

A 40721
392



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS ARAGON**

**“LA NECESIDAD DE IMPLEMENTAR
MECANISMOS SUFICIENTES POR PARTE DEL
ESTADO PARA LA REPRODUCCIÓN DE LAS Y
LOS MEXICANOS RESPONSABLEMENTE,
BUSCANDO ASÍ, UN MEJORAMIENTO EN LA
CALIDAD DE VIDA”**

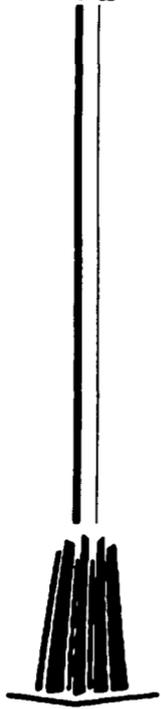
T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A:
MARIA TERESA / RIVAS PÉREZ

ASESOR : MTRO. MAURICIO SÁNCHEZ ROJAS

MÉXICO

**TITULO CON
FALLA DE ORIGEN**

2003





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.

**TESIS CON
FALLA DE
ORIGEN**

D

*Gracias a mi madre por
su constante apoyo a
lo largo de mi vida.*

*Gracias a mi familia por estar siempre conmigo, mis tíos, primos, a mi abuelita
por ser un apoyo importante en mi vida, a mi sobrino Víctor.*

*Gracias a mi hermana Erika
por apoyarme en mi camino
hacia este momento*

*Gracias a mi amada Universidad Nacional Autónoma de México por
brindarme la mejor herramienta para hacerle frente a esta difícil carrera de la
vida*

*Gracias a mi ENEP- ARAGÓN por
permitirme formar parte del grupo
de estudiantes que en sus aulas
sueña con un futuro próspero*

TESIS CON
SELLO DE ORIGEN

*Gracias a mi asesor por su
invaluable paciencia y apoyo*

*Gracias a mis compañeros y amigos que compartieron conmigo el sueño de
llegar hasta este punto*

*Gracias a mis maestros por compartir sus
conocimientos y formar parte de esta gran
Universidad*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

CAPÍTULO I. DEL CRECIMIENTO DE LA FAMILIA Y DE LA EXPLOSIÓN DEMOGRÁFICA EN MÉXICO.

- 1. LA FAMILIA COMO UN HECHO SOCIAL 1
- 2. LA FAMILIA COMO NÚCLEO DEL CRECIMIENTO EN LA POBLACIÓN MEXICANA.....5
 - 2.1 De 1900 a 1950 7
 - 2.2 De 1951 a 2000 8
- 3. COMPORTAMIENTO DE LA NATALIDAD 8
- 4. LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD 9
- 5. LA DISMINUCIÓN DE LA FECUNDIDAD16

CAPÍTULO II. MECANISMOS EXISTENTES POR PARTE DEL ESTADO.

- 1. INSTITUCIONES ENCARGADAS DE IMPLEMENTAR PROGRAMAS PARA INFORMAR A LA POBLACIÓN..... 23
 - 1.1 Consejo Nacional de Población (CONAPO) 23
 - 1.2 Secretaría de Salud 26
- 2. PROGRAMAS IMPLEMENTADOS Y SUS RESULTADOS 35
- 3. SISTEMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR 41
 - 3.1 Métodos Anticonceptivos 42
 - a. Naturales..... 43
 - b. Fabricados 43

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

3.2	Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos	45
3.3	Uso de métodos según las condiciones sociodemográficas	47

CAPÍTULO III. CONSECUENCIAS DE UNA DEMANDA NO SATISFECHA EN SALUD REPRODUCTIVA.

1.	DEMANDA NO SATISFECHA DE:	52
1.1	Vivienda.....	52
1.2	Educación	53
1.3	Empleo	54
2.	LA SALUD REPRODUCTIVA ACTUALMENTE EN MÉXICO	55
3.	CONCENTRACIÓN Y DISPERSIÓN DE LA POBLACIÓN	62
3.1	Núcleos de población	63
3.2	Causas de emigración de la población	65
4.	IMPACTO EN LA POBLACIÓN RURAL Y LA DEGRADACIÓN AMBIENTAL ..	67
4.1	La situación socio-ambiental en el Estado de Puebla	69
4.2	La Sierra Norte	71
5.	DEMANDA NO SATISFECHA EN CUESTIONES REPRODUCTIVAS INDÍ- GENAS	71
5.1	Principales grupos Etnolingüísticos	74

CAPÍTULO IV. PROPUESTAS TENDIENTES A SOLUCIONAR EL PROBLEMA EN CUESTIÓN.

1.	INCUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 24 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE POBLACIÓN	76
----	---	----

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1

2. DAR CUMPLIMIENTO A LA DISPOSICIÓN ANTERIOR A TRAVÉS DE UN CURSO 79

 2.1 Programa del curso 80

 2.2 Duración del mismo..... 80

 2.3 Institución que debe impartirlo 81

3. EDUCACIÓN SEXUAL BÁSICA A NIVEL NACIONAL A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA ASIGNATURA DENOMINADA "EDUCACIÓN PARA LA SALUD", CON LA FINALIDAD DE FOMENTAR LA SALUD REPRODUCTIVA82

 3.1 Algunos de los contenidos del programa de dicha asignatura 84

 A) Planificación Familiar 84

 B) Salud Perinatal 86

 C) Salud de la Mujer 87

4. EFICIENCIA Y EFICACIA DE LAS CAMPAÑAS DE SALUD REPRODUCTIVA EN TODAS LAS COMUNIDADES, PONIENDO ESPECIAL ATENCIÓN A LOS DE DIFÍCIL ACCESO.....91

CONCLUSIONES 96

BIBLIOGRAFÍA100

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA100

LEGISLACIÓN103

OTRAS FUENTES103

FUENTES ELECTRÓNICAS.....104

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

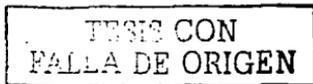
INTