales ganaron terreno sobre las que realizaban las entidades privadas. Fue así que en 1972 se iniciaron actividades de planificación familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en la entonces Secretaría de Salud y Asistencia (SSA); en 1973 se incorporó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

El período comprendido entre 1973 y 1976 fue clave para el desarrollo de la PF en nuestro país. Durante esos años se sentaron las bases organizativas, políticas y programáticas en la materia y se tomaron medidas para integrar la PF a los servicios de salud. En 1973, el nuevo Código Sanitario derogó el artículo que prohibía la propaganda y venta de anticonceptivos, y en ese mismo año se integró la Comisión Interinstitucional de Atención Materno-Infantil y Planificación Familiar, cuya tarea era coordinar e integrar las actividades y los programas de cada institución en este rubro. Sin embargo, apenas en 1976 la PF se empezó a definir de una manera integrada y estructurada.¹⁵

Los objetivos que dieron origen a los programas de PF de entonces son básicamente los mismos que prevalecen en la actualidad: coadyuvar a la disminución de los niveles de fecundidad con pleno respeto por la decisión y dignidad de las parejas; contribuir a mejorar la salud materna e infantil y

¹⁵ Asociación Pro-Salud Maternal, Investigación y adiestramiento en planificación familiar desde 1959, Informe anual, México, 1977., p.23.

ayudar a reducir el número de embarazos no deseados y sus consecuencias, como sería el aborto.

En 1976, se creó la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, con la finalidad de dar congruencia a las actividades de las instituciones participantes. En octubre de 1977 se terminó el primer Plan Nacional de Planificación Familiar 1977-1982, elaborado conjuntamente por la entidad mencionada y el Consejo Nacional de Población (CONAPO). Un aspecto importante de este plan fue la programación de metas de cobertura de usuarias de anticonceptivos nuevas y activas, en concordancia con las metas de crecimiento natural.

Durante ese período se sentaron bases sólidas para la prestación de servicios de salud en PF, especialmente en cuanto a la capacitación del personal; al mismo tiempo se inició la organización de servicios especiales para dar atención a las áreas rurales, principalmente a través de los servicios de cobertura que coordina la Secretaría de Salud, cuyo objetivo era llegar a las comunidades rurales de entre 500 y 2500 habitantes. Por ese entonces también se puso en marcha en el seno del CONAPO el Programa de Comunicación en Planificación Familiar cuya finalidad era informar y sensibilizar a la población y generar cambios de actitud en relación con el comportamiento reproductivo. Así mismo, el CONAPO puso en marcha el Programa de Educación Sexual, desarrollando dentro del sistema de educación formal, del sector salud y en los ámbitos de promoción rural y educación para adultos.

Con respecto a la planificación familiar, en este tiempo se produjeron los avances más importantes en el país, posiblemente debido a una demanda

potencial muy alta, básicamente en las zonas urbanas y entre parejas con sus expectativas reproductivas satisfechas.

Una de las limitaciones principales, sin embargo, fue la falta de información sociodemográfica, como los niveles de uso de anticonceptivos en el país. No obstante, los años subsecuentes fueron muy ricos en la producción de información, principalmente la que se generó a través de cuatro encuestas de cobertura nacional: la Encuesta Mexicana de Fecundidad de 1976 (SPP, IISUNAM, 1979), las Encuestas Nacionales de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos de 1978 y 1979 (Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar), (1979) y la Encuesta Nacional Demográfica de 1982 (CONAPO).¹⁶

Entre 1983 y 1988, las instituciones del sector salud elaboraron conjuntamente un programa interinstitucional para dicho período. Con base en este programa, se publicó el Programa Nacional de Planificación Familiar 1985-1988.

La Secretaría de Salud, como cabeza del sector, asumió la coordinación de los programas de las instituciones públicas de salud, por lo que se hizo innecesaria la existencia de la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, que desapareció en 1983.

En esos años, la Planificación Familiar reforzó su status como programa de salud. En 1984, se la incluyó en la Ley General de Salud, en términos similares a los que ya había establecido la Ley General de Población.

¹⁶ Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos, México, 1979.

El nuevo Programa Nacional de Planificación Familiar subrayaba que las metas no serían fáciles de alcanzar debido a que había que incorporar a los segmentos de la población de más difícil acceso. Se registraron avances en los siguientes aspectos:

- 1) Reconocimiento de que el embarazo no planeado en las adolescentes constituía un problema de magnitud considerable. Por ello, se inició el diseño de servicios específicos para este grupo, en especial de educación y comunicación.
- 2) Intensificación de los esfuerzos para atender a la población rural.
- 3) Reorientación de la oferta de métodos anticonceptivos, principalmente en las instituciones de seguridad social, hacia el dispositivo intrauterino, la oclusión tubaria y la vasectomía, métodos a los que se dio prioridad sobre los de tipo local y hormonal.
- 4) Inicio de estudios introductorios de dos formas de anticonceptivos hormonales: los implantes subdérmicos Norplant y el inyectable combinado Cyclofem, que realizaron conjuntamente la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. El IMSS desarrolló en forma paralela investigaciones sobre el Norplant y una nueva técnica para realizar la vasectomía.
- 5) Inicio del proceso de integración de los programas de PF con los demás servicios de atención primaria a la salud.
- 6) Comienzo de un proceso de descentralización de los servicios ofrecidos por la Secretaría de Salud hacia las entidades federativas. La propia Secretaría de Salud reforzó, junto con el CONAPO, sus actividades de planeación en ese nivel.

Entre 1985 y 1988, la actividad de investigación en todas las instituciones gubernamentales fue muy intensa; a este esfuerzo se unieron los de los

investigadores del medio académico. Cabe mencionar que en 1987 se realizó otra encuesta de cobertura nacional, la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (SSA, DHS, 1989), que permitió evaluar los avances del programa y reformular metas de crecimiento natural y de anticoncepción para los años siguientes.

A partir de los objetivos fundamentales de los programas anteriores, el programa para 1990-1994 planteó metas para la tasa global de fecundidad y la cobertura de uso de métodos anticonceptivos en el plano nacional, y por primera vez, en el estatal. En este programa se replantean algunas de las estrategias previas, que se concretaron y clasificaron en tres grandes categorías: información y educación, prestación de servicios y planeación. Dichas estrategias están dirigidas a grupos específicos de población y dedican especial interés a la educación. Entre las actividades de planeación es importante mencionar que se propone la implantación de programas regionales con la participación de los estados, el municipio y las comunidades rurales. En esta etapa se da prioridad a la atención de los grupos que ya se habían detectado como importantes: adolescentes, población rural y población masculina.

Algunas instituciones que realizan investigación y actividades sobre el tema:

- Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud.
- Consejo Nacional de Población.
- Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Instituto Mexicano de Seguridad y Servicios Sociales para los
- Trabajadores del Estado.
- Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.
- Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

1.2.2. Antecedentes jurídicos

Por su estrecha relación con las políticas de población establecidas, es conveniente mencionar algunos de los acuerdos internacionales suscritos por México, como son:

- 1) La Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- 2) El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- 3) El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
- 4) La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1981.
- 5) Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Cairo 1994.
- 6) La Plataforma de Acción de Beijing 1995.

Habiendo mencionado los dos últimos con detalle, también es importante considerar los instrumentos legales que existen en México para la regulación de las políticas de población y planificación familiar, y aunque en algunas de ellas no se establece precisamente dicho rubro, pero sí tienen una estrecha relación con el mismo, se pueden mencionar:

1.2.2.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Reglamentos, Códigos y Leyes)

La base de los derechos reproductivos en la Constitución, se encuentra en el artículo 4. El párrafo tercero de este precepto señala que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre responsable e informada, el número y espaciamento de sus hijos.

En cuanto a la maternidad, específicamente hablando, el artículo 123 en sus fracciones V al XV del apartado A y XI C del apartado B establece las normas mínimas de protección a la maternidad y a la lactancia.

a) La Ley General de Población

Este ordenamiento tiene como objetivo terminal "regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social" (artículo 1). Para ello faculta a la Secretaría de Gobernación para dictar y ejecutar todas las medidas pertinentes, entre las que está la realización de programas de planificación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública (artículo 3 fracción II).

La propia ley establece que tales programas han de llevarse a cabo "con absoluto respeto a los derechos del hombre" y preservando "la dignidad de las familias".

b) El Reglamento de la Ley de Población

La sección segunda del capítulo segundo de este reglamento está dedicada a la planeación familiar definida como un derecho en los términos constitucionales, con la precisión de que este derecho incluye la obtención de la información especializada y los servicios idóneos (artículo 18). Se señala que los programas de planeación familiar sólo son indicativos y por tanto, deben proporcionar información específica sobre sus objetivos, métodos y consecuencias y de ninguna manera se identificarán los conceptos de planeación familiar con el control natal o con otros sistemas que impliquen acciones apremiantes o coactivas que impidan el libre ejercicio de los derechos reproductivos.

c) La Ley General de Salud

Esta Ley en su artículo 27 fracciones IV y V considera, en la misma línea constitucional del concepto de bienestar, que tanto la atención materno-infantil como la planificación familiar son servicios básicos de salud.

Posteriormente, al reglamentar ambos servicios señala que estos tienen carácter prioritario. Respecto de la planificación, vuelve a establecerse que los servicios que el Estado presta en este rubro son un medio para el ejercicio, con pleno respeto a la dignidad humana, de lo que hemos llamado derechos reproductivos (artículo 67 de la ley).

d) El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

Señala que compete a la Secretaría de Salud dictar las Normas Técnicas para la prestación de los servicios en materia de planificación familiar, así como proporcionar asesoría y el apoyo técnico que se requiera tanto en las instituciones de los sectores público y social como en los establecimientos privados, para la adecuada prestación de dichos servicios. (Artículos 116 y 117 del Reglamento de la Ley General de Salud).

La información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar, que presten las instituciones de los sectores público, social y privado será enteramente gratuita y de conformidad con las Normas Técnicas que emita la Secretaría. (Artículo 118).

e) El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.

Contiene un capítulo específico sobre investigación en mujeres en edad fértil, embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio, lactancia y recién nacidos; sobre la utilización de embriones óbitos y fetos y sobre la fertilización asistida en el cual, se establecen reglas de seguridad para llevar a cabo este tipo de investigación con base en las disposiciones éticas vigentes para la investigación con seres humanos. Sin embargo, cabe precisar que en ningún momento se hace referencia a los objetivos específicos en esta materia, por lo tanto se debe entender que le son aplicables aquellos contenidos en la Ley General de Salud.

f) Los Códigos Civiles.

Dentro de estos ordenamientos se contemplan las normas que regulan las relaciones familiares y por ende, las instituciones relacionadas con la procreación. Ellas son: la filiación y la patria potestad.

Es importante señalar que casi todas las entidades federativas contemplan, como parte de los deberes y derechos que surgen del matrimonio la facultad de decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de los hijos. También definen a la procreación como uno de los fines del matrimonio prohibiendo cualquier pacto que pudieran hacer los cónyuges en contra de ese "natural fin del matrimonio".

Programa Nacional de Desarrollo

La Constitución postula garantías y derechos específicos que se refieren a la igualdad de oportunidades y al establecimiento de condiciones para el desenvolvimiento de los individuos, las familias, las comunidades, los pueblos indígenas, los trabajadores y los sectores productivos. De este modo se establece el derecho de todos los mexicanos a una educación básica gratuita; *el derecho a la salud; el derecho a la igualdad entre el varón y la mujer, y a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos*, entre otros.

El Gobierno, a través de la implementación del Plan Nacional de Desarrollo, considera como estrategia de acción, contribuir al Desarrollo Social de la población. "La construcción de una política integral de desarrollo social implica avanzar en la consolidación de una nueva institucionalidad que establezca claramente la concurrencia de los gobiernos municipal, estatal, federal; la participación de las organizaciones no gubernamentales, las instituciones de asistencia pública y las organizaciones de los beneficiarios como participantes directos en las acciones para mejorar los niveles de vida."¹⁷

En el marco de las líneas de acción del Desafío Demográfico inscrito en este Plan, se encuentra la reducción de la fecundidad, de la que se menciona, que debido a que ha tenido lugar desde mediados de los años setenta es el principal determinante de la reducción del crecimiento de la población y de los cambios recientes en su composición por edad, de manera que, con base en el artículo 4° Constitucional, " el reto prioritario que persiste en el ámbito demográfico es propiciar la disminución de la fecundidad en las regiones y los estratos de población de mayor rezago

¹⁷ <http://www.conapo.gob.mx/politicadepob/plannacdes.htm>. Desarrollo Social. Agosto/99. Pag.2/2

socioeconómico, donde la tasa de crecimiento demográficos es aún más alta”¹⁸

La política de desarrollo social, encaminada a mejorar el bienestar de cada individuo, busca fortalecer los esfuerzos gubernamentales, privados y sociales para el mejoramiento de la calidad de vida de toda la nación, mediante cinco estrategias, de las que se menciona:

- “Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos; armonizar el crecimiento y la distribución territorial de la población y privilegiar la atención a los grupos y las zonas con mayor desventaja económica y social.”¹⁹

En cuanto a salud se refiere, el Plan establece que los programas de vacunación, nutrición y salud reproductiva constituirán el eje del *paquete de servicios básicos*, al cual se agregarán acciones específicas según sean las necesidades sanitarias regionales y locales.²⁰

Además de que reconoce en su apartado “Población, familia y mujer”, que la política de población reclama un enfoque integral, claramente inserto en las prioridades de desarrollo social, que propicie un cambio de mentalidad e intensifique el espíritu de previsión y planeación en las familias, así como el afán de igualdad entre sus miembros, especialmente en cuestiones de género; que fomente también una alta valoración parental de los hijos y que extienda y arraigue una cultura demográfica sobre las repercusiones de la población en el medio ambiente y la sustentabilidad del desarrollo.

¹⁸ Ibid. El Desafío Demográfico. 4.3.1. La población actual y el crecimiento. Pag1/1

¹⁹ Ibid. Estrategias y Líneas de acción. Pag.1/2

²⁰ Ibid. Salud. Pag.2/3

A la luz de estas consideraciones y de la actual situación sociodemográfica de México, se propone como una de las cinco estrategias de acción en materia de población, el *impulsar el crecimiento demográfico*.

A este respecto, se persigue una importante intensificación de la planificación familiar en el medio rural y marginal urbano y paralelamente, se define la necesidad de contar con un claro contenido social y educativo, que propicie un cambio de valores y actitudes, alentando las preferencias por una familia poco numerosa y fomentando una amplia cultura demográfica. Asimismo, el Plan considera la importancia de las acciones en materia de educación sexual e información a la población, así como las acciones dirigidas a fortalecer el desarrollo integral de la familia y las orientadas a ampliar las oportunidades de educación y participación de las mujeres en la actividad económica.

Por otro lado, señala que extender la educación sexual y el conocimiento de las ventajas que aporta la planificación familiar, es imperativo, ya que de esta manera, también se mejora la cobertura y la calidad de estos servicios, principalmente en el medio rural y urbano.²¹

"Para seguir reduciendo el crecimiento demográfico es fundamental impulsar la educación sexual y la comunicación masiva dirigida a destacar las ventajas de una familia poco numerosa... También se debe actuar tempranamente, mediante programas de educación e información sobre planificación familiar, en las fases de inicio de la vida reproductiva de las parejas, promoviendo la postergación del matrimonio y del primer hijo. Es

²¹ Ibid. Población, familia y mujer. Impulsar la reducción del crecimiento demográfico. Pag. 1/2

necesario, además, ampliar la cobertura de los servicios de planificación familiar y mejorar su calidad."²²

En general, el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 promueve un conjunto de programas y acciones para garantizar a la mujer igualdad de oportunidades de educación, capacitación y empleo; plena equidad en el ejercicio de sus derechos sociales, jurídicos, civiles, políticos y reproductivos; respaldo efectivo a su papel fundamental en la integración familiar, así como en la formación y la socialización de sus hijos.²³

²² Ibidem

²³ Ibid. Pag.2/2

1.2.5. Programa Nacional de Población 1995-2000

La premisa básica de que la población es simultáneamente objeto y sujeto fundamental del desarrollo, orienta la definición e implementación de todos y cada uno de los objetivos y líneas de acción que conforman la política de población.

Las políticas poblacionales y de planificación familiar se encuentran insertas en una intensa promoción del desarrollo nacional, en la que en los últimos años se han renovado los mecanismos necesarios para acelerar el cambio social e impulsarlo aceleradamente. No se pretende que la población regule su fecundidad para mantener un estado de cosas, ni mucho menos para conservar privilegios, sino para elevar el nivel de vida general. Equilibrar la población y distribuir equitativamente el ingreso son piezas de una misma estrategia.

Con estas metas se impulsa la descentralización de los polos de producción; se incrementa el apoyo al sector agropecuario; se generaliza la seguridad social y la salubridad general; se instituye una política integral de vivienda; se promulgan leyes y funciones de instituciones de saneamiento ambiental; la política ocupacional es prioritaria, se dedican recursos crecientes a la demanda masiva de educación popular y se amplía permanentemente la infraestructura.

México desarrolla sí una cabal política orientada directamente a la población atacando al círculo vicioso en sus dos extremos, con energía y perseverancia. Existe optimismo porque en México la solidaridad social y los

valores están profundamente enraizados, se vive un indiscutible consenso nacional. En él radica la fuerza para realizar la revolución demográfica.²⁴

Con sus políticas poblacionales, los organismos mexicanos persiguen mejorar la calidad de la vida; Influir en la dinámica demográfica a través de los sistemas educativos, de salud pública y de capacitación técnica para regular el crecimiento poblacional y lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos; Abatir la mortalidad; Garantizar el más absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y a la dignidad de las familias; estimular la realización de programas de planeación familiar como ejercicio libre, racional e informado del derecho a la procreación; busca promover una conciencia pública, motivada y consciente de los fenómenos demográficos; y señalar como tarea la integración de los grupos marginados y la incorporación plena de la mujer a la vida productiva.

Ajustar los planes económicos y sociales al ritmo del incremento demográfico ya previsible implica la coordinación de las políticas de empleo, vivienda e inversión; generalizar el bienestar implica consignar la planificación de los centros de población urbanos y rurales para alcanzar una adecuada distribución de la población en el territorio nacional; prevenir la protección del medio ambiente; y procurar la defensa y protección de los trabajadores migratorios mexicanos que van al extranjero. Se trata de una norma cuya preocupación esencial es la plenitud del hombre.²⁵

En este marco de ideas durante la presentación del Programa Nacional de Población 1995-2000, el jefe del Ejecutivo Ernesto Zedillo Ponce de León

²⁴ Consultores Internacionales; "Proyecciones Económicas al año 2000" Septiembre de 1977, p.7.

²⁵ Ibidem.

ratificó que la política de Población en México es, ante todo, un ejercicio de corresponsabilidad individual, familiar y comunitaria.

“La política de población que requiere México para el siglo XXI, demanda un conjunto de estrategias que sean congruentes, claras y viables”, por lo que el programa incluye la incorporación y coordinación de criterios demográficos en los programas sectoriales, política que debe contribuir a ofrecer mejores oportunidades a los mexicanos de todo origen étnico, de toda condición social y de toda ubicación geográfica.

La política de población de México, – señaló el Ejecutivo –, ha registrado avances muy significantes, pero subsisten grandes desafíos demográficos, vinculados con frecuencia a las insuficiencias y la desigualdad del desarrollo.

El programa se rige por el principio constitucional de pleno respeto al derecho de los ciudadanos por decidir libre, responsable e informadamente, sobre el número y el espaciamiento de los hijos.

El Programa Nacional de Población se basa en los logros demográficos, en las nuevas realidades económicas y sociales y en los principales desafíos poblacionales del país, razón por la que se aseguró, se respeta la dignidad y el derecho del ser humano; las decisiones de las familias; las tradiciones de las comunidades; la sustentabilidad de los recursos naturales y el propósito común de construir una Nación de oportunidades y justicia.

El Programa Nacional de Población 1995-2000 establece siete retos prioritarios de la política de población de los cuales se retoma el interés por:

Continuar impulsando la reducción del crecimiento poblacional.

Este reto sugiere que sea necesario:

- 1) Impulsar un enfoque integral de planificación familiar y salud reproductiva, que subraya la atención de las necesidades de hombres y mujeres en los ámbitos de la anticoncepción, la sexualidad, la salud y la reproducción.
- 2) Promover los beneficios que trae consigo un tamaño reducido de familia para alcanzar un desarrollo individual y familiar pleno, a través de las acciones en materia de educación y comunicación en población, las intervenciones dirigidas a fortalecer el desarrollo integral de la familia, y las orientadas a ampliar las oportunidades de educación y participación de las mujeres en la actividad económica.
- 3) Atender la demanda insatisfecha de anticonceptivos a través del acceso universal a los servicios de planificación familiar y salud reproductiva que reafirma el principio de garantizar en condiciones informadas y con plena libertad el ejercicio de los derechos reproductivos amparados en el artículo 4° Constitucional²⁶.

²⁶ Plan Nacional de Población 1995-2000 pag. 51

1.2.5. Programa Nacional de Salud Reproductiva 1995-2000 Ejecutivo Federal.

Este Programa establece objetivos generales y particulares para cada uno de los diferentes elementos que conforman la Salud Reproductiva: Planificación Familiar, Salud Sexual y Reproductiva-de los/las adolescentes, Salud Perinatal, Riesgo Preconcepcional, Enfermedades de Transmisión Sexual, Prevención y Detección de Neoplasias del Tracto Reproductor de la Mujer, Climaterio y Posmenopausia y Perspectiva de Género. Considerando el interés particular de éste trabajo se mencionan:

Objetivo General de Planificación Familiar

- Garantizar a toda la población el acceso universal a información, orientación y servicios de alta calidad de planificación familiar en el contexto amplio de la salud reproductiva, con opciones múltiples de métodos anticonceptivos efectivos, seguros y aceptables para todas las fases de la vida reproductiva, que permitan el libre ejercicio del derecho a decidir el número y espaciamiento de los/las hijos (as) y mediante un *procedimiento de consentimiento informado*. Los servicios deberán ser proporcionados con absoluto respeto a la dignidad de las personas y de las parejas de acuerdo con los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993) y atendiendo a la diversidad cultural y étnica del país.²⁷

²⁷ Programa de Reforma del Sector Salud. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Pag.13

Objetivo General de Salud Sexual y Reproductiva de los/las Adolescentes

- Proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de la población adolescente a la *información, educación, comunicación* y servicios de salud sexual y reproductiva con una visión integral que fomente actitudes y conductas responsables y que permita a este grupo etáreo de la población asumir su sexualidad de una manera autónoma, consciente y sin riesgos, así como incrementar su autoestima. Las acciones en salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes deberán salvaguardar las condiciones de intimidad, confidencialidad y consentimiento basado en una información correcta.²⁸

El compromiso de promover una nueva visión de la Salud Reproductiva, "se convierte en un espacio privilegiado para perfilar la información, difusión, socialización, etc. generada por la oferta de información, educación y comunicación y para encaminar todos los esfuerzos hacia un solo propósito; que los usuarios accedan a los servicios al tiempo que los proveedores los promuevan y atiendan de mejor manera"²⁹

Con dicho objetivo, se establecen como estrategia tres objetivos en materia de Información, Educación y Comunicación (IEC):

²⁸ Ibid. Pag.14

²⁹ Programa de Salud Reproductiva y Planificación familiar 1995-2000. Pag. 26

- **INFORMACIÓN:** Proveer y difundir mensajes y contenidos para que las diferentes audiencias conozcan, comparen, comprendan y utilicen los servicios de Salud Reproductiva.
- **EDUCACIÓN:** Preparar y evaluar procesos y materiales de enseñanza/aprendizaje para que los diferentes grupos modifiquen su concepción, actitudes y prácticas frente a la salud reproductiva.
- **COMUNICACIÓN:** Establecer canales de interacción que permitan reforzar la atención y promover el interés hacia los mensajes informativos o educativos.

Bajo éstos objetivos, las acciones de IEC realizadas por las diferentes instituciones del sector público y privado, como lo dice el programa, buscan responder a las necesidades de información de los diferentes grupos de población y de los propios proveedores de servicios, para lo cual, cada una de ellas, avanza en la diversificación de técnicas y materiales con una *intención sinérgica que se expresa a través de medios masivos: radio, televisión, materiales audiovisuales, gráficos, promocionales exteriores, prensa, exposiciones, etc., y con particular interés a través e la comunicación interpersonal*³⁰

³⁰ Ibid. Pag. 27

1.2.6. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Salud Reproductiva y Planificación Familiar

En este documento oficial, se hace manifiesto el proceso de modernización en el que se ve envuelto el país en todos los ámbitos con el propósito de insertarse en una economía global a partir de una opción clara de competencia entre iguales en cuanto a la calidad de los productos y servicios que pone a la disposición de los mexicanos y de la comunidad internacional.

Como parte de este proceso, se requirió adecuar los marcos normativos que regulan el quehacer nacional, a fin de que respondan a las exigencias de la competencia entre países, de tal forma que, la Ley General sobre Metrología y Normalización que entró en vigor el 1° de julio de 1992. Esta Ley señala, entre otras, las bases para la elaboración de las Normas Oficiales Mexicanas que sustituyen a partir del 16 de octubre de 1993, las normas técnicas que indicaban las características que debieran reunir los servicios y productos que se elaboran y consumen en nuestro país.

El 30 de mayo de 1994 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana "De los Servicios de Planificación Familiar". Esta NOM estableció importantes principios que fueron retomados en las Conferencias Internacionales y que a la fecha constituyen la base jurídica fundamental para uniformar criterios, principios, estrategias y políticas de este tipo de servicios en nuestro país, con base en una absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos. La NOM incluye las disposiciones generales y especificaciones técnicas en cuanto a la selección, prescripción

y aplicación de métodos anticonceptivos, identificación, manejo y referencia de casos con esterilidad e infertilidad, así como elementos de información, orientación y consejería. Siendo ésta de observancia obligatoria en todas las unidades de salud, para la prestación de dichos servicios en los sectores público, social y privado del país.³¹

Con el propósito de contar con los conceptos claves establecidos normativamente, se señalan las siguientes definiciones:

- En conformidad con el artículo 4° constitucional, la **Planificación Familiar** se define como " el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento 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."³²
- Se define el **Consentimiento Informado** como la decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones.
- Y la **Calidad de Servicios de Planificación Familiar** en términos de la forma en que los individuos y las parejas reciben atención por el Sistema de Servicios de Planificación Familiar. Este concepto incorpora seis elementos:

³¹ SSA. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, 1994. Pag.9-10

³² Ibid. Pag.14

- Variedad de métodos anticonceptivos disponibles para la decisión.
 - Información que se proporciona a los usuarios.
 - Competencia técnica de los prestadores de servicios.
 - Relaciones interpersonales de los prestadores de servicios y los usuarios.
 - Mecanismos de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos y,
 - Conjunto apropiado de servicios de salud que incluyan los de planificación familiar.
-
- **Usuario** como; persona que utiliza un método anticonceptivo temporal o le ha sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.

 - Y **Usuario potencial** como; hombres y mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, que actualmente no usa un método anticonceptivo.

Asimismo, la NOM establece algunas disposiciones generales enfocadas a la promoción y difusión e información y educación de las que se mencionan;

- "La promoción y difusión de los servicios de planificación familiar se deben efectuar a través de acciones de comunicación en medios masivos, participación social y comunitaria, técnicas grupales, entrevistas personales, y visitas domiciliarias para dar a conocer la importancia de la práctica de la planificación familiar para la salud, así como la existencia

de los servicios correspondientes en unidades médicas, centros comunitarios de atención y servicios médicos privados³³

- “La información y educación, debe impartirse a hombres como a mujeres a nivel grupal o individual y comprender los siguientes aspectos:
 - a) Sexualidad y reproducción humana desde los puntos de vista biológico, psicológico y social
 - b) Información y orientación sobre salud reproductiva, con énfasis en los principales factores de riesgo reproductivo en las diferentes etapas de la vida, con el fin de que los individuos lleguen al autorreconocimiento de sus factores de riesgo.
 - c) Información sobre los métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres, su presentación, efectividad anticonceptiva, indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas, efectos colaterales e instrucciones sobre su uso, y si procede, información sobre su costo.
 - d) Información sobre lo que el usuario debe esperar de los prestadores de los servicios con respecto a asesoría técnica y abastecimiento de métodos anticonceptivos.
 - e) Información y orientación sobre esterilidad e infertilidad.³⁴

³³ Ibid. Pag.19

³⁴ Ibidem.

1.2.7. Programa de Planificación Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha establecido como **objetivos**, la aplicación de estrategias específicas que contemplen la participación más equitativa entre géneros y que propicien un cambio en el patrón reproductivo de las parejas, considerando fundamental para ello, la postergación de la edad al matrimonio y a la concepción del primer hijo, así como un espaciamiento adecuado de los hijos y la terminación oportuna de la fecundidad.³⁵

El IMSS con base en un diagnóstico y análisis de cada una de sus delegaciones en cuanto a la evolución demográfica y aspectos relacionados con la anticoncepción, definió el establecimiento de objetivos y líneas estratégicas de acción, entre los que se encuentra, por ejemplo, el reto de alcanzar en el año 2000 la cifra de 4.3 millones de usuarias, lo que representa el 40% de la meta establecida para el país en el Programa Nacional de Población 1995-2000, cuya cifra es de 12.6 millones de usuarias de métodos anticonceptivos.

Con la finalidad de comprender el papel que juega el IMSS dentro de la política de población en México se mencionarán aquí, algunos aspectos básicos del Programa de Salud Reproductiva que la misma institución estableció, tales como sus objetivos, estrategias y líneas de acción, los

³⁵ Programa de Planificación Familiar 1996-2000. Instituto Mexicano del Seguro Social. Pag.6

cuales contribuirán de manera muy importante en el diseño de la estrategia de campaña que se desarrollará en el capítulo no.3.³⁶

Objetivos Generales:

- Coadyuvar a mejorar la salud reproductiva del trinomio: Padre-madre e hijo en el ámbito urbano y rural.
- Propiciar el crecimiento armónico de la población en ámbito urbano y rural.
- Impulsar el proceso de desconcentración funcional y operativa de las estructuras centrales del IMSS en las acciones de programación, ejecución y evaluación del Programa de Planificación Familiar.

Objetivos Específicos:

- Aplicar con un enfoque integral en salud reproductiva, las acciones en planificación familiar.
- Contribuir a la disminución de las tasas de morbilidad materna y perinatal.
- Incorporar la perspectiva de género en el diseño y ejecución de los programas de planificación familiar, a fin de propiciar un cambio significativo en las actividades y participación del varón.
- Mejorar la accesibilidad al Programa de Planificación Familiar en la población urbana y rural, con énfasis en los grupos de mayor riesgo.
- Priorizar y establecer estrategias específicas por región, acorde al diagnóstico situacional, a fin de atender de manera efectiva y oportuna la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos.

³⁶ Cabe mencionar que el Programa de Salud Reproductiva 1996-2000 del IMSS considera otras metas, estrategias y líneas de acción que no han sido mencionadas, ya que se retoman sólo las de mayor interés para esta investigación.

- Fortalecer la participación del personal comunitario en las acciones de salud reproductiva y planificación familiar.

Entre las **metas estratégicas** contenidas en el Programa de Salud Reproductiva 1996-2000 se encuentran entre otras, alcanzar las siguientes cifras:

- Número de Usuaris de: 1,100,000 en el ámbito urbano
- Número de aceptantes de: 1,000,000
900,000 urbano
100,000 rural
- Tasa global de fecundidad: 2.3 urbano
3.6 rural
- Usuaris de métodos quirúrgicos 2,930,000
- Cobertura de la Institución: 77.5
- Usuaris activas programadas: 5,000,000 4,300,000 urbano
700,000 rural

Líneas de Acción:

- Reorientar la educación, comunicación, promoción y entrega de servicios hacia las etapas tempranas del ciclo reproductivo de las mujeres y las parejas, promoviendo e informando sobre métodos reversibles, principalmente modernos.
- Ampliar en la gama de opciones de métodos anticonceptivos, considerando sólo aquellos de mayor eficacia, continuidad y accesibilidad y menores efectos secundarios.
- Evaluar el sistema de registro e información de planificación familiar vigente.
- Establecer un sistema permanente de evaluación de las acciones en materia de planificación familiar y los impactos de éstas en la población.
- Promover y apoyar estudios de investigación sobre salud reproductiva, los patrones y determinantes del uso de métodos anticonceptivos., etc.³⁷

Estrategias:

- Elaborar el diagnóstico situacional de planificación familiar por Región y delegación
- Delinear el plan estratégico por Región y Delegación acorde a su diagnóstico situacional.
- Fortalecer la participación de todo el personal de salud de las unidades médicas en el desarrollo de las actividades de planificación familiar.

³⁷ Ibid. Pag.9

- Ampliar la capacidad de oferta de los servicios, en particular para la población abierta a través de Servicios Vespertinos y Módulos Quirúrgicos.
- Extender las actividades de planificación familiar a las comunidades rurales y áreas dispersas a través de Jornadas de Salud Reproductiva.
- Consolidar la extensión de la capacitación del personal de salud institucional y comunitario con relación a la Consejería en Salud Reproductiva.
- Reforzar la participación de la Subjefe de Enfermeras de Planificación Familiar en las actividades de promoción y prestación de servicios de protección anticonceptiva posparto y postaborto.
- Divulgar los resultados de estudios en relación con la participación del varón en planificación familiar.
- Consolidar las actividades de promoción educativa en salud reproductiva dirigidos al varón.
- Fomentar la participación del personal voluntario a través de su reclutamiento, capacitación y suministro adecuado de recursos.
- Capacitar al personal institucional y voluntario en consejería reproductiva y aplicación de métodos anticonceptivos.
- Y, promover la participación de los voluntarios de la comunidad en la identificación de mujeres en riesgo reproductivo para su incorporación al Programa de Planificación Familiar.³⁸

³⁸ Ibid. Pags. 10-11

2.1. ANTECEDENTES EN CAMPAÑAS DE COMUNICACIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Las acciones de comunicación que se han llevado a cabo en México se pueden identificar bajo diversos nombres, algunos le llaman *comunicación para la salud pública*, *comunicación educativa*, *comunicación social*, *mercadotecnia social* y *promoción de la salud*. En general, estas definiciones nos remiten a cualquier acción de **Información, Educación y Comunicación (IEC)** realizada a través de medios masivos o interpersonales y dirigidas a propiciar en la población objetivo un cambio en su actitud, comportamiento o pensamiento, en referencia con su salud o su bienestar físico, psicológico y social.

Las acciones realizadas en este sentido, hablan de información y educación, además de la propia comunicación debido a que el objetivo primordial es conjuntar esos tres elementos en busca de la mejora en la calidad de vida de la población. Para fines prácticos, al hablar de comunicación estarán implícitos en el concepto los propósitos de educar e informar, ya que la comunicación será vista como *un proceso integral que puede divulgar conocimientos (informar), forjar actitudes, impartir orientación y destrezas (educar) e inducir prácticas por medio del contacto interpersonal, masivo y a distancia*.

Con respecto a la definición básica de IEC, se dice que ésta, es una estrategia que desarrollada a fondo "puede ayudar a lograr entre los forjadores de decisiones, así como entre el público en general, una más amplia percepción de la salud como un asunto de jerarquía nacional; ella puede ayudar a transformar esa percepción en decisiones y

comportamiento entre las comunidades y quienes toman las determinaciones en las naciones; puede movilizar a todos los sectores de la sociedad para que participen efectivamente en programas específicos; puede ayudar a sostener tal acción en ciertas direcciones programáticas y sentar bases para un espectro de intervenciones en salud gradualmente más amplio. Es ella un componente esencial de la movilización social en pro de la salud.”³⁹

Efectivamente, la comunicación constituye una estrategia para llevar a cabo las acciones definidas dentro de la política de población y los planes y programas de planificación familiar, de manera que por estrategia de comunicación se entiende “un conjunto de previsiones, teleológicas (direccionales o referentes a finalidades) y procedimientos para la emisión de mensajes a la población que apuntalen los fines de la estrategia de salud pública... puede cubrir un territorio amplio o pequeño, implicar diversos comportamientos, aplicarse por tiempo relativamente largo, comprometer a mucha gente y requerir considerables recursos,... debe proporcionar una misma dirección para la elaboración de mensajes y materiales a todo el personal del programa, incluyendo a los escritores y personal creativo”⁴⁰

Ahora bien, una estrategia de comunicación implica la creación de un plan estratégico de trabajo, es decir, un plan operativo que debe responder a los programas de salud, definiendo el seguimiento de un dado número de pasos que varía un poco de una entidad a otra y de un manual a otro. La Universidad Johns Hopkins plantea cinco pasos, la OPS-OMS se desarrolla en seis, la de AID/AED-HEALTHCOM incluye siete pasos y la correspondiente a Development Associates Inc. llega hasta ocho, que son:

³⁹ La Salud y la Comunicación en Latinoamérica: políticas, estrategias y planes.pag.55

⁴⁰ Ibid. Pag. 63

1. Definición del problema
2. Identificación y análisis del público
3. Investigación sobre aspectos de comunicación
4. Formulación de objetivos
5. Elaboración de mensajes
6. Selección de medios
7. Implementación
8. Evaluación⁴¹

El planteamiento estratégico de las campañas de comunicación tiene por lo tanto, como idea central "asegurar que los mensajes se diseñen, produzcan y distribuyan sobre la base de un pleno conocimiento de las características de los destinatarios, de los fines de los programas de salud, en este caso, de planificación familiar y de las ventajas y limitaciones de los medios. Se requiere de una investigación social antes, durante y después de la emisión de los mensajes y se procura que haya una relación razonable entre insumos y productos".⁴²

México tiene una corta pero interesante historia en acciones y campañas de comunicación sobre planificación familiar tanto en medios masivos como en el nivel interpersonal, entre las que destacan las realizadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social como institución de salud y organismo integrante del Consejo Nacional de Población, que cuenta con una cobertura que rebasa el 50 % de la población mexicana y ha hecho evidente su larga trayectoria de esfuerzos de comunicación interpersonal con fines educativos enfocada a los asuntos de planificación familiar y de salud reproductiva. Por otro lado, el Consejo Nacional de Población, como

⁴¹ Ibid. Pag.65

⁴² Ibidem

organismo interinstitucional, encargado de la planeación demográfica del país, que ha generado diversas campañas con este tema.

Con el fin de poder conocer la respuesta de la población mexicana ante este tipo de acciones llevadas a cabo en nuestro país, se revisarán, debido a su importancia política y su amplia cobertura, algunos antecedentes de comunicación analizando brevemente la experiencia de las dos instituciones antes mencionadas; el IMSS y el CONAPO.

2.1.1. La experiencia en medios de comunicación masiva del Consejo Nacional de Población

La experiencia del Consejo Nacional de Población en cuanto a Información, Educación y Comunicación está basada principalmente en el uso de medios de comunicación masiva para lograr las metas y los objetivos establecidos en los programas y políticas dirigidos para la población mexicana, por lo que se retomarán de manera cronológica, algunas de sus más importantes aportaciones.

El Consejo Nacional de Población realizó en 1974 el PROYECTO DE MOTIVACIÓN Y CONCIENTIZACIÓN SOCIAL EN MATERIA DE POBLACIÓN Y DE PLANEACIÓN FAMILIAR, el cual marcó un avance muy relevante no sólo para la historia de la planificación familiar en México sino también para la historia de la comunicación en ésta área.

El proyecto fue presentado oficialmente por el Lic. Enrique Mendoza Morales, quien mencionó que el plan se dividía en tres etapas, las cuales describió de la siguiente manera:

Primera Etapa: CONOCIMIENTO.- Se manejaron las tesis generales que inciden en el desarrollo y en la magnitud del crecimiento demográfico.

Se pretendió modificar conductas tradicionales y estimular en diversos órdenes; aumento de la producción y la eficiencia, combatir el machismo, incrementar la participación de la mujer, frenar migración del campo a las ciudades y combatir la contaminación ambiental.

“Vámonos haciendo menos... para vivir mejor”⁴³

⁴³ Carpeta 25 Años de Política de Población. 1974 - 1999. Boletines informativos. Dirección de Comunicación en Población. CONAPO 1999.

Segunda Etapa: ACTITUD.- Se intentó lograr en la población una actitud más comprometida con la solución de nuestros problemas comunes y se ilustró sobre la importancia de la planeación familiar, destacando sus beneficios en los aspectos de salud, educación, bienestar económico, y el reforzamiento de los lazos familiares.

Tercera Etapa: PARTICIPACIÓN.- Se pretendía orientar sobre las ventajas de la familia reducida y hacerle ver al público la conveniencia de acudir a los centros de orientación familiar y de consultar a un médico para decidir sobre el método más adecuado para racionalizar la fecundidad, de manera que todos los mexicanos pudieran decidir de manera libre e informada acerca del número y espaciamiento de los hijos que desearan tener. En esta etapa se hizo ver que:

“Una familia pequeña, vive mejor”⁴⁴

1976 La campaña de comunicación estuvo basada en el lema:
“Para vivir mejor todos”

1980 **Programa Nacional de Educación Sexual**, cuyos objetivos primordiales eran:

- Orientar y racionalizar el número de nacimientos
- Obtener equilibrio en el crecimiento regional

En este año se creó un Programa Radiofónico con la XEW titulado **“Caminos de esperanza”**, el cual era una radionovela para

⁴⁴ Ibidem

auditorio popular, específicamente de mujeres. Este programa fue de 500 capítulos, 90 temas divididos en 5 grupos:

- Educación en población
- Educación en programas migratorios
- **Educación en planificación familiar**
- **Educación sexual**
- Comunicación para la integración de la mujer al desarrollo

Asimismo, se realizó un *Seminario sobre educación en población y sexualidad en medios de comunicación masiva*. A raíz del cual, se elaboraron varios programas, entre los cuales se pueden mencionar:

- *"Erase que se era"*.- Programa Infantil de entretenimiento transmitido en el canal 4 y cuyos temas eran: educación en población, *educación en planificación familiar y educación sexual*.
- *"Caminito"*.- Programa Infantil/entretenimiento. Basado en promover la *educación sexual*, transmitido por el canal 13.
- *"Música de México"*.- Programa de entretenimiento e información sobre la *situación demográfica*. Se transmitía por el canal 11.

1984 El CONAPO logró la creación de los Consejos Estatales de Población (COESPO) para continuar su labor en los diversos estados de la República Mexicana

En cuanto a comunicación se crearon *"El rincón de don Cosme"* y *"En confianza"*.- dos series radiofónicas con 20 capítulos de media hora cada uno. Transmitidos en 5 estados desde 1982. Con éstos se cubrió a penas el 0.1 % de la población.⁴⁵

⁴⁵ Ibidem

1985 El CONAPO realizó un proyecto con Televisa, creando el programa "*Vida diaria*" transmitido diariamente por el canal 2, y dirigido a amas de casa. Su finalidad era la *educación en población*.

También creó "*Tú a alguien le importas*", otro programa transmitido por el canal 9, dirigido a jóvenes de entre 13 - 23 años de sectores medios y populares, para tocar temas referentes a la solución de problemas sociales y emocionales.⁴⁶

"*Acompañame*", una telenovela de Miguel Sabido transmitida en el canal 9 para **promover la planificación familiar**. Inició su transmisión desde 1978.

"*Entre tiempos*", serie radiofónica transmitida por Estéreo Joven. IMER 105.7 F.M. Esta serie realizaba un análisis de diversas situaciones relacionadas con la **sexualidad humana**.

1986 El CONAPO recibió una premiación por su apoyo a la población con el programa "Vida diaria".

1987 Reunión Nacional de titulares de la Secretaría de Planeación y Orientación Familiar de las Ligas de comunidades agrarias y sindicatos campesinos cuyo fin fue:

- Proporcionar información sobre educación en población.

Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia en jóvenes de educación media superior 1987-1988

Concurso de fotografía "Dos culturas un solo origen"

⁴⁶ Ibidem

Cine Foro titulado "El hombre", el cual retomó y analizó películas para luchar contra el machismo, la enajenación del hombre en la sociedad moderna, *el valor del hombre en cuanto a su vida en pareja, proyecto de vida, sexualidad, su papel como padre.*

Participación en XII Reseña Mundial de Acapulco de la Dirección General de RTC

1988 Cine Foro titulado "mujer" realizado en Nayarit.

2° aniversario del programa radiofónico "mujer" transmitido por la XEB A.M.

3er. Mercado Latinoamericano del audiovisual. Premiación de RTC a CONAPO por su serie radiofónica *"Por amor a mi pueblo"*

El CONAPO realizó un proyecto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas para la "Expansión del programa de comunicación en población a las áreas rurales y urbanas". En 8 estados, con los temas: fecundidad, equidad de género, sexualidad y familia, crecimiento natural y social de la población.⁴⁷

1993 El Consejo Nacional de Población como organismo interinstitucional encargado de la planeación demográfica del país emprende el desarrollo de un importante proyecto de campaña de comunicación en población, que inicia sus transmisiones al aire en 1995 y finaliza en

⁴⁷ Ibidem.

1999. Este proyecto es titulado como campaña “**Planifica, es cuestión de querer**”

Sobre este último proyecto se retomarán algunos aspectos esenciales en el estudio de la comunicación en planificación familiar.

2.1.1.1. Campaña Planifica, es cuestión de querer 1995-1999

Esta campaña forma parte de los principales esfuerzos realizados por el gobierno de México para contrarrestar los efectos de una alta tasa de fecundidad y que en 1999 hace más evidente el interés por fomentar en la población mexicana la toma de decisiones libres, responsables e informadas en cuanto a salud reproductiva.⁴⁸

A lo largo de este proceso comunicacional se pretende propiciar la integración de un nuevo concepto de planificación familiar a partir de enfatizar su relación con la construcción de un proyecto de vida personal, de pareja y familiar y que identifique la calidad de vida como componente central de ese proyecto. Asimismo, se observan cuatro etapas distintas cuyos mensajes principales giran en torno a la toma de conciencia sobre la edad al matrimonio y al primer embarazo, el número de hijos deseados, el intervalo entre nacimientos y la regulación de la fecundidad, los cuales se identifican como estrategias de la planificación familiar.

La estrategia de campaña divide la audiencia por 2 grupos de edades de entre 15 y 19 y de 20 a 29 años, por sexo y localización urbana o rural, de manera que los spots contienen mensajes puntualmente dirigidos conforme a las características específicas de la población.

La campaña por ser una estrategia integral, está constituida en cada una de sus fases y etapas por planteamientos, diseños conceptuales y creativos, mensajes y formatos específicos, diversos canales de divulgación y difusión masiva, análisis de seguimiento y estrategias de evaluación particulares que buscan conocer la efectividad de la misma.⁴⁸

⁴⁸ Documento de trabajo. Campaña Planifica, es cuestión de querer. CONAPO.

En la Encuesta de Comunicación en Planificación Familiar realizada por el CONAPO en 1996 se señala que existe ya un cambio en los valores hacia la reproducción y la planificación de la familia debido a que la población cree posible planear los eventos reproductivos: el momento de casarse (88.4%), el momento de tener a los hijos (89.9%), el momento de tenerlos (92.3%) y el número de hijos (92.6%). Asimismo, esta encuesta afirma que poco más de la mitad de la población considera que la planificación familiar es una práctica que se vincula a las decisiones reproductivas en la búsqueda de una mejor calidad de vida para la familia.

En cuanto a comunicación, de la población audiencia de la campaña 19 de cada 20 personas ven la televisión o escuchan radio y la mayoría de ellos y ellas (72.7%) accede a ambos medios de comunicación, de manera que conforme a este nivel de cobertura, la mayoría de la población (58.7%) fue capaz de reconocer espontáneamente al menos uno de los siguientes elementos de la campaña: a) los temas y contenidos específicos; b) la foto de los personajes y la identificación correcta de su mensaje; c) la frase principal de la campaña; y d) al Consejo Nacional de Población como la institución que emite los mensajes.

En un análisis realizado por el Consejo Nacional de Población⁴⁹ se hace mención acerca de la relevancia que tienen las campañas de educación en población en relación con las actitudes hacia la planificación familiar considerando que 97 de cada 100 entrevistadas(os) dijeron estar de acuerdo en que cada pareja tiene derecho a decidir cuántos hijos tener, porcentaje que varía del 94% para las personas que no recordaron ningún aspecto de la campaña al 99% entre aquellas con algún grado de recordación.

⁴⁹ <http://www.conapo.gob.mx/sitdemo98/fecundida7.htm>, pag.1 de 3

2.1.2. *Planificate!*... un trabajo de comunicación interpersonal y masiva del IMSS y CONAPO.

Como parte de los esfuerzos dirigidos a garantizar el ejercicio pleno, responsable e informado del derecho que tienen las parejas a elegir el número de hijos y su espaciamiento, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Consejo Nacional de Población han diseñado y puesto en marcha un servicio de información y orientación telefónica sobre planificación familiar, *Planificate!*.

Planificate! cuenta con 150 orientadoras telefónicas capacitadas para brindar información y orientación sobre planificación familiar. Dispone de números telefónicos de larga distancia sin costo en cada entidad federativa, que dan servicio en un horario de 9:00 a 21:00 horas, de lunes a viernes. Además, cuenta con el número telefónico nacional: 01 800 010 35 00.

Las orientadoras se apoyan en un sistema de información que contiene:

- Información básica sobre la reproducción y sobre los métodos anticonceptivos para conducir la interacción con las usuarias y los usuarios de la línea.
- Un directorio clasificado e instituciones que ofrecen servicios de planificación familiar gratuitos o de bajo costo, para apoyar la canalización.

Planificate! forma parte de los programas de Información, Educación y Comunicación en población orientados a la planificación familiar, por lo que constituye un complemento idóneo de las acciones de oferta de los servicios

de planificación familiar que llevan a cabo las instituciones del sector salud.⁵⁰

Existe un análisis realizado por el Consejo Nacional de Población, en el cual se observa un incremento del 300 % en la demanda del servicio telefónico hacia el mes de abril, el cual se atribuye a la promoción del servicio con la transmisión de dos spots de radio y televisión. En el mes de Enero de 1999 se registraron 6,793 llamadas y para Junio-Julio se registraron 25,569 llamadas.

El servicio telefónico de *Planificate!* es; un medio de comunicación interpersonal, ya que la comunicación es directa con la población y; masiva porque telefónicamente cuenta con una amplia cobertura entre diversos sectores de la población. Es un sistema que reúne las intenciones de comunicación masiva con las que el CONAPO se ha caracterizado en su lucha por promover la planificación familiar y la misión por parte del IMSS de proporcionar servicio y atención gratuitas en planificación familiar a la población mexicana en sus diversas unidades médicas.

Planificate! reúne por lo tanto, medios de comunicación masivos, como el radio y la televisión, en apoyo para un medio de comunicación interpersonal convertido en un servicio directo a la población.

⁵⁰ Carpeta informativa *Planificate!*. Una respuesta segura a las preguntas de planificación familiar. IMSS y CONAPO. 1999

2.1.3. La experiencia con medios de comunicación interpersonal y masiva del Instituto Mexicano del Seguro Social

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con una Coordinación General de Comunicación Social, la cual es la encargada de llevar a cabo, coordinar, vigilar y autorizar las acciones de comunicación que realicen las delegaciones y sus áreas de comunicación social.

La estrategia de comunicación que cada delegación desarrolla está sustentada en la experiencia adquirida por las Coordinaciones Delegacionales de Comunicación Social, ya que éstas pueden identificar de manera real las necesidades específicas de comunicación, así como la asignación de prioridades de difusión para cumplir con el compromiso de lograr un "Programa de Comunicación Social" acorde a la misión, objetivos y metas trazadas por el Instituto.⁵¹

El IMSS ha definido ocho ámbitos comunicacionales rectores entre los que se destacan para fines de este trabajo, tres:

- 1) Información: Cuya finalidad es dar a conocer a la sociedad mexicana a través de medios de comunicación escritos y electrónicos, el beneficio y la finalidad de los servicios que otorga el Instituto
- 2) Promoción Institucional: Comprende la producción y difusión e campañas constituidas por mensajes cuya reiteración provoca el efecto comunicacional de empatía entre el receptor y la institución, que dispone favorablemente su ánimo para actuar en el sentido deseado.

⁵¹ Instructivo para la Elaboración del Programa-Presupuesto de Comunicación Social en Delegaciones. Coordinación General de Comunicación Social. IMSS. 1999.

- 3) Comunicación Interna: Que incluye todas las acciones tendientes a propiciar la identificación de los trabajadores y autoridades, mejorando la actitud en el trabajo y fomentando el orgullo institucional.⁵²

Dentro de dichos ámbitos comunicacionales, el IMSS estableció cuatro apartados básicos: prensa, difusión, programa editorial e investigación en comunicación, entre los que se encuentran todos los medios impresos (carteles, trípticos, volantes, gacetillas, etc.), así como los medios de comunicación masiva (radio, t.v., cine, prensa) y todo tipo de encuestas, evaluaciones, monitoreos, etc., para conocer entre otras cosas, la opinión de la imagen institucional.

El Instituto ha realizado diversas acciones de comunicación social enfocadas a la promoción de la planificación familiar. Entre las principales actividades y campañas de comunicación sobre dicho tema, cabe mencionar *Planificate!* y el programa de radio "Atrasito de la Raya", del cual se cabe destacar su carácter masivo e interpersonal ya que éste mismo puede funcionar como material didáctico para el personal que trabaja en las zonas rurales del país.

Como se mencionó anteriormente, en el periodo de transición del enfoque demográfico a la aplicación del enfoque de salud y riesgo reproductivo en la promoción y en la prestación de los servicios de planificación familiar iniciado en el IMSS en el año de 1983, la comunicación educativa interpersonal cobró mayor importancia ante la necesidad de proporcionar una información y orientación más específica en materia de planificación familiar y de protección anticonceptiva en función de las condiciones y de los factores de riesgo reproductivo propios de cada persona.

⁵² Ibidem.

Como culminación de este proceso de comunicación educativa interpersonal se llegó en 1990 a la incorporación de las técnicas de Consejería en Salud Reproductiva, en la promoción y en la prestación de los servicios de planificación familiar, a fin de lograr el consentimiento bien informado de cada persona en la adopción de un método anticonceptivo.

Para incorporar estas técnicas de Consejería en Salud Reproductiva, el IMSS llevó a cabo diversos Cursos-Talleres con la participación del personal médico, de enfermería y trabajo social de las Coordinaciones Delegacionales de Salud Reproductiva y Materno Infantil, así como de personal operativo. Para dichos cursos se diseñó también un paquete didáctico como apoyo a la etapa de difusión y extensión de la capacitación a todo el personal que participa en la promoción y en la prestación de servicios de planificación familiar.⁵³

La consejería, por lo tanto, forma parte de un modelo educativo en salud reproductiva para el IMSS, siendo un recurso técnico de comunicación interpersonal. La comunicación en este sentido es entendida como un *proceso en el que se reconoce que los individuos cuentan con distintos grados de información, intereses, motivaciones, características sociales, culturales y económicas relacionadas con sus experiencias personales y familiares y que el prestador de servicio no es ajeno a este contexto, solo que posee información que le convierte en facilitador al proponer alternativas que son benéficas para la salud.* Por esto, "la comunicación interpersonal se convierte en un recurso técnico de trascendencia para

⁵³ Consejería en Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. IMSS-AVSC Internacional. 1999. pag. IX

facilitar la toma de decisiones a través de proporcionar información precisa y objetiva que responda a las expectativas de la población⁵⁴.

La comunicación interpersonal o de persona a persona es capaz de recurrir a razonamientos y argumentos que guardan una relación más personal e inmediata con el receptor, por lo que se encuentran en ésta varias ventajas de su uso en aspectos de salud reproductiva y planificación familiar:

- Favorece la relación entre el usuario y el prestador de servicios
- Mejora la calidad de la información
- Facilita la identificación de necesidades específicas
- Asegura la satisfacción del usuario
- Favorece la satisfacción del prestador de servicio y la calidad de la atención

Cabe señalar que el Instituto Mexicano del Seguro Social considera los siguientes **propósitos de comunicación en Salud Reproductiva:**

MOTIVACIÓN. Entendiéndola como la respuesta de un individuo a un estímulo externo que lo hace actuar de determinada forma y como la razón que nos impulsa a actuar y adoptar determinada línea de conducta. "Los problemas de salud, generalmente no se miden ni se valoran en cuanto a trascendencia y magnitud por la propia población en forma espontánea. La mayoría de las veces es necesario que el equipo de salud se los haga sentir apoyándose en evidencias y recurriendo a su capacidad de persuasión hasta que la población los sienta como suyos y contribuya a su resolución"⁵⁵

PROMOCIÓN. La define como "todas aquellas actividades encaminadas a estimular en un individuo o grupo la aplicación de medidas que preserven y

⁵⁴ Ibid. Pag. 1-3

⁵⁵ Ibid. Pag. 2-5

favorezcan sus condiciones de salud; implica enfatizar las cualidades y beneficios de la conducta propuesta a través de mensajes cortos, así como señalar las facilidades para lograrlo u obtener el servicio, generalmente no se mencionan riesgos o efectos no deseados... Esta se establece en una sola dirección sin posibilidad de retroalimentación... y puede efectuarse a través de los medios de comunicación masivos o interpersonales y los mensajes o públicos destinatarios pueden ser generales o limitarse a una acción específica (servicios vespertinos de salud reproductiva, vasectomía sin bisturí, lactancia materna, etc.)"⁵⁶

INFORMACIÓN. "Proceso de transmisión de mensajes referentes a tópicos de salud reproductiva; tiene objetivos de capacitación-aprendizaje y a la vez busca contribuir al cambio de conductas... Para que la información despierte interés se requiere que ésta se encuentre relacionada a las necesidades de la población a la que se dirige, por lo que debe ser veraz, interesante, precisa, comprensible, desprovista de tecnicismos que dificultan la comprensión del mensaje... además de que generalmente es unidireccional y puede referirse a aspectos muy genéricos tratados amplia o particularmente."⁵⁷

EDUCACIÓN. Basada en un proceso sistemático de información y desarrollo de habilidades cuyo propósito es la adquisición activa de nuevos elementos o habilidades relacionadas con la anticoncepción, la salud materna, la sexualidad, para lograr a largo plazo un cambio en las actitudes y comportamientos de la sociedad en general, a través de la familia, la pareja o los individuos. En la educación se establece una comunicación

⁵⁶ Ibid. Pag.2-6

⁵⁷ Ibidem

bidireccional, se favorece el intercambio y la retroalimentación, así como la verificación y aplicación práctica del conocimiento.⁵⁸

Y finalmente, la **CONSEJERÍA**, que es definida como el *proceso de comunicación interpersonal que tiene como propósito ayudar a los usuarios de los servicios a tomar decisiones informadas y voluntarias acerca de su salud reproductiva, partiendo de un análisis conjunto de sus circunstancias individuales, de sus expectativas de vida reproductiva, así como de sus necesidades de información*. Esta tiene una gran relevancia ya que se convierte en un proceso de reflexión que con el apoyo del consejero permite al individuo o ala pareja revisar los factores (biológicos, psicológicos y/o sociales) que condicionan su comportamiento y la toma de decisiones en torno a la salud reproductiva⁵⁹. Además en este proceso, los usuarios tienen evidentemente un papel activo.

Es importante señalar que estos diversos propósitos de la comunicación en salud reproductiva no se dan por separado ya que están en continua combinación dependiendo de las necesidades reproductivas de la población a la que el IMSS se dirige.

⁵⁸ Ibidem

⁵⁹ Ibid. Pag.2-7

2.1.3.1. Programa de radio "atrasito de la raya"

Una de las experiencias de comunicación para la promoción de la salud reproductiva es el programa de radio "Atrasito de la Raya", que está integrado por 23 cassettes con temas diversos relacionados a la sexualidad, los cuales se dividen por etapas que abarcan diferentes momentos de la vida del ser humano, específicamente personas que habitan en zonas rurales.

Estas etapas son:

- Salud Infantil
- Salud Materna (mujeres jóvenes, embarazo, lactancia)
- Adolescencia
- Sexualidad de los Jóvenes
- Sexualidad en la Pareja (vida en común)

Una de las intenciones de dicho programa es ofrecer a los profesionales e interesados en la promoción de la salud sexual y reproductiva una herramienta de comunicación interpersonal, ya que a partir de propiciar la reflexión sirve como material didáctico e interactivo con fines de educación e información o como un instrumento de comunicación masiva al ser transmitido a una amplia audiencia por radio.

2.2. EL PAPEL DE LAS CAMPAÑAS DE COMUNICACIÓN EN LA PROMOCIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los programas de planificación familiar constituyen un tema de interés para el total de la población, ya que incide en la vida "íntima" de los jóvenes y las parejas, así como en sus acciones reproductivas, las cuales sin duda alguna, generan repercusiones de diversa índole en el país. Sin embargo, para que pueda ser promovida la planificación familiar es necesario utilizar un medio de comunicación o varios para que hagan sinergia en una campaña y estén sustentados en una estrategia.

Existen varios estudios realizados por instituciones como la Universidad de Salud Pública "Johns Hopkins" de Baltimore y el Consejo Nacional de Población, que después de analizar los resultados de sus monitoreos, encuestas y grupos focales, mencionan que lo que la gente ve, lee u oye a través de los medios de comunicación, puede conferir autenticidad a la planificación familiar y convertirla en un tema legítimo y conocido de discusión pública, y de hecho, las Conferencias Mundiales antes mencionadas, así como los medios de comunicación y campañas realizadas a partir de 1974 han logrado que la población actual tenga acceso a los temas de planificación familiar así como a la información que a lo largo de éstos años se ha generado y actualizado.

La cobertura de información sobre la planificación familiar o sobre cualquier otro tema, ya sea político, comercial o de promoción a la salud, puede a través de estos medios ayudar a evitar o disipar rumores, e incluso si se transmite información correcta y precisa sobre la planificación familiar, se puede lograr efectos positivos dirigidos a cambiar el comportamiento

reproductivo de la población, o cuando menos lograr la reflexión sobre éstos temas.

El impacto de los medios en la población y de los mensajes que transmiten se ha incrementado en la última década, se estima que en los países en desarrollo el número de aparatos de radio se elevaba a más de 1,000 millones en 1994. En muchos países en desarrollo, más de 9 hogares de cada 10 tienen receptores de radio. En los años ochenta el número de aparatos de televisión en los países en desarrollo aumentó al doble y desde 1990 volvió casi a duplicarse, estimándose que en 1994 ascendía a 686 millones.⁶⁰

Con este amplio alcance, se piensa que los medios de difusión pueden ayudar a mejorar las prácticas de planificación familiar, ya que al exponerse a información, ideas y valores nuevos, muchas personas van conociendo e interesándose cada vez más hasta que finalmente toman decisiones.

Cuando un programa de planificación familiar cuenta con una estrategia de comunicación, generalmente crea campañas, las cuales utilizan medios que pueden ser masivos y/o interpersonales y a este proceso basado en investigaciones exhaustivas de las audiencias, también se le conoce como "mercadotecnia social".

La "mercadotecnia social" una vez que identifica un problema a resolver dentro del programa de planificación familiar, plantea una estrategia que pretende mediante la persuasión, llegar al mercado o población deseada

⁶⁰ Population Reports. Population Information Program. The Johns Hopkins University School of Public Health. Vol.XXIII, Número 4 Noviembre 95. pag.3. Serie J, Número 42.

para que tomen actitudes y comportamientos que beneficien su salud a través de la práctica de la planificación familiar.

Rogers y Storey (1987) consideran que las campañas de comunicación aplicadas al campo de la salud pública son una serie de actividades integradas de comunicación que hacen uso de operaciones y canales múltiples cuyo objetivo son las poblaciones o audiencias.⁶¹

Diseñar campañas de promoción de planificación familiar no ha sido nada sencillo ya que, los programas se han limitado a hacer promociones diseñadas por comunicólogos o publicistas que desconocen a la audiencia receptora, la cual está integrada por "segmentos" diferenciados conforme a la enorme diversidad en actitudes, comportamientos, necesidades, aspiraciones, etc., y emiten mensajes sin después investigar si éstos llegaron a la gente y si provocaron el cambio esperado. O bien, los programas retoman las investigaciones de audiencia pero los responsables de crear los mensajes debidamente enfocados a dicha población son médicos, trabajadores sociales, enfermeras, etc., que a pesar de conocer a la perfección a la audiencia, desconocen la forma adecuada de dirigir un mensaje que sea capaz de propiciar una respuesta que pueda cambiar el comportamiento reproductivo.

Aún así y como se menciona anteriormente, ya existe una interesante experiencia en México sobre campañas de comunicación en planificación familiar y poco a poco se perfeccionan los métodos de investigación y las evaluaciones que permiten valorar los alcances de las acciones de comunicación enfocadas a este tema.

⁶¹ Rogers y Storey. Estrategias de Gran Impacto: Diseño de Campañas de Salud en Medios Masivos; Brian R. Flay y Dee Buron, 1990.pag.1.

Mencionar "mercadotecnia social" es retomar una serie de actividades integradas idealmente que implican planeación y organización. En la práctica, sin embargo, algunas campañas que no están bien planeadas y bien coordinadas pueden resultar bien integradas y también muchas campañas han fracasado debido a una falta de planeación y coordinación.

Rasmuson, cita el ejemplo en campañas de medios masivos realizado por un centro peruano de información y educación contra las drogas, el CEDRO, el cual señala que el buen resultado de sus campañas se basa en tres factores: 1) que esas campañas no sean aisladas sino componentes integrales de una estrategia global, 2) que estén siempre combinadas con campañas de comunicación "cara a cara" y 3) que sean necesariamente producto de un proceso riguroso de un diseño, ensayo, producción y evaluación.⁶²

El diseño de campañas basadas en una estrategia planeada con conocimiento pleno de la audiencia y de sus necesidades, no es un trabajo sencillo, existen múltiples factores que influyen en el éxito o fracaso de éstas. Sus resultados no pueden ser medidos al igual que en las campañas "comerciales" o publicitarias. Entre otras cosas, la efectividad de las campañas de salud se puede observar después de plazos de tiempo extensos, y en las campañas publicitarias los resultados pueden ser registrados en plazos cortos porque suelen ofrecer gratificaciones inmediatas tales como, la aceptación social si se usa un "x" camisa, o si se consume "x" producto.

⁶² Ibid. Pag.66

Las campañas de salud están inmersas en un mar de "ventas", en que todo se ofrece a cliente con sólo apretar un botón. Los jóvenes y los adultos están expuestos a una gran cantidad y enorme diversidad de mensajes que incluso se llegan a contraponer. La competencia de mensajes "comerciales" (publicidad) es inmensa a diferencia de los anuncios de promoción de la salud.

Un mensaje en publicidad, a pesar de ser sumamente costoso, puede y es repetido frecuente y consistentemente por períodos largos de tiempo (duración), pero la promoción de la salud que por lo general, se encuentra a cargo del sector público contando con la posibilidad de tiempos oficiales otorgados por RTC, los cuales deben repartirse entre todas las Secretarías de Estado y otros organismos encargados de transmitir mensajes gubernamentales. De manera que se carece de presupuesto suficiente para lograr esta frecuencia, y la competencia entre publicidad (comercial) y promoción de salud, es casi imposible.

A pesar de estas desventajas para la promoción de la salud, se ha demostrado que la televisión, los vídeos y películas (medios electrónicos visuales) captan la atención del público espectador, que está dispuesto a aprender. Estos medios pueden "influir" en el comportamiento relacionado con la planificación familiar, sobre todo cuando se combinan temas y mensajes de planificación familiar con programas recreativos en producciones de alta calidad destinados a un determinado público en las que se promueven métodos y servicios específicos de planificación familiar, o tipos de proveedores, por ejemplo: hace más de 10 años, Patrick Coleman, antiguo director de proyectos de Johns Hopkins University/Population Communication Services (JHU/PCS) desarrolló un proyecto que promovía la responsabilidad sexual. Se eligieron dos

canciones en un concurso: "Cuando estemos juntos" y "Detente", para las que se contrató a dos jóvenes "Tatiana Palacios y Johny Lozada. Los discos y vídeos se promovieron intensamente y más del 64% de los 2.296 jóvenes de 10 a 19 años de edad entrevistados en cuatro zonas metropolitanas de México seis meses después de la campaña sabían que el mensaje principal de "Detente" era "posterga las relaciones sexuales".

En general, el evidente e intenso trabajo realizado en pro de la planificación familiar desde 1974 ha generado que hoy la tasa de fecundidad haya descendido y que se continúe con los esfuerzos de comunicación en planificación familiar por parte de las instituciones gubernamentales, el sector salud, los organismos no gubernamentales y el apoyo de las agencias internacionales.

En el siguiente apartado se estudiará específicamente el uso de los medios de comunicación masiva e interpersonal para comprender de mejor manera la importancia de las campañas de planificación familiar en México.

2.2.1. Importancia del uso de los medios de comunicación interpersonal en la promoción de la planificación familiar

Mientras más discuta la gente cualquier tema, existirán más probabilidades de que le presten atención al mensaje. Mientras más puedan las campañas atraer la atención de la gente hacia los mensajes, será más probable que se involucren en discusiones interpersonales sobre el tema en cuestión.

Para ser juzgada como efectiva, una campaña de medios masivos tiene que cambiar el conocimiento, las actitudes y opiniones, los sentimientos y creencias normativas, las intenciones y habilidades, el comportamiento y finalmente, la salud de la audiencia blanco.

“El mantenimiento de los efectos a nivel individual y de la efectividad final de una campaña requiere cambios paralelos en la sociedad. Los efectos finales en estado de salud (morbilidad y mortalidad) requieren cambios de comportamiento en el grueso de la población. Así, una campaña completa debe involucrar más que las comunicaciones masivas. Los medios deben ser complementados con involucramiento y cambios a nivel comunal y gubernamental”⁶³

Sea el objetivo de cambio, el comportamiento de salud o la conducta electoral, el cambio social finalmente dependerá del tipo y monto de cambio individual tanto como del grado de comunicación interpersonal.

Se dice que, la acumulación de individuos que han cambiado llevará a cambios en las normas sociales, las cuales, a su vez, llevarán a cambios

⁶³ Rogers L. Effects on the public. Interest Group Leaders. Public Opinion Quarterly. Vol.51,1987. Pag.35

sociales, y finalmente, éstos podrían llevar a cambios en el sistema. A esta concientización de comportamientos individuales como raíz de comportamientos sociales en los aspectos demográficos y poblacionales, el Dr. Rodolfo Tuirán, Secretario General del Consejo Nacional de Población, le llama generar una "cultura demográfica".

Bajo esta perspectiva, la investigación y la evaluación de las acciones de comunicación interpersonal realizadas para la promoción de la planificación familiar constituyen un factor esencial en el diseño de los mensajes.

La comunicación interpersonal en planificación familiar puede ser un factor determinante para que una persona decida emplear un método y aprenda a usarlo correctamente.

Existen estudios que en el caso de los jóvenes de entre 12 y 19 años, demuestran que la información que tienen sobre sexualidad, la han obtenido primordialmente de sus maestros, en segunda instancia de sus amigos y finalmente de sus padres. Estos resultados señalan el reto de conseguir que la información que se suministre por parte de maestros y padres requiera ser clara, precisa, correcta, completa y debe darse en una relación de confianza y sinceridad.⁶⁴

A este mismo reto, se enfrentan los proveedores de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar. "Aunque los medios de difusión se han ampliado, la comunicación personal y a solas entre el proveedor de planificación familiar y el cliente siguen siendo el elemento esencial de la mayoría de los programas de planificación familiar. Cuando el personal es

⁶⁴ Ricardo Vernon, Yolanda Palma. Resultados de investigación para mejorar los servicios de planificación familiar. Population Council. INOPAL III.

amable, ofrece ayuda, información y apoyo, además de una variedad de opciones, el cliente se anima a usar la planificación familiar en forma correcta y permanente y a regresar cuando necesita ayuda".⁶⁵

La comunicación interpersonal va más allá de proporcionar únicamente información, trata de considerar al usuario en cuanto a su situación personal, sus sentimientos, valores, actitudes y sus preocupaciones con respecto a la planificación familiar.

Mohammad Naghi, en "Mercadotecnia Social" menciona que la estrategia de comunicación en la promoción de la planificación familiar, es de tipo interno, ya que se pretende inducir en nuevos comportamientos mediante la persuasión, por lo que la elección de los medios debe ser cuidadosa y con predominio de medios adecuados, eficaces y poco costosos que lleguen hasta los puntos más remotos del país, tales como, visitas a domicilio de promotoras o parteras, reuniones o pláticas en los centros de salud, carteles, medios móviles como películas, convenciones, celebraciones municipales, etc.⁶⁶

El diseño mismo de una estrategia de campaña en planificación familiar implica investigar a través de la comunicación interpersonal acerca de las necesidades, preferencias, dudas, actitudes, expectativas, etc., de la población objetivo y posterior a este diagnóstico, encontrar los diversos medios que consigan llegar directamente a esas necesidades, preferencias, dudas, actitudes, etc., a través de medios masivos y/o interpersonales.

Debido al actual reconocimiento del consentimiento informado como uno de los principales conceptos y procesos comunicativos interpersonales en la

⁶⁵ Population Reports. La importancia de la orientación individual. Serie J. No. 35. Nov, 1987. Pag.2

⁶⁶ Mohammad Naghi Namakforoosh, Santiago Ibarreche. Mercadotecnia Social. Edit. Limusa. México, 1983. pag. 205

promoción de la planificación familiar, se tratará este tema con mayor detalle en el siguiente apartado.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

2.2.2. La Consejería y el Consentimiento Informado como acciones de comunicación interpersonal en la promoción de la planificación familiar.

El concepto del consentimiento informado se originó en los años cincuenta, a medida que se iba reconociendo cada vez más, el derecho del paciente a tomar decisiones sobre su propio tratamiento médico. El consentimiento informado incluye dos derechos fundamentales:

- El derecho del individuo a decidir lo que se le hará o dejará de hacer a su cuerpo, en la forma de tratamiento médico o quirúrgico.
- El derecho del individuo a obtener información pertinente sobre un procedimiento médico o quirúrgico a fin de poder sopesar las alternativas antes de tomar una decisión.⁶⁷

Bajo el marco del Programa Nacional de Población 1995-2000, en el que se establece el compromiso del IMSS por mejorar la condición de la salud integral del hombre y de la mujer dentro de un marco legal obligatorio que implica la vigilancia de que, en todo caso se garantice el ejercicio pleno de los derechos sujetos enfáticamente en lo referente a su decisión en el área de la reproducción, se considera al Consentimiento Informado como una estrategia de comunicación para mantener la calidad en los procesos de promoción y prestación de sus servicios, definiéndolo como "la toma de decisión voluntaria, suficientemente informada y responsable, cuyo objetivo es salvaguardar el derecho de la población a tomar una decisión voluntaria e informada sobre la adopción de un método anticonceptivo."⁶⁸

⁶⁷ Ibid. Pag.16

⁶⁸ Documento de Trabajo. Consentimiento Informado y Planificación Familiar en el IMSS. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Pag.2

El consentimiento informado se basa en el principio de que las personas competentes tienen derecho a decidir libremente, protegiendo esa libertad de elección y respeto a su autonomía.

Es un proceso que incluye el intercambio respetuoso de información y comunicación que busca posibilitar a las usuarias(os) en la toma de decisiones reproductivas libres, responsables e informadas y se basa en los siguiente principios:

- A) La humanización de la medicina.** Que se logra mediante la comprensión del sujeto de atención con su entorno desde el punto de vista integral. Mejora la salud reproductiva en forma integral.
- B) Derecho a ser informado y a recibir un trato digno.**
- C) Compromiso del personal de salud a orientar.** Que el prestador de servicio, aplicando toda su experiencia y capacidad, facilite una toma de decisión, basada en el convencimiento de los beneficios evitando cualquier posibilidad de imposición.
- D) El respeto a la autodeterminación de las personas.** Su importancia radica en que permite establecer confianza entre la población y el personal de salud, lo que constituye parte importante de la relación humana y por consiguiente, un modelo de humanidad y respeto. Evita generar en el usuario incertidumbre, prejuicios y falsas expectativas derivadas de la falta de información y de inconformidad, éstos como parte de una deshumanización en la medicina.⁶⁹

El consentimiento informado es visto como un proceso de comunicación interpersonal en el que es esencial la consejería, ya que se basa en la

⁶⁹ Guía para el procedimiento del consentimiento informado en p.f. Dirección de Prestaciones Médicas. IMSS. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. 1998, pag.11

identificación de expectativas y necesidades personales sobre salud reproductiva, el intercambio de esta información con el proveedor(a) de servicios; la confirmación ante la aceptación de un método y la comprensión de las ventajas, uso y posibles efectos secundarios de los mismos; la comprensión de riesgos ante el no uso de métodos anticonceptivos; y la adopción libre, responsable e informada de un método anticonceptivo.

Se ha observado que la información y educación de los usuarios son determinantes para la toma de decisiones y que cuando el personal de salud es capaz de identificar las necesidades de las personas y apoyarlas en la toma de decisiones, existe mayor probabilidad de satisfacción, cumplimiento y mejores resultados de los programas de planificación familiar.⁷⁰

Lograr la elección y el consentimiento informado es lograr el acuerdo del usuario a utilizar un anticonceptivo temporal o permanente de manera voluntaria, una vez que ha recibido la información necesaria para la toma de decisiones a través de la Consejería.

“Desde 1990, el Instituto Mexicano del Seguro Social con el apoyo de AVSC Internacional, ha trabajado activamente en la capacitación a los proveedores de servicios para extender los programas de anticoncepción quirúrgica, la consejería sobre salud reproductiva y planificación familiar y en la integración del formato de consentimiento informado a estos servicios. Lo anterior cobra especial importancia si se toma en cuenta que para el año de 1997, la institución atendió a 1,729,600 personas en los servicios de

⁷⁰ Delbanco TL, Daley J. Through the patient's eyes. Strategies towards more successful contraception. *Obstetrics Gynecology.* 1996; 88 (3 suppl.):41S-41S

planificación familiar a través de las 1,747 unidades con que cuenta en todo el país⁷¹

Muestran algunos estudios realizados por el IMSS en los últimos años que, la principal fuente de información para la toma de decisiones en la elección de métodos anticonceptivos fue el personal de salud, de aquí que se reitera la importancia de la comunicación interpersonal, ya que "la consejería apoya a los proveedores de servicios para una adecuada valoración de las necesidades de las personas, considerando las condiciones socioculturales, de salud y las intenciones reproductivas, para proveerlas de información oportuna sobre su salud reproductiva, planificación familiar y sexualidad"⁷²

El Consentimiento informado visto como una estrategia específica del IMSS para mantener una alta calidad en los servicios que ofrece dentro del Programa de Salud Reproductiva propone lograr que el personal operativo reconozca su participación en este proceso como una parte de las actividades propias de la atención integral y no como acciones fragmentadas dentro del proceso de comunicación.

Este proceso de implementación del consentimiento informado se aplica en 2 vertientes:

1. **Dirigida al prestador de servicio.-** Contempla dos etapas; la primera relacionada con la sensibilización del personal de salud mediante el reforzamiento de la competencia técnica, basada en la adquisición de habilidades y destrezas para la aplicación del procedimiento y en la

⁷¹ Jorge Arturo Cardona, Jose Braulio E. Otero, Ma.de la Luz Arceo, Consuelo Juárez, Evelyn Aldaz. Capacitación en consejería en salud reproductiva sus impactos. IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Salud Reproductiva. AVSC Internacional. Marzo 1999. pags.109

⁷² Neamatalla GS PB. Consejería en planificación familiar y esterilización voluntaria. Guía para directores de programas. New York; Asociación para la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.1991

comprensión del concepto, objetivo y beneficios del Consentimiento Informado.

La segunda etapa está relacionada con la implementación de los recursos necesarios para la aplicación del procedimiento.

2. **Dirigida a la población.**- Se basa fundamentalmente en la etapa de sensibilización cuyo propósito es avanzar en el reconocimiento de la población del Consentimiento Informado y en la importancia de su participación activa en la toma de decisiones.⁷³

Para poder cumplir con el objetivo del Consentimiento Informado de salvaguardar e derecho de la población a tomar una decisión libre e informada sobre la adopción de un método anticonceptivo basada en un proceso de información oportuna, clara, veraz y comprensible para la población, se estableció un procedimiento basado en 5 principios clave que ayudan a definir el papel del prestador de servicio en el contexto de la planificación familiar.⁷⁴

Los principios clave consideran la gran diversidad de opiniones, pensamientos, sentimientos y valores de cada persona y son los siguientes:

1. Toma de decisión informada.
2. Satisfacer las necesidades de información.
3. Proporcionar información específica
4. Asegurar la comprensión de la información
5. Dejar constancia de la aceptación voluntaria e informada de un método anticonceptivo y del respeto a la decisión tomada.

⁷³ Guía para el procedimiento del consentimiento informado en planificación familiar. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. IMSS. Nov, 1998. pag.12-13.

⁷⁴ Ibid. Pag.14

Estos principios a su vez, incorporan 3 etapas, cada una con objetivos y actividades específicas que deben ser realizadas bajo un orden determinado y estructurado acorde a las características de la población que atiende.

1. **Diagnóstico y Motivación.** La intención es identificar expectativas personales reproductivas y condición de salud para proporcionar información de acuerdo a las necesidades y reforzar los beneficios de la protección anticonceptiva. Para lograr este objetivo es necesario investigar:

- Expectativas personales y reproductivas
- Necesidades de información
- Condición de salud
- Conocimiento y experiencias sobre metodología anticonceptiva
- Informar sobre los beneficios de la anticoncepción

2. **Aceptación/ No aceptación.** Cuyo objetivo es confirmar la aceptación del método y asegurar la comprensión de sus características y del procedimiento para la entrega del mismo. Para lograrlo es necesario:

- Informar sobre las características específicas del método seleccionado con énfasis en; efectividad, temporalidad, efectos secundarios, seguimiento.
- Verificar la comprensión de la información proporcionada desde la perspectiva de la aceptante
- Registrar en el formato el método aceptado y recabar la firma de la o el aceptante

No aceptación. El objetivo es asegurar la comprensión de los riesgos que implica el no uso de la protección anticonceptiva. Para lograr este objetivo es necesario:

- Identificar causas y razones de no aceptación
 - Reforzar los beneficios de la protección anticonceptiva
 - Proporcionar información sobre los riesgos que implica un embarazo bajo sus condiciones de salud y sus expectativas personales
 - Dejar constancia de la razón de no aceptación en la nota de la atención otorgada
3. **Adopción.** Cuyo objetivo es confirmar la aceptación del método y asegurar la comprensión de sus características y del procedimiento para la entrega del mismo. El cumplimiento de este objetivo será mediante la realización de las siguientes actividades:
- Verificar la existencia del registro de la aceptación del método en el formato de Consentimiento Informado
 - Confirmar la aceptación del método registrado en el formato
 - Ratificar la información sobre las características del método
 - Proporcionar información sobre el procedimiento para la entrega del método
 - Firmar el formato como constancia de que la información proporcionada ha sido comprendida.

Las actividades de las 3 etapas del Consentimiento Informado pueden llegar a realizarse en una sola intervención y para esto existen materiales educativos tales como; el cartel Criterios de Elegibilidad, trípticos y folletos sobre métodos anticonceptivos, rotafolio de salud reproductiva, y rotafolio de Técnicas Quirúrgicas Simplificadas, entre otros.

CAPÍTULO 3

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

3.1 CONSIDERACIONES TEÓRICAS DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVA E INTERPERSONAL PARA LA CREACIÓN DE LA CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Las principales teorías sobre los medios de comunicación nos remiten a los estudios sobre propaganda política que nacieron en Estados Unidos "como respuesta a las grandes exigencias de su política nacional e internacional; elecciones presidenciales, temor a la influencia de la propaganda nazi, exigencias propagandísticas y de dominio de la opinión pública derivadas de la participación de la Segunda Guerra Mundial, mantenimiento de la guerra fría y necesidad de expansión económica mundial"⁷⁵

Los fenómenos históricos como las guerras mundiales y muy particularmente el fascismo alemán, provocaron fuertes influencias en los estudiosos de las diferentes disciplinas filosóficas, así como en el origen de diversas investigaciones y teorías sobre los medios de comunicación colectiva en Estados Unidos, Europa y la entonces, Unión Soviética, enfocándose al análisis de las masas, de la opinión pública, la propaganda política, la manipulación, la persuasión y del poder mismo de los medios.

A partir de los primeros estudios que tuvieron un corte funcionalista, se hacía referencia a las relaciones que pudieran establecerse entre los medios de comunicación, el mensaje, el receptor y los efectos del mensaje dentro del

⁷⁵ Miguel de Moragas. Sociología de la Comunicación de Masas. pag.389

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

llamado "proceso comunicativo", por lo que surgieron también otras vertientes teóricas.

La segunda vertiente tiene relación estrecha con la psicología y con tres grandes paradigmas; el *funcionalismo* en que los individuos tendrían un desarrollo psíquico con base a determinados estímulos, cuya repetición produciría condicionamientos, estos se volverían involuntarios con el tiempo y en ciertas condiciones de afecto y reforzamiento⁷⁶ (Pavlov); la *interpretación freudiana* la cual hace referencia a la identidad con otro, la idealización del yo que se transfiere a otro, los desplazamientos pulsionados del deseo, etc.; y la *teoría de los sistemas* en la que al ser el individuo parte del funcionamiento global de la sociedad responde con mayor o menor intensidad a los estímulos de determinadas informaciones transmitidas por los medios, su capacidad de decodificación depende del grado de conocimiento del receptor, de la intensidad del ruido interpuesto a la comprensión y/o transmisión del mensaje y de la relación entre la cantidad medible de información y la efectivamente comprendida por el receptor.

Una tercera vertiente inscrita dentro del *materialismo histórico* en el que la propaganda forma parte de la organización general de la sociedad, del grado de desarrollo de las fuerzas productivas y de una determinada ideología predominante en una formación histórico-concreta (A.Heller)

Y finalmente, una cuarta vertiente en la *perspectiva estructural*, en la que se consideran a Guiraud, Eco, Saussure, (desde la semiología) con los recursos visuales, lingüísticos -literarios- y estéticos, empleados en el seno de la vida

⁷⁶ Ibid. Pag.187

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

social. Basado en conocer los objetos y las relaciones existentes entre lo dependiente de la conciencia y del conocimiento humano, como lo que se refiere a su existencia real y por ello más allá de la intelección y conocimiento del sujeto.⁷⁷

Los estudios derivados del modelo de Pavlov (estímulo-respuesta) ejercieron influencia en el estudio de la comunicación como tal, desde la perspectiva de dar el diseño y los contenidos "adecuados" al mensaje con el objetivo de poder "manipular" la conducta del receptor, llegando a suponer a los *mass media* como estructuras e instituciones sociales omnipresentes, atribuyéndoles poderes y características que sólo décadas más tarde serían desmitificadas, pasando de la posibilidad de los medios a manipular e influir hacia su posibilidad de servir sólo como refuerzos ante conductas y comportamientos ya preestablecidos.

Una de las principales consideraciones teóricas que delimitan la creación de la campaña de esta tesis, es el enfoque sobre *usos y gratificaciones* ya que propone conceptos y ha presentado pruebas que explican probablemente la conducta de los individuos respecto a los medios, con más fuerza que las más remotas variables sociológicas demográficas o de personalidad (Weiss, 1971).

Comparado con los clásicos estudios sobre efectos, el enfoque de usos y gratificaciones toma como punto de partida al consumidor de los medios más que los mensajes de éstos y explora su conducta comunicativa en función de su experiencia directa con los medios. Contempla a los miembros del público como usuarios activos del contenido de los medios, más que como pasivamente influidos por ellos. Por tanto, no presume una relación directa entre mensajes y

⁷⁷ Prof. Lumbreras. Gula de estudio de Teorías de la comunicación IV.Cap. 2. 1997 pag.31

efectos, sino que postula que los miembros del público hacen uso de los mensajes y que esta utilización actúa como variable que interviene en el proceso del efecto.

Además, al examinar los orígenes sociales y las diferentes experiencias vitales de los consumidores, vincula la comunicación de masas con los papeles sociales y las actitudes psicológicas y, a través de ello y en última instancia, con otras instituciones sociales.⁷⁸

Esta teoría de los usos y las gratificaciones menciona que "el efecto de la comunicación de masas es entendido como consecuencia de las gratificaciones a las necesidades experimentadas por el receptor; los media son eficaces si y cuando el receptor les atribuye dicha eficacia, sobre la base justamente de la gratificación de las necesidades"⁷⁹

Las características conductuales del receptor, las relaciones sociales en las que vive, la interacción social, la cultura de la sociedad, y su propio sistema de preferencias afectan las elecciones que toma frente a los mensajes que recibe por parte de los medios de comunicación.

Por esto, la comunicación en planificación familiar debe partir de la premisa de considerar a *su audiencia como un grupo de personas capaces de comprender el mensaje emitido, sus causas y efectos, pero la difusión de sus mensajes es un reto porque éstos deben ser claros, informativos, veraces e interesantes para*

⁷⁸ Miguel de Moragas. Ibid. Pag.254

⁷⁹ Wolf Mauro. pag.78

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

poder lograr efectos en el comportamiento reproductivo, el cuál está inmerso en una amplia gama de intereses personales, valores, creencias e ideas.

Así, las campañas de comunicación en planificación familiar se enfrentan al gran reto de detectar aspectos como los antes mencionados tanto referentes a la audiencia; sus actitudes, hábitos, creencias; como al contexto, situación política, económica, social, publicidad (comercial); al emisor, credibilidad, trascendencia, política; a los mensajes, estética, contenido, connotación y denotación del mismo; y a los medios, directos o indirectos, masivos o interpersonales, cobertura de cada uno, características y beneficios de cada uno, y sus posibles efectos deseados o inesperados.

Por otra parte, se ha retomado a Lazarsfeld, sociólogo norteamericano interesado en el estudio de las audiencias y los efectos de los medios de comunicación colectiva, ya que junto con Robert Merton, desarrolló una clasificación en la cual los medios tienen tres funciones:

- Conferir prestigio
- Reforzar las normas sociales
- Disfunción narcotizante.

Otra de sus principales contribuciones fue el desarrollo de formas para medir el impacto de la radio en las actitudes a través de investigación por encuestas y el método panel, además de descubrir un proceso de influencia a través de líderes de opinión, a lo cual llamó el **two-step flow** de comunicación.⁸⁰

⁸⁰ Lazarsfeld, Paul y Merton, Robert. "Mass Communication. Popular Taste and Organized Social Action" en Bryson, Lynan (ed) The communication of ideas. New York. Harper and Row. 1948

La campaña aquí propuesta, podría cumplir con la función de **conferir prestigio** a las mujeres que al exponerse a los mensajes decidan informarse mejor, acudir por orientación y finalmente tomar una decisión libre, responsable e informada acerca de su uso o no uso de métodos anticonceptivos de planificación familiar. Incluso, el lema de campaña menciona "...la satisfacción de decidir, bien informadas", lo cual conlleva a la idea de que las mujeres que utilicen el Consentimiento Informado estarán satisfechas y bien informadas.

Asimismo considerando que esta campaña combina medios de comunicación masiva e interpersonales, se retoma la importancia de los **líderes de opinión** que participan en la misma, los cuales son las/los enfermeras, médicos y trabajadoras sociales que transmitirán personalmente a la población toda la información necesaria para su toma de decisión a través de la consejería.

Wright examina las características del "Auditorio de masas" como colectividad humana y considera a un auditorio que tiene muy en cuenta el contexto social dentro del cual se encuentra cada uno de sus miembros. "El individuo (si bien anónimo al comunicador) rara vez es enteramente anónimo a su ambiente social. Por lo general, es miembro de una red de grupos primarios o secundarios – su familia, grupos de amigos, los compañeros de trabajo, etc.- quienes influyen en sus opiniones y actitudes"⁸¹

Y menciona que los mensajes **no siempre llegan directamente a todos los miembros de su auditorio sino que "algunas veces, llegan primero a una**

⁸¹ Wright, Ch. La comunicación de masas. Pp.63 -64

capa de la sociedad (líderes de opinión o influyentes) quienes a su vez, pasan el mensaje en forma oral a aquellas personas que los consultan...”⁸²

Este último aspecto que considera a la comunidad que rodea a la población objetivo es un factor primordial en la selección de imágenes realizada para los productos de campaña, lo cual además está reforzado con los resultados de las encuestas del IMSS analizadas previamente.

⁸² Ibidem. Pag.66

3.1.1. Diseño de Estrategia Comunicativa

Como **estrategia** se entenderá el *arte* (como habilidad adquirida) *de dirigir y desarrollar* (iniciativa-respuesta) *acciones mediante un método* (razonamiento, orden, sistema y planeación) *que permite la decisión óptima* (cumplimiento eficaz de objetivos y metas: la mejor elección) *en cada momento* (posibilidad y capacidad de respuesta inmediata, evaluación y comprensión del espacio tiempo).⁸³

Por lo tanto, una estrategia implica provocar acciones mediante acciones determinadas, responder adecuadamente a las consecuencias de las acciones, aprovechar las consecuencias de las acciones provocadas por otros.

El diseño de una **estrategia** comunicativa, por lo general tiene dos objetivos: ya sea lograr que un grupo de personas **adopte**: nuevas ideas y/o nuevas conductas; y que un grupo de personas **cambie de**: ideas y/o conductas.

Y para lograrlo puede hacerlo a través de un producto social:

- Idea (creencia, actitud, valor)
- Práctica (acto, conducta)
- Objeto tangible

⁸³ Definición utilizada en Diplomado de Estrategias de campaña (propaganda, promoción y publicidad), impartido por la FELAP y la ANECO. 1998.

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

A través de un **proceso comunicativo**:

- Gradual
- Integrado
- Concentrado
- Racional-metodológico
- Creativo-metodológico⁸⁴

Este proceso comunicativo es a lo que se llama **Campaña**.

Lograr el **diseño de una estrategia** plasmado en una campaña puede ser el factor determinante para el éxito de la comunicación masiva e interpersonal en asuntos relacionados a la planificación familiar.

“El diseño de la comunicación...tiene que atender cuidadosamente no sólo el contenido de sus mensajes y programas sino, además, la estructura y formato de los mismos...”⁸⁵

Al crear la estrategia de la campaña sobre Consentimiento Informado en Planificación Familiar, se buscó que el concepto de Consentimiento Informado forme parte del estilo de vida de la audiencia previamente definida y que en los mensajes que se utilicen existan atributos, frases, imágenes que sean atractivas para la población objetivo. De manera que, se decidió que la estrategia sería:

Crear un logotipo y lema sobre el Consentimiento Informado para lograr un recordatorio visual o fotográfico de la frase “Consentimiento Informado” y de su

⁸⁴ Conceptos creados en colaboración con el Lic. Napoleón Camacho. Subdirector de Programas de Población del CONAPO. 1999.

⁸⁵ Manual de comunicación en población. Consejo Nacional de Población. México, 1986.pag. 8

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

imagen para que esto a su vez lleve a pensar en el significado de estas dos palabras y de las satisfacciones que con ello se pueden obtener. Estas satisfacciones serían; para las mujeres objetivo sentirse orgullosas de poder tomar sus propias decisiones de manera libre, responsable e informada; para los prestadores de servicios, sentirse apoyados institucionalmente para otorgar servicios de calidad que favorezcan la satisfacción de las usuarias y adquirir mayor prestigio dentro de su propio lugar de trabajo y hacia el exterior.

Con base en este logotipo y lema se preparó el guión de radio y el *storyboard* tomando en cuenta a la población objetivo y la finalidad misma de la campaña para que fueran atractivos.

Una vez realizada la propuesta creativa de los productos, la cual se verá más adelante, se definió una estrategia de medios verificando los objetivos de cada uno de ellos para asegurar que fueran paralelos a la estrategia integral de la campaña.

3.1.2. Creación de Campaña

Harold D. Lasswell fue líder en la investigación de las comunicaciones como un estudio científico de elaboración de la política. Definió elementos específicos para el estudio o la descripción del acto comunicativo, los cuales están considerados dentro del “Paradigma de Laswell”:

¿quién...(estudio del emisor)

¿dice qué...(análisis de contenido del mensaje)

a través de qué canal...(el contenido de los medios o el medio seleccionado)

¿a quién, con qué efecto? (estudia al receptor del acto comunicativo y la influencia sobre él, ejercida o lograda)

Este modelo constituye la lógica dinámica de cada momento del proceso comunicativo, delimita metodológicamente sus elementos, además de sus funciones sociológicas, ya que con estos cuestionamientos hace implícita la existencia de una intencionalidad en el proceso de la comunicación

La creación de una campaña implica un proceso metodológico en el que se debe detectar el problema a resolver en cuanto al tema de interés (intencionalidad), siempre con base en un diagnóstico que debe considerar el contexto general en el que ésta se desarrolle, a partir de:

- Análisis sociodemográfico
- Análisis económico
- Análisis político

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- Investigación documental
- Estudios de opinión (encuestas, entrevistas)
- Demandas de la sociedad (análisis de medios)
- Planes y programas nacionales y/o estatales
- Análisis interno (del emisor)
- Análisis de la audiencia (estudios de opinión, motivacionales, de consumo de medios, etc)

Con este tipo de antecedentes, se definió la finalidad de la campaña, la cual está basada en las preguntas de la comunicación mencionadas anteriormente:

¿Quién dice? - ¿Quién realizará la campaña? El comunicador

¿Qué dice? - ¿Qué se desea lograr? Análisis de contenido

¿Cómo lo dice? - ¿Cómo se desea lograrlo?

¿Para quién? ¿Por qué? - ¿Para quién y por qué se desea lograr esa meta?

Análisis de audiencia

¿A través de qué?- ¿A través de qué medios o canales se desea lograr la meta? Análisis de medios

¿Dónde? -¿Dónde se desea lograr e implantar los logros de dicha meta? ¿Con qué efectos? Análisis de efectos

De acuerdo a la teoría funcional, Moragas menciona la importancia de considerar las diversas consecuencias que se pueden presentar en un acto comunicativo y ejemplifica que una campaña local en pro de la salud pública puede ser emprendida para alentar a la gente de la zona a someterse a un chequeo en una clínica y, en el proceso encaminado a conseguir este objetivo la campaña puede tener la inesperada consecuencia de mejorar la moral de los empleados de los

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

servicios locales de sanidad, cuyo trabajo cotidiano se ha convertido de pronto en un objeto de atención pública, de manera que en una campaña pueden encontrarse resultados buscados (funciones manifiestas) y resultados inesperados (funciones latentes)

De aquí la importancia de que al crear una campaña se tomen en cuenta todos los aspectos posibles respecto a la audiencia, la sociedad, el contexto y los posibles efectos buscados o inesperados para lo cual también es necesario crear un plan de contingencia.

3.1.3 Definición de plataforma conceptual

La definición de la plataforma conceptual consiste en detectar cuál es la problemática a resolver y ponerle una solución de acuerdo a las características específicas de la población a la que se dirige la campaña y al contexto en que ésta se desarrollará.

El diagnóstico mencionado anteriormente es uno de los instrumentos indispensables para establecer la plataforma conceptual, además del análisis del emisor, el cual determinará las líneas que dirigirán las acciones comunicativas conforme a sus propios intereses y contexto.

La plataforma conceptual se refiere a los conceptos básicos o elementales y mensajes que deben permear toda la campaña a través de los diferentes medios elegidos. Esta plataforma será la línea de acción en la creación de las acciones y los productos comunicativos seleccionados para apoyar la campaña.

En la plataforma conceptual "el cliente" es el elemento principal, es quien marcará la pauta acerca de los principales mensajes a manejar en una campaña. En el caso particular de esta campaña, son consideradas las políticas, planes, programas, misión y visión del IMSS para el uso de los mensajes más adecuados y efectivos.

3.1.4. Características del emisor

Las características del emisor deben considerar el análisis y delimitación por parte del estratega de campaña de acuerdo al contexto político y social en el que esté inmerso; su situación presupuestal, los recursos humanos, materiales y administrativos con los que cuente, además de su contexto legal para conocer los alcances del mismo y los tiempos institucionales, entre otras cosas.

Conocer al emisor repercute para conseguir conforme a su propia estructura y organización los medios más adecuados para la transmisión de los mensajes. Apoya en la medición aproximada de los efectos de los mensajes de campaña y es útil para evitar demandas que no puedan ser cumplidas debido a que la misma estructura de la institución no lo permita. Y entre otras cosas, contribuye en el uso adecuado de los canales de comunicación para que los mensajes lleguen directamente y con mayor seguridad a la población objetivo.

3.1.5. Características de la población

Delimitar y segmentar audiencias objetivo es el paso principal para lograr la transmisión de cualquier mensaje de manera puntual a través de producto comunicativo adecuado.

Para conocer a las audiencias o población objetivo es necesario considerar:

- Estrato social
- Ubicación geográfica
- Características étnicas
- Características demográficas
- Características psicológicas
- Características y valores culturales, políticos, religiosos
- Normas, conceptos y hábitos de conducta, entre los que se pueden mencionar:

“Valor del hijo (hombre o mujer), significado de la procreación, significado de la maternidad y la paternidad, significado de la familia y sus funciones, actitud ante la planeación familiar, concepto de pareja, significado de relación sexual, concepto de hombre y mujer, normas con respecto a la vida sexual del hombre y de la mujer, etc”⁸⁶

Definir las características de la población implica exhaustivas investigaciones ya sea a través de grupos focales, estudios de caso, entrevistas o encuestas, que sin duda alguna contribuyen para una definición más exacta de los mensajes que deben ser transmitidos en una campaña.

⁸⁶ Ibid. Manual de comunicación en población. Pag. 15

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La campaña de Consentimiento Informado en Planificación Familiar cuenta con un público objetivo primario que son las mujeres derechohabientes del IMSS que tienen entre 19 y 34 años (en edad fértil) y un público secundario que son los prestadores de servicios del IMSS.

3.1.6. Creación de productos comunicativos

Para la creación y diseño de los productos comunicativos de la campaña es importante reafirmar que como objetivo particular de ésta se pretende: Posicionar (colocar un producto/servicio/concepto dentro del estilo de vida del comprador/audiencia/población)⁸⁷ el término de Consentimiento Informado, en la población derechohabiente y en los prestadores de servicios del IMSS para cumplir con el objetivo general de la estrategia que es contribuir a elevar el conocimiento y la comprensión del proceso mismo de consentimiento informado en la adopción o rechazo de un método anticonceptivo permitiendo que la población perciba el respeto por su decisión libre, responsable e informada por parte del personal y del propio Instituto Mexicano del Seguro Social.

Una vez definido el objetivo general y particular de la estrategia de campaña, y definido el público objetivo, o en términos de publicidad, se ha segmentado el mercado, se llega a la creación del producto comunicativo cuya finalidad será resolver un problema del consumidor/ grupo meta o población objetivo.

En mercadotecnia – entendida como “orientación administrativa que sostiene que la clave para lograr las metas organizacionales es que la empresa determine las necesidades y deseos de los mercados meta y se adapte para suministrar las satisfacciones deseadas de modo más eficaz y eficiente que sus competidores”⁸⁸, se puede considerar la conveniencia de alcanzar varios segmentos simultáneamente para lo que un anunciante o emisor producirá

⁸⁷ Otto Kleppner's *Publicidad*. Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A. México 1988, pags. 706. pag. 80

⁸⁸ Philip Kotler. *Principles of Marketing*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall, 1980 pag.22

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

distintos anuncios o productos comunicativos para hacer un llamado a estos diferentes segmentos.

Debido a la organización de tres segmentos diferentes de población para la campaña, se crean tres versiones distintas específicamente para folletos informativos, los cuales tienen la ventaja de ser un medio de comunicación personal en el que cada una de las mujeres pueden encontrar la información adecuada a sus propios intereses. Y lo mismo sucederá con los "prontuarios" o guías cuya función será servir a los prestadores de servicio como herramienta o recordatorio sobre aspectos básicos del Consentimiento Informado en Planificación Familiar.

3.1.7. Elección de medios

Para definir la elección de medios, se mencionarán dos tipos; la **comunicación masiva** como elemento para motivar, orientar e informar a un numeroso, heterogéneo, disperso y amplio grupo de población, por ejemplo; radio, televisión, prensa, altavoz, etc.; y la **comunicación interpersonal** a articularse mediante los diversos actores de la sociedad: a través de instituciones de salud con médicos, enfermeras, trabajadores sociales, farmacéutas, auxiliares de salud, parteras capacitadas, instituciones de educación con maestros, padres de familia; autoridades gubernamentales y de instituciones pública, privadas, sociales, líderes de opinión comunitarios, populares, entre otros.

Algunas ventajas y desventajas a considerarse en la elección de medios masivos de comunicación son que estimulan nuevas ideas y proveen de información, otorgan modelos de vida positivos pero también negativos; pueden alcanzar a grupos amplios de población, pueden incluso enseñar valores culturales y sociales aunque también pueden ser portadores de modelos dominantes de vida por parte de determinados grupos, incrementar la exposición a la violencia liderando actitudes agresivas y generar estereotipos.⁸⁹

Entre los medios masivos de comunicación que pueden emplearse están; la televisión, el cine, la radio, los periódicos y las revistas. La comunicación de masas va dirigida a unas audiencias relativamente amplias y heterogéneas que llegan a ser anónimas para el comunicador. A través de éstos, los mensajes son

⁸⁹ Patrick L. Coleman. Media's impact on youth development. John Hopkins Center for Communication Programs. UNESCO Conference Youth and Communication. Boca Chi,a Rep. Dominicana. Marc 2-4, 1999. Pag 2

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

transmitidos públicamente y sincronizados para llegar rápidamente a una mayoría de la audiencia, a veces simultáneamente y en general, pretenden ser más bien transitorios que permanentes. Y finalmente, el comunicador tiende a ser- o a operar en su seno- una compleja organización formal que puede involucrar grandes gastos (Wright 1959)⁹⁰

Ciertos escritores han iniciado, por lo menos en forma especulativa, la asociación entre los atributos de los medios y las necesidades del público. Por ejemplo, Donald Bogue (1962) sostiene que la imprenta es el mejor medio para transmitir mensajes sobre la planificación familiar porque son productos consumidos en privado. Cazeneuve (1972 y 1973) y Alberoni (1972) sugieren que la autoridad de la televisión y su "nuevo sacerdocio" la capacitan para atender algunas de las necesidades que la gente satisfacía antes por medio de la religión, por ejemplo una mano orientadora, un sentido de control mágico o la imposición de límites normativos. Y finalmente, John Robinson (1972) que ha demostrado que son intercambiables los medios de la televisión y los impresos para propósitos de enseñanza.⁹¹

Entre otras características de la TELEVISIÓN se pueden mencionar:

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">• La imagen y el audio en conjunto facilitan la concentración de la audiencia y la penetración de un mensaje.	<ul style="list-style-type: none">• Costos altos de producción y difusión
<ul style="list-style-type: none">• Permite llevar mensajes educativos a personas analfabetas	<ul style="list-style-type: none">• Existen regiones del país que no tienen acceso a este medio
<ul style="list-style-type: none">• Amplio público cautivo que prefiere este medio como forma de entretenimiento	<ul style="list-style-type: none">• Escasas o muy limitadas y costosas oportunidades de retroalimentación entre el emisor y el receptor

⁹⁰ Miguel de Moragas. Sociología de la Comunicación de Masas. Edit. Gustavo Gili. 1984.pag.209

⁹¹ Ibid. Pag.268

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> Difunde información concreta en un espacio mínimo de tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> El corto tiempo de transmisión de un mensaje reduce la posibilidad de análisis profundo del tema contraponiéndose con mensajes de entretenimiento y comerciales
<ul style="list-style-type: none"> Concede altos niveles de credibilidad 	<p>* Manual de comunicación. CONAPO.pag.34</p>

En cuanto a la RADIO se pueden mencionar:

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> Aparatos receptores económicos y pueden utilizarse incluso donde no hay electricidad 	<ul style="list-style-type: none"> Carece de imagen que en ocasiones puede ser muy didáctica
<ul style="list-style-type: none"> Permite llevar mensajes educativos a personas analfabetas 	<ul style="list-style-type: none"> Escasas o muy limitadas y costosas oportunidades de retroalimentación entre el emisor y el receptor
<ul style="list-style-type: none"> Amplio público cautivo que prefiere este medio como forma de entretenimiento y para amenizar las jornadas de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> Los mensajes educativos no tienen un grado amplio de permanencia
<ul style="list-style-type: none"> La producción y difusión no es tan costosa como la de la TV 	
<ul style="list-style-type: none"> Permite el desarrollo de la imaginación al no haber imágenes 	<p>* Manual de comunicación. CONAPO.pag.35</p>

En cuanto a IMPRESOS se pueden mencionar:

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> Altamente efectivo para el desarrollo de contenidos , información y entretenimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere de audiencia alfabetizada
<ul style="list-style-type: none"> El mensaje tiene mayor permanencia, ya que e usuario puede regresar al material cuantas veces crea necesario 	<ul style="list-style-type: none"> Se dificulta la retroalimentación instantánea con la audiencia
<ul style="list-style-type: none"> Es un medio masivo que se convierte en interpersonal a través de pasarlo de mano en mano 	<ul style="list-style-type: none"> Los mensajes educativos no tienen un grado amplio de permanencia

* Manual de comunicación. CONAPO. pag.38-39

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

W.Bert Johnson, menciona que los medios masivos se utilizan mejor para:

1. "Crear o sostener un clima favorable para la aceptación y práctica de la planificación familiar.
2. Alimentar y sostener los canales de comunicación de persona a persona, sea por los trabajadores oficiales de planificación familiar o por personas que influyen necesariamente sobre la opinión: directores locales, amigos, familiares, profesores, etc.
3. Estimular al público a hablar libremente respecto a temas concernientes al problema de población, la planificación familiar y la anticoncepción.
4. Hacer que para la sociedad sea aceptable la práctica de la planificación familiar y ...crear una opinión masiva de que las familias grandes, los embarazos irreflexivos y los nacimientos muy seguidos son indeseables, incluso antisociales.
5. Elevar las aspiraciones generales del público; así se modificará con el tiempo, el comportamiento reproductivo.
6. Combatir poco a poco creencias pronatales mantenidas por largo tiempo mediante la asociación de la posición económica mejorada con la familia pequeña".⁹²

McQuail, Blumer y Brown (1972) se refieren al uso de los medios como "un proceso interactivo que relaciona el contenido de los medios con las necesidades, percepciones, papeles y valores individuales, y con el contexto social en el que una persona está situada."⁹³

⁹² W.Bert Johnson, Frank Wilder, Donald J.Bogue. Información, Enseñanza y Comunicación en la Planificación Familiar y de Población. Editorial Diana. 1976. Pag.109

⁹³ Miguel de Moragas. Ibid. Pag.259

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Katz, Gurevitch y Haas (1973) informaron que, incluso en el caso de las llamadas necesidades vinculadas a los medios, las fuentes ajenas a los medios, tomadas en su conjunto, superaban a las vinculadas a ellos, también tomadas en su conjunto como instrumentos de satisfacción. Quizá la más prominente entre tales fuentes ajenas a los medios sea la comunicación personal.⁹⁴

Klapper reconoce la existencia de relaciones sociales que en importante medida afectan las conductas y las percepciones individuales, de manera que los medios vendrían a **reforzar patrones de conducta preexistentes**, desmitificando el poder que éstos en la manipulación y relativiza sus efectos con relación a las características heterogéneas de los grupos humanos.⁹⁵

Bajo esta perspectiva, se puede decir que lo relevante del uso de los diversos medios de comunicación existentes es potencializar y aprovechar sus ventajas en beneficio del logro del objetivo de campaña, de manera que pueda ser utilizado un medio masivo en combinación o como apoyo para un medio de comunicación interpersonal.

Entre los medios de comunicación que se determinó utilizar están: **la radio con transmisión nacional y los carteles para microbuses como medios móviles**. Esto para sensibilizar a la población en general acerca de la existencia del Consentimiento Informado como un proceso de comunicación e información que favorece las decisiones reproductivas libres, responsables e informadas.

⁹⁴ Ibid. pag. 260

⁹⁵ Gallardo Cano A. Teorías de la Comunicación. Pag.93

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La **televisión** para videos en salas de espera de clínicas y hospitales como medio de comunicación dirigido a la población objetivo principal, con la finalidad de informarles de forma breve y amena acerca del derecho al Consentimiento Informado como parte de su toma de decisión reproductiva libre, responsable e informada.

Los **carteles** para clínicas y hospitales del IMSS para dar a conocer el significado del Consentimiento Informado a la población objetivo primaria y secundaria y propiciar un mayor acercamiento que lo integre como parte de su estilo de vida.

Como medios impresos de comunicación masiva e interpersonal, se crearon tres versiones de **folletos informativos** dirigidos a tres segmentos de población derechohabiente y un anuncio para revistas especializadas como "Padres e hijos", "Tu bebé y tú", "Familia", para comunicación masiva de medios impresos.

También se consideró la elaboración de un Pin (material publicitario) como símbolo de pertenencia a un grupo de prestadores de servicios, comprometidos con seguir un proceso de información sobre planificación familiar llamado Consentimiento Informado que favorece la mejora en la calidad de la atención, así como la satisfacción de las usuarias al saber que su derecho de decidir libre, informada y responsablemente acerca del número de hijos y el momento de tenerlos, es respetada.

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

3.1.8. Producción y Costos de Campaña

La estrategia de campaña también considera los costos reales de producción junto con los planes y costos de los medios, llevando a un costo total de campaña que se cuantificó de la siguiente manera:

	Costos	Tiempo de Producción	Tiempo de Entrega	Distribución
Fotografías y retoques	\$ 1,000	1 día	4° día	----
Diseño (logo, imagen y materiales)	\$50,000	1 mes	1 mes	---
Reproducción de impresiones Díptico Couché blanco brillante 90 grs. Tamaño final: carta 4X4 tintas con barniz UV Negativos y cromaline 1000,000 piezas	\$500,000	4 semanas	5 semanas	Mujeres derechohabientes del IMSS
Cartel Couché blanco brillante 210 grs. 90 X 60 cms, 4X0 tintas con barniz UV Negativos y cromaline 5,000 piezas	\$66,000	3 semanas	3 semanas	Consultorios y pasillos de las unidades médicas del IMSS
Anuncio de revista Selección a color	\$900	1 semana	1 semana	Revista especializada en mujeres
Anuncio para transporte público e instalación Selección a color .60 X 2.40 mts. X 2 =2.88 mts. X \$275 m2	\$9,000	3 semanas	3 semanas	Microbuses de principales avenidas en Cd. de Mex Rutas AAA
PIN 3 cm. de diámetro Selección a color 3,000 piezas	\$ 9,000	3 semanas	3 semanas	Personal de salud de p.f. y gineco-obstetricia
Estudios de grabación	\$ 2,000	2 horas	---	----
Producción y copiado Radio	\$25,000	1 semana	1 semana	Transmisión nacional Horario AAA

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

	Costos	Tiempo de Producción	Tiempo de Entrega	Distribución
Producción, Postproducción y copiado de Video	\$35,000	3 semanas	3 semanas	Salas de espera de clínicas y hospitales
Transmisión / Difusión	RTC Tiempos oficiales	—	15 días de trámites	15 días para envío de copias
Distribución	Entrega al IMSS para su distribución en unidades médicas			

Al ser aprobado el presupuesto de campaña. Se procede a la producción de los materiales antes señalados, a emitir las órdenes para los medios y remitir planchas e impresiones a los medios⁹⁶. Además de que se informa a los distribuidores y se deben planear con anticipación los tiempos, tanto de producción como de distribución (Ver el cuadro de costos, tiempos de producción, entrega y distribución).

Es importante señalar que al hacer un análisis de costos de campaña, es indispensable dar a conocer al cliente las ventajas y posibles efectos que ésta pudiera conllevar, con la finalidad de hacer una relación costos – beneficios que inclinen a la aprobación y realización de la misma.

La campaña tiene una imagen original, moderna y clara del concepto de Consentimiento Informado que contribuirá a posicionarlo como tema de interés entre las mujeres de 19 a 34 años de edad. Además promoverá el Consentimiento Informado como un derecho reproductivo que favorece la satisfacción de las usuarias derechohabientes del IMSS. Así mismo, sensibilizará y fomentará en los prestadores de servicios, el interés por desempeñar un trabajo de calidad al sentirse pertenecientes a un grupo privilegiado que se

⁹⁶ Ibid. Pág. 107

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

involucre en la mejora de la calidad de atención del IMSS y que por lo tanto, es reconocido al exterior por respetar el derecho reproductivo de decidir de manera libre, responsable e informada acerca del número de hijos que desean tener y el momento de tenerlos.

3.1.9. Evaluación y Plan de Contingencias

Hay quienes creen que el momento de evaluar una campaña, es antes de que esta inicie operaciones, y otros creen que la evaluación se realiza durante el desarrollo de la campaña, para lo cual es necesario crear un plan de contingencias. La propuesta de esta tesis es que de ser implantada esta campaña en el IMSS, se realicen previo, durante y posterior al lanzamiento de la misma, estudios de los efectos y evaluación o validación de los productos comunicativos creados para la misma, los cuales deberán estar a cargo de un equipo multidisciplinario de profesionales en comunicación, psicología y actuaría que utilicen técnicas de investigación, ya sea encuestas, grupos focales u otras, que verifiquen que la conducta de la población objetivo, tuvo modificaciones durante el desarrollo y al final de la campaña.

3.2 ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

3.2.1. Diagnóstico de Audiencias

El Diagnóstico de Audiencias está basado en el estudio de encuestas y documentos de trabajo realizados por el IMSS, así como en la realización de un sondeo sobre el consumo de medios en la población objetivo del proyecto de campaña. Los resultados de estos estudios ayudarán a la definición clara, específica y estratégica del público objetivo, el objetivo de campaña y el eje motivacional de la misma.

3.2.1.1. Estudio de opinión y motivacional

El estudio de opinión y motivacional necesario para diseñar esta propuesta de campaña está basado en la Encuesta de Salud Reproductiva en Población Derechohabiente (ENSARE) realizada por el IMSS durante el año 2000, así como en la Encuesta sobre Consentimiento Informado.

- **Características sociodemográficas**

La población derechohabiente del IMSS se compone de **52% mujeres y 48% varones**. El **50%** de las mujeres tiene **25 años** o menos y el **50%** de los varones son de **23 años** o menores de esa edad.

Considerando que la edad, la escolaridad y la participación de la mujer en la actividad económica son factores que condicionan la salud reproductiva, favoreciéndola o limitándola, es menester señalar que de la población femenina entrevistada en la Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente⁹⁷, casi una de cada cuatro (23%) corresponde al grupo de adolescentes entre 12 y 19 años, **40%** se ubica en edades favorables para la reproducción (**20-34**) y el resto (37%) se ubica en el rango de edades (35-54) para el estudio de climaterio y la menopausia.

En cuanto a escolaridad, la mujer derechohabiente del IMSS posee un mejor nivel escolar, en todas las edades, que la mujer mexicana promedio; siendo las más escolarizadas, con un **grado de preparatoria**, aquellas con edades entre **15 y 29 años**, y las de menor escolaridad, con **5° ó 6° de primaria**, las de **45-54 años** de edad.

⁹⁷ ENSARE. Junio-septiembre de 1998. IMSS. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Síntesis Ejecutiva, enero 2000, pag.4

La mujer derechohabiente participa en la actividad económica en un 44% cifra que es mayor a la estimada para la mujer mexicana del ámbito nacional. Las mayores tasas de participación en la actividad económica se ubican en las edades intermedias pero sobre todo entre los **20 y 34 años**, donde más del **55%** de las derechohabientes **trabajan**.⁹⁸

- **Nivel y estructura de la fecundidad reciente**

De acuerdo al registro Enero-Marzo del 2000, la cobertura de **usuarias activas** de la población **derechohabiente** en el Instituto Mexicano del Seguro Social fue de 3,329,699, lo cual corresponde al **68%** del total de **mujeres en edad fértil y unidas**.

"La tasa global de fecundidad (TGF) estimada para el año previo a la encuesta (agosto de 1997 a julio de 1998), ubica a la población derechohabiente del IMSS prácticamente en un nivel de reemplazo, con **2.1 hijos por mujer** en promedio. El patrón por edades que determina ese nivel se caracteriza porque las mujeres derechohabientes de hoy **tienen a sus hijos fundamentalmente entre los 20-24 años y 25-29 años** con índices de 131 y 126 nacimientos por cada mil mujeres de esos grupos; ambas tasas constituyen el **62% de la fecundidad total**".⁹⁹

Asimismo, la ENSARE considera que la tasa global de fecundidad (marital) sería teóricamente de **4.5 hijos por mujer en promedio**¹⁰⁰

⁹⁸ Ibid. Pag.5-7

⁹⁹ Ibid. pag.9

¹⁰⁰ Ibid. Pag.11

- Los patrones matrimoniales y la anticoncepción

Las mujeres derechohabientes inician su vida sexual a los 20 años en promedio y casi enseguida entran en vida marital, siendo esta última, condición de la primera posiblemente en muchos casos, los varones derechohabientes inician sus relaciones sexuales entorno a los 17 y entran en unión aproximadamente a los 23.

La ENSARE estimó una proporción de mujeres en edad fértil unidas (MEFU) derechohabientes de 58.2% y de acuerdo al registro Enero-Marzo del 2000 elaborado por la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, el logro en la cobertura de usuarias activas de la población derechohabiente en el Instituto Mexicano del Seguro Social fue de 3,329,699, lo cual corresponde el 68% del total de mujeres en edad fértil y unidas.

"El 3% de las mujeres derechohabientes en edad fértil entre 15 y 49 años (MEF) usa hormonales orales, siendo mayormente unidas, con al menos un grado de secundaria, con dos hijos nacidos vivos y con 30 años de edad como promedio. Si bien, la mayoría (4 de 5) sabe qué hacer en caso de olvidar ingerir una pastilla, sólo tres de diez comienzan adecuadamente el uso de los ciclos subsecuentes y una de cinco cuando se trata de paquetes de 21 pastillas, por cierto el más utilizado (78%)"¹⁰¹

Las mujeres que adoptaron el dispositivo intrauterino (DIU) como primer método entre 1993 y 1998 presentan mayores tasas de continuidad que aquellas que optaron por las pastillas o por el ritmo o retiro. Al año por ejemplo, mientras el DIU se continúa usando en un 77%, las pastillas se usan en un 55.2% y los

¹⁰¹ Ibid. Pag.13

métodos tradicionales en 58.1%; y a duraciones mayores a partir de los dos años, la continuidad del DIU duplica a la de las pastillas.¹⁰²

Existe una alta prevalencia de **abandono del primer método** por efectos colaterales, al año 8.3% dejó de usar el DIU y 12.6% abandona las **pastillas** por esa causa. Por otra parte, un 18.3% de las usuarias de **ritmo o retiro** se embaraza al año por falla del método.

Nueve de cada diez mujeres unidas mayores de 34 años de edad usan métodos anticonceptivos, sobre todo quirúrgicos porque han completado su tamaño deseado de familia; en tanto que **siete de diez** de las adolescentes o jóvenes unidas usan la **anticoncepción**, en particular el DIU debido a que la formación de su familia está en proceso, de hecho han tenido uno o dos hijos. **Dos terceras partes no espacian** la ocurrencia de su **primer hijo** mientras que casi el 72% **retrasa la llegada del segundo**, fundamentalmente con el uso del DIU.

La ENSARE encontró que de los usuarios de métodos anticonceptivos que el IMSS ofrece, el 63% corresponde a **quirúrgicos**, 28% a DIU y 9% a **hormonales**. En cuanto a los varones en el ámbito nacional, la **vasectomía** sólo representa el 3.1% del uso en voz de los varones y el 2.4% en respuesta de las mujeres.

La mujer derechohabiente ha optado por la OTB (oclusión tubaria bilateral) para ya no tener hijos a los 35 años como promedio, en tanto las de 35-39 a los 30; con lo que, el lapso para tener a sus hijos se ha visto disminuido de 15 a 10 años.

¹⁰² Ibid. Pag.14

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Por otra parte, el **16.5%** de las mujeres en edad fértil unidas constituye el **no uso de métodos anticonceptivos**; del cual, un poco más de la mitad (**8.9%**) representaría teóricamente la **necesidad insatisfecha** en virtud de que no desea más hijos. No obstante, la mayoría de esas mujeres expresó no usar un método por encontrarse embarazada al momento de la entrevista, por esterilidad, menopausia o porque no tenía relaciones sexuales aún viviendo en pareja¹⁰³.

La encuesta encuentra como dato importante que las **razones de no uso** se refieren a **desconocimiento de los métodos y de la forma de uso** (costos de acceso), el **temor a efectos colaterales** (costos de uso) y la **oposición de la mujer o su pareja a la práctica anticonceptiva** (costos psicosociales).

- **Salud materna**

La mujer derechohabiente del IMSS tiene una mayor vigilancia de su embarazo que la mujer mexicana que reside en localidades urbanas de 15,000 y más habitantes, las cifras fueron de 98.7 y 91.6% según la ENSARE. Al considerar la atención oportuna, 83.7% de las derechohabientes asiste a revisión durante los primeros tres meses de su embarazo, es decir, un **15% no asiste oportunamente**.¹⁰⁴

Según la ENSARE, el 68.8 % de las mujeres acuden a revisión médica por motivo de un embarazo pero sólo tres de cinco mujeres (**58.5%**) a la vez de vigilar con oportunidad su embarazo **van a consulta puerperal** y estos eventos se dan aun con menor frecuencia en mujeres con baja escolaridad donde menos del 50% cuida estos aspectos de salud.¹⁰⁵

¹⁰³ Ibid. Pag.19

¹⁰⁴ Ibid. Pag.21

¹⁰⁵ Ibid. Pag.22

- **Calidad de los servicios**

Se encontró que 98 y 93% de las aceptantes entre 1997 y 1998 de OTB y DIU respondió haber adoptado el método con su consentimiento, en comparación con el 94 y 85% como corresponde, de aquellas que adoptaron esos métodos en época previa, antes de 1997; pero el avance en cuanto al proceso de información es menor.

En las mujeres que asistieron por más de 5 veces a la consulta prenatal se estima un avance aproximado de 70% en cuanto al proceso de información que lleva implícito el consentimiento informado así como de la firma y comprensión del documento previo a la adopción del anticonceptivo y cerca de un 60% en aquellas que acudieron a la consulta con menor frecuencia.

A casi la mitad de las usuarias aún no les quedan claros los posibles efectos y molestias que podían tener por usar los métodos y en el caso de la OTB sólo una de cada dos aceptantes mencionó que le explicaron sobre los riesgos de la cirugía.

Asimismo, se puede mencionar que en uno de cada 20 casos la operación es decidida por el esposo o compañero, por el personal de salud o por otra persona, de manera que el **93% de las mujeres con OTB tomaría nuevamente la misma decisión.**

En cuanto a la relación interpersonal con el prestador de servicios, **una de cada cinco no comenta sus dudas con el médico** y de aquellas que lo hacen, a una de cada diez no se las resuelven.

El **75%** de las entrevistadas reportó que el servicio en las **consultas prenatales le había gustado**; el desagrado lo atribuyen fundamentalmente a la atención del personal y al exceso de tiempo de espera para la consulta.

La ENSARE considera el nivel o condición global de salud reproductiva en la población derechohabiente de la siguiente manera:

Tres de 10 mujeres se encuentran en un **nivel muy bueno** de salud reproductiva, en el que a través de un "Modelo Estadístico de discriminantes" se demuestra que "este grupo se caracteriza por incluir mayormente **mujeres entre los 20 y 34 años**, con 2 hijos en promedio, mayor escolaridad y viven en matrimonio o unión en 92% de los casos. Al **nivel bueno** corresponde el **12.8%**, cuya clasificación se debe a que este grupo presenta condiciones favorables en cuanto al grado de preocupación de la madre por la salud de sus hijos y se vincula sobre todo con situaciones en que la mujer asiste regularmente a los servicios del IMSS, por su embarazo, parto y atención de su niño; mientras que en el **nivel regular** se clasifica al **34.7% de las mujeres**, en particular por presentar condiciones favorables en cuanto al grado de fortalecimiento de las relaciones entre la pareja, a este grupo corresponden **mujeres entre los 35 y 39 años**, con 3 hijos promedio y con una asistencia menos frecuente a los servicios del IMSS. Finalmente, casi 1 de cada 4 mujeres se clasificó como de **nivel malo**, en virtud que presentan condiciones desfavorables en los dos principales factores que determina la salud reproductiva, aun cuando pudieran estar en buena situación en cuanto a uso de anticonceptivos y prueba de papanicolaou; a este grupo pertenecen principalmente las **jóvenes solteras y las mujeres entre los 40 y 49 años**, con mayor número de hijos y con menor escolaridad."¹⁰⁶

¹⁰⁶ Ibid. Pag.37-38

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

• Resultados de la Encuesta sobre Consentimiento Informado

TEMAS	MUJERES	HOMBRES
Consejería	Poca confidencialidad, con interrupciones constantes	Total confidencialidad
Demanda de información, previo a la consejería	No solicitan información antes de la consejería	Solicitan información en diferentes medios; clínicas, médicos particulares, conocidos, medios de comunicación
Demanda de información	No solicitan más información de la que recibieron	
Documento de C.I.	<p>Lo reciben en condiciones inapropiadas, en labor de parto. No recuerdan su contenido.</p> <p>Es documento legal que protege a la institución y a los prestadores de servicios</p> <p>Consideran que deben recibirlo una semana antes de operación y recibir una copia del documento</p>	<p>Por costumbre, leen el documento antes de firmarlo.</p> <p>Es un documento legal que beneficia a institución y derechohabiente</p> <p>Consideran que les conviene por: desliz sin embarazo, infidelidad, engaño.</p> <p>El documento debe tener información de operación (tipo, riesgos, autorización) y debe ser firmado también por el médico para que sea oficial</p>

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

TEMAS	MUJERES	HOMBRES
<p>Decisión de OTB en las MUJERES</p>	<p>Deciden operarse en situación de tensión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando el hombre se resiste a la vasectomía • Con embarazo no deseado • Cuando el método afecta su salud y eso les ocasiona presión y angustia • Por preservar su salud • Cuando el método deja de funcionar • Molestias con DIU y/o abandono por prescripción médica • Temor de embarazo por trastocar las relaciones sexuales con la pareja • Es responsabilidad de la mujer • Creencia de que no conviene la revisión del DIU por riesgo de embarazo, por revisión dolorosa, por falta de cuidado y sensibilidad del médico • Por inquietudes postoperatorias <p>Además puede ser por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuentan con antecedentes de OTB en la familia o amistades • Demanda de información • Autoestima • Seguridad para no tener más hijos y para quedar bien después de la operación • Buena relación con la pareja, buena comunicación y decisión de no tener más hijos • Contar con apoyo emocional de la enfermera consejera antes y después de la operación • Impacto de campañas previas como: "La familia pequeña vive mejor" y " Pocos hijos para daries mucho" 	

3.2.1.2. Análisis de contexto

El desarrollo de esta campaña se encuentra inmerso dentro del Programa de Planificación Familiar 1995-2000, programa prioritario dentro de las acciones del plan sexenal sobre asuntos de salud en el país y en el cual, el Instituto Mexicano del Seguro Social desempeña un papel primordial ya que avala el cumplimiento de aproximadamente más del cincuenta por ciento de las acciones nacionales en dicha materia y así mismo establece, como reto; el cumplimiento óptimo de las estrategias establecidas para garantizar el derecho de una mejor salud reproductiva a la población.

Las cifras mencionadas en capítulos anteriores respecto a las tasas de fecundidad y uso de métodos anticonceptivos, entre otros, muestran que a pesar del enorme avance que se ha presentado estadística y demográficamente en materia de planificación familiar y salud reproductiva aún existe mucho por hacer en cuanto a la consejería y promoción de la misma sobre todo refiriéndose a la calidad de la atención por parte del personal médico y paramédico de las diferentes instituciones de salud y, al respeto a las decisiones reproductivas y la satisfacción de la población.

Por otra parte, aunque aún no todas las instituciones se manifiestan en favor del otorgamiento de todos los métodos anticonceptivos bajo el principio del consentimiento informado, la aplicación de esta propuesta de campaña tiene un motivo justificable ya que, la base de esta campaña se encuentra sustentada en los derechos reproductivos universalmente reconocidos en los que lo importante es respetar una decisión libre, responsable e informada de cada individuo o pareja en la elección del uso o no uso de algún método anticonceptivo.

ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Asimismo, a la fecha, aun existen campañas masivas o interpersonales realizadas por otras instituciones de salud tanto privadas como gubernamentales tales como Planifica, *es cuestión de querer* (CONAPO), *En buen plan, planifica* (SSA) y otras sobre vasectomía sin bisturí y oclusión tubaria bilateral, que contribuirían a reforzar los mensajes emitidos por esta campaña, a que en cada una de ellas se muestra un claro interés por el respeto a los derechos reproductivos de la población. Sin embargo, la relevancia de que sea el IMSS el emisor de campaña radica en que esta institución atiende alrededor del 50% de la población de la República Mexicana, es decir, entre derechohabientes y población abierta, el IMSS atiende a poco más de la mitad de la población mexicana.

3.2.1.3. Análisis del emisor

Como se mencionó anteriormente, el IMSS tiene una cobertura de poco más de la mitad de la población mexicana y cuenta con la estructura necesaria para diseñar estrategias basadas en recursos humanos y materiales ya existentes que faciliten la aplicación de una campaña.

En la estructura orgánica del Instituto destaca de la Dirección de Prestaciones Médicas cuya función primordial es "establecer los mecanismos que garanticen a los derechohabientes un servicio de atención médico preventivo oportuno, de calidad y con calidez en un contexto de promoción de la salud y educación a la comunidad, estableciendo planes y programas preventivos y de salud comunitaria en la búsqueda del equilibrio biopsicosocial de los derechohabientes.

De esta Dirección deriva la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil en la cual, recae la responsabilidad de contribuir a cumplir con los compromisos nacionales e internacionales en materia de salud reproductiva y sus programas de planificación familiar, salud materna, salud perinatal y salud infantil, apegados a lineamientos y políticas de población, para lo cual dicta normas, procedimientos y estrategias, supervisa el cumplimiento, evalúa su impacto y retroalimenta a los niveles tácticos y operativos."¹⁰⁷

¹⁰⁷ La Salud Reproductiva en la Seguridad Social. Ibid. pag.55

3.2.2. Interpretación del diagnóstico

De acuerdo a la revisión realizada sobre la Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente del IMSS, la Encuesta sobre Consentimiento Informado y conforme a las estadísticas proporcionadas por la Coordinación de Informática Médica de la Delegación 3 y por la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, se establece lo siguiente:

3.2.2.1. Problemática a resolver

Es necesario contrarrestar a través de una campaña de comunicación sobre consentimiento informado la falta de solicitud de información por parte de las mujeres que asisten por atención al IMSS, así como su pasividad al quedarse con dudas respecto a los métodos anticonceptivos, lo cual genera abandono en el uso de algunos métodos como el DIU y las pastillas.

Favorecer a través de la campaña que los prestadores de servicios ayuden a las mujeres a que tomen sus decisiones reproductivas con base en información veraz, oportuna y clara acerca de los métodos anticonceptivos

Lograr que se reconozca el Consentimiento Informado como un proceso que garantiza el respeto a las decisiones sexuales y reproductivas de las mujeres derechohabientes y no derechohabientes del IMSS.

3.2.2.2. Eje motivacional

El eje motivacional de campaña estará basado en la **satisfacción** de las mujeres que asisten por atención a las unidades médicas del IMSS, con el uso o no uso métodos anticonceptivos por la toma de una **decisión libre, responsable e informada** en la que el personal de salud otorga a través de un proceso de información una **atención de calidad**, percibida así por la población.

3.3.

**Campaña sobre
Consentimiento
Informado en
Planificación Familiar
en el IMSS**

Plataforma Conceptual

- **Consentimiento Informado.**
- **Misión y Visión de la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil del IMSS**
- **Teorías Comunicacionales**
- **Consejería**

Objetivo General

Lograr que el Consentimiento Informado forme parte del estilo de vida de las mujeres derechohabientes del IMSS que tienen entre 19 y 34 años de edad.

Objetivos Particulares

- **Lograr que la población objetivo reconozca del proceso del Consentimiento Informado como beneficioso para ellos debido a que a través de éste, pueden obtener la información necesaria para tomar sus decisiones reproductivas de manera libre y responsable.**
- **Lograr en la población objetivo la satisfacción de decidir de manera libre, responsable e informada, acerca del número de hijos y el momento de tenerlos.**

Objetivos Particulares

- Sensibilizar y Promover en el personal de los servicios de Planificación Familiar y Gineco Obstetricia, el interés por ofrecer atención de calidad al pertenecer a un grupo comprometido en respetar los derechos reproductivos de las mujeres a través del proceso del Consentimiento Informado
- Promover el Consentimiento Informado como un medio de comunicación interpersonal, ya existente en el IMSS, que utiliza técnicas de consejería en beneficio de la población y de sus derechos.

Población Objetivo

Primaria	Mujeres derechohabientes del IMSS, de entre 19 y 34 años de edad.
Secundaria	Prestadores de servicios de las Areas de Planificación Familiar y Gineco Obstetricia
Terciaria	Población en general

Emisor

Instituto Mexicano del Seguro Social

Elección de Medios y Productos Comunicativos

- **Televisión (video informativo)**
- **Radio (spot)**
- **Cartel**
- **Folleto**
- **Anuncio para revista especializada**
- **Anuncio para transporte público**

Lema y Logotipo

La satisfacción de decidir...bien informadas

Producción y Costos de Campaña

	Costos	Tiempo de Producción	Tiempo de Entrega	Distribución
Fotografías y retoques	\$ 1,000	1 día	4° día	---
Diseño (logo, imagen y materiales)	\$50,000	1 mes	1 mes	---
Reproducción de Impresiones				
Diplo Couché blanco brillante 90 gr. Tamaño final: carta 4X4 tiras con barriz UV Negativos y cromaline 1000,000 piezas	\$500,000	4 semanas	5 semanas	Mujeres derechohabientes del IMSS
Carta Couché blanco brillante 210 gr. 90 X 60 cms. 4X0 tiras con barriz UV Negativos y cromaline 20,000 piezas	\$140,000	3 semanas	3 semanas	Consultorios y pasillos de las unidades médicas del IMSS

Producción y Costos de Campaña

	Costos	Tiempo de Producción	Tiempo de Entrega	Distribución
Anuncio de revista Selección a color	\$900	1 semana	1 semana	Revista especializada en mujeres
Anuncio para transporte público e instalación Selección a color .80 X 2.40 mts. X 2 = 2.88 mts. X \$275 m2	\$9,000	3 semanas	3 semanas	Microbuses de principales avenidas en Cd. de Mex Rutas AAA
PIN 3 cm. de diámetro Selección a color 5,000 piezas	10,000	3 semanas	3 semanas	Personal de salud de p.f. y gineco-obstetricia
Estudios de grabación	\$ 2,000	2 horas	---	---
Producción y copiado Radio	\$25,000	1 semana	1 semana	Transmisión nacional Horario AAA

Duración

Total: Año y medio (16 meses)

- Validación de productos (1 mes)
- Lanzamiento a nivel nacional (1 mes)
- Posicionamiento (6 meses con 6 impactos por día)
- Evaluación (1 mes)
- Retransmisión/ Posicionamiento (5 meses con 6 impactos por día)
- Evaluación y Resultados (2 meses)

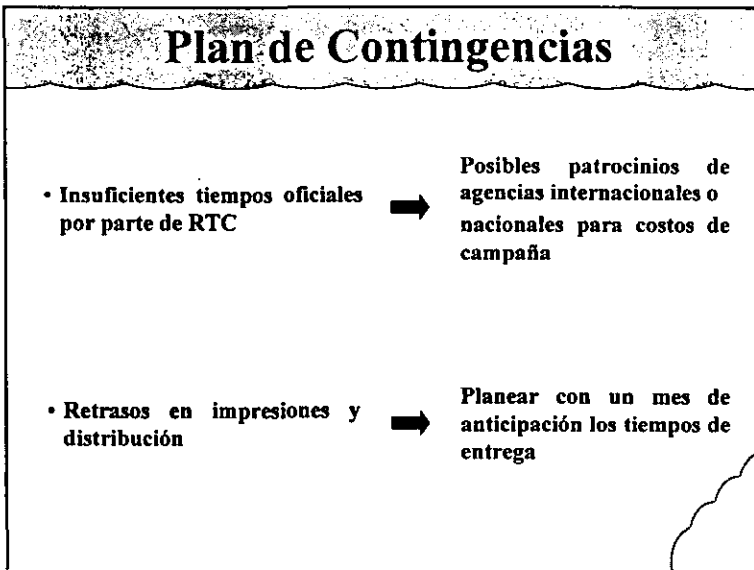
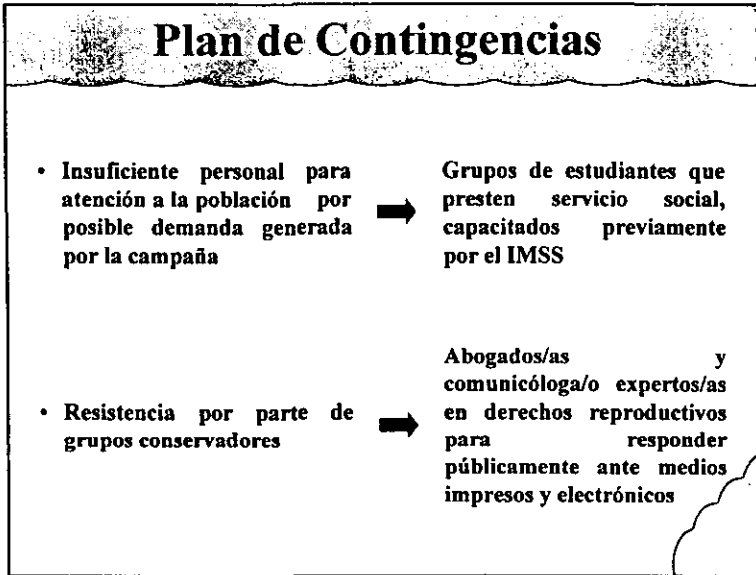
ESTRATEGIA DE CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Distribución

Número de Unidades Médicas	5,000
Número de Consultorios	20,000
Número de Microbuses	100
Número de Mujeres Derechohabientes	1,000,000
Número y elección de Revistas	3
Número de Personal de Servicios de Planificación Familiar y Gineco Obstetricia	5,000

Evaluación

Se realizarán previo, durante y posterior al lanzamiento de la campaña, estudios de los efectos y evaluación o validación de los productos comunicativos creados para la misma, los cuales deberán estar a cargo de un equipo multidisciplinario de profesionales en comunicación, psicología y actuaría que utilicen técnicas de investigación, ya sea encuestas, grupos focales u otras, que verifiquen que la conducta de la población objetivo, tuvo modificaciones durante el desarrollo y al final de la campaña.



CONCLUSIONES

- El proceso de globalización económica ha propiciado eventos mundiales para unificar criterios y principios como el de considerar la planificación familiar como un derecho humano y una garantía constitucional.
- Las acciones de comunicación en planificación familiar realizadas en México han logrado cambios en las decisiones reproductivas de las mujeres y de los hombres mexicanos, los cuales se pueden observar en las estadísticas de fecundidad.
- La comunicación con carácter educativo es esencial para fomentar el proceso del consentimiento informado como un instrumento que garantice el derecho de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número, espaciamiento entre hijos y el tamaño de familia que las mujeres desean tener.
- El proceso del Consentimiento Informado como acción de Comunicación busca responder a las necesidades de información de la población del IMSS con respecto a los métodos anticonceptivos y sus decisiones sexuales y reproductivas.
- El Instituto Mexicano del Seguro Social es una institución líder en la atención de la salud en México al atender a más del 50% de la población mexicana por lo que se convierte en un emisor indispensable de mensajes que promuevan el

consentimiento informado como herramienta que garantice un derecho constitucional.

- El Consejo Nacional de Población con base en las políticas poblacionales ha marcado la más reciente pauta para la emisión de mensajes sobre planificación familiar a través de sus campañas en medios masivos de comunicación.
- A la fecha, las acciones de comunicación en planificación familiar no han mezclado los avances en comunicación interpersonal realizados en los servicios de salud en México con una campaña de comunicación masiva.
- Es indispensable apoyar con una campaña de comunicación en medios masivos, las acciones de comunicación interpersonal como la consejería realizadas por el personal de salud del IMSS para favorecer el proceso del consentimiento informado.
- La campaña de comunicación sobre consentimiento informado en planificación familiar es el enlace entre las usuarias y los prestadores de servicios para que se realice una comunicación interpersonal efectiva que garantice el ejercicio de los derechos reproductivos.

- Considerar los factores culturales, sociales, económicos, técnicos, necesidades, características etc., es esencial para la creación de mensajes dirigidos a la población mexicana.
- Uno de los principales problemas a los que se enfrentan las políticas de salud sobre planificación familiar al ser promovidas en la población es el abandono de métodos anticonceptivos por falta de información y por falta de demanda de información, por lo cual es imperante la necesidad de realizar una campaña que favorezca una actitud participativa.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Pro-Salud Maternal, Investigación y adiestramiento en planificación familiar desde 1959, Informe anual, México, 1977.
- Bert W., Johnson, Wilder Frank y Bogue Donald. Información, Enseñanza y Comunicación en la Planificación Familiar. Editorial Diana. México, 1976.pp.337.
- Bogue, Donald J.. Mass communication and motivation for birth control. Community and Family Study Center. University of Chicago.USA.,1967.pp.551.
- Cardona Pérez J.A., Ruiz Tapia R.A., Avila Palafox R.E., Madrazo Navarro M. La Salud Reproductiva en la Seguridad Social. Un enfoque integral ante la reforma del Sector Salud en México. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. IMSS. México, 1997. pp.168.
- IMSS-Pathfinder. Carpeta de trabajo. La confianza se logra con una elección informada. IMSS-Pathfinder. México.
- Cardona Pérez, Jorge A.,et al. La salud reproductiva en la Seguridad Social. Un enfoque integral ante la reforma del sector Salud en México IMSS. México, 1997.
- Cardona, Jorge A., Jose Braulio E. Otero, Ma.de la Luz Arceo, Consuelo Juárez, Evelyn Aldaz. Capacitación en consejería en salud reproductiva sus impactos. IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Salud Reproductiva. AVSC Internacional. Marzo 1999.pags.109.
- Coleman, Patrick L.. Media's impact on youth development. John Hopkins Center for Communication Programs. UNESCO Conference Youth and Communication. Boca Chi,a Rep. Dominicana. Marc 2-4, 1999.
- CONAPO. Carpeta promocional 25 años de Política de Población. Tema: Fecundidad. CONAPO. 1999.
- CONAPO. Manual de comunicación en población. Dirección de Comunicación en Población. Consejo Nacional de Población. México, 1986.
- CONAPO. Campaña Planifica, es cuestión de querer. CONAPO, México, 1994 Documento de trabajo.

- Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos, México, 1979.
- De Moragas, Miguel. Sociología de la comunicación de masas. Tomo I,II. Edit.Gustavo Gili,S.A.Barcelona, 1985.
- Delbanco TL, Daley J. Through the patient's eyes. Strategies towards more successful contraception. Obstetrics Gynecology.1996; 88 (3 suppl.):41S-41S.
- Family Care International. Action for the 21st. Century Reproductive Health & Rights for all. International Conference on Population and development. Family Care International. September, 1994.
- Federación Internacional de Planificación Familiar. Salud sexual y reproductiva. La planificación familiar lleva las promesas a la práctica. Visión año 2000. Federación Internacional de Planificación Familiar. IPPF, 1995.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. Memoria de la Reunión Regional sobre Salud Reproductiva en América Latina y El Caribe. Fondo de Población de las Naciones Unidas. México, Agosto 1995. pp-377.
- González Reyna, Susana. Manual de redacción e investigación documental. Edit. Trillas. México, 1991. Pp.204.
- IMSS- AVSC International. Consejería en Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. IMSS-AVSC International.1999.
- IMSS ENSARE. Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente. Junio-septiembre de 1998. IMSS. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Síntesis Ejecutiva, enero 2000.
- IMSS. Bases generales de las actividades de educación para la salud reproductiva. IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Octubre, 1996.pp.72.
- IMSS. Documento de Trabajo. Consentimiento Informado y Planificación Familiar en el IMSS. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil.

- IMSS. Guía para el procedimiento del consentimiento informado en planificación familiar. IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. 2ª. Edición, 1998.pp.24.
- IMSS. Instructivo para la Elaboración del Programa-Presupuesto de Comunicación Social en Delegaciones. Coordinación General de Comunicación Social. IMSS.1999.
- IMSS. Programa de Salud Reproductiva 1996-2000. Instituto Mexicano del Seguro Social. pp. 6-12.
- IMSS. Salud Sexual y Reproductiva de los Jóvenes. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. IMSS. México, enero 1998.pp.124.
- IMSS-CONAPO. Carpeta informativa Planificate!. Una respuesta segura a las preguntas de planificación familiar. IMSS y CONAPO. 1999.
- Johnson, W. Bert, Frank Wilder, Donald J.Bogue. Información, Enseñanza y Comunicación en la Planificación Familiar y de Población. Editorial Diana. 1976
- Kleppner, Otto. Otto Kleppner's Publicidad. Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A. México 1988, pags. 706.
- Kotler, Philip. Principles of Marketing. Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall, 1980.
- Lazarsfeld, Paul y Merton, Robert." Mass Communication. Popular Taste and Organized Social Action" en Bryson, Lyman (ed) The communication of ideas. New York. Harper and Row. 1948.
- Lumbreras, Jorge. Guía de estudio de Teorías de la Comunicación IV.Cap. 2. UNAM. 1997.
- Martínez Manautou, Jorge. ¿Qué es un programa de planificación familiar? Temas de Planificación Familiar. IMSS. AMIDEM. México, 1987.pp.144.
- Martínez Manautou, Jorge. Comunicación Educativa en Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Temas de Planificación Familiar. IMSS. AMIDEM. México, 1989.pp.208.

- Martínez Manautou, Jorge. La revolución demográfica en México 1970-1980. IMSS.México, 1985.pp.523.
- Martínez Manautou, Jorge. Planificación familiar, población y salud en el México rural.IMSS.México,1986.pp.477.
- Mendoza Victorino D., Cardona Pérez J.A., Madrazo Navarro M. Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente: Síntesis Ejecutiva. Serie de Investigación y Evaluación no.9. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. IMSS. México 2000. pp.47.
- Naghi Namakoroosh, Mohammed y Santiago Ibarreche Suárez. Mercadotecnia Social. Edit. Limusa. México,1983pp.101-121.
- Neamatalla GS PB. Consejería en planificación familiar y esterilización voluntaria. Guía para directores de programas. New York; Asociación para la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.1991.
- Organización Mundial de la Salud. Evaluación de las actividades de planificación de la familia en los servicios de salud. Serie de Informes Técnicos no.569. Ginebra, 1975.
- Poder Ejecutivo Federal. Programa de Reforma del Sector Salud. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. México, Mayo,1995.pp.38.
- Poder Ejecutivo Federal. Programa Nacional de Población 1995-2000.
- Rogers L. Effects on the public. Interest Group Leaders. Public Opinion Quarterly. Vol.51, 1987.
- Rogers y Storey. Estrategias de Gran Impacto: Diseño de Campañas de Salud en Medios Masivos; Brian R. Flay y Dee Buron, 1990.
- Rojas Soriano. Guía para realizar investigaciones sociales. UNAM. México, 1979. Pp.274.
- Schramm, Wilbur. La ciencia de la comunicación humana. Edit. El Roble. México,1975.pp.166.
- Secretaría de Salud. El derecho a la libre decisión. La planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. México, 1998.pp.103.

- Secretaría de Salud. La investigación social en planificación familiar en México. Octubre, 1995.pp.154.
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar Mayo 1994. Secretaría de Salud. México, Mayo 1994. pp.66.
- Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva. El derecho a la libre decisión. México,1998,pp.103.
- Vernon, Ricardo y Yolanda Palma. Resultados de investigación para mejorar los servicios de planificación familiar. Population Council. INOPAL III.
- Young Pauline V. Métodos científicos e investigaciones sociales. Instituto de Investigaciones Sociales. UNAM.México,1960,pp.666.

HEMEROGRAFÍA

- CONAPO. Carpeta 25 años de política de población. 1974-1999. Boletines informativos, Actas, etc. Dirección de Comunicación en Población. Consejo Nacional de Población. 1999.
- Consultores Internacionales; "Proyecciones Económicas al año 2000" Septiembre de 1977.
- The Johns Hopkins School of Public Health. The Population Council Reports. Population Information Program, Center for Communication Programs.. USA.
- The Johns Hopkins University School of Public Health. Population Reports. Population Information Program. The Johns Hopkins University School of Public Health. Vol.XXIII, Número 4 Noviembre 95. pag.3. Serie J, Número 42.
- The Johns Hopkins University School of Public Health. Population Reports. La importancia de la orientación individual. Serie J. No. 35. Nov, 1987.
- <http://www.conapo.gob.mx/politicadepob/plannacdes.htm>. Desarrollo Social. Agosto/99.
- <http://www.conapo.gob.mx/sitdemo98/fecundida7.htm>.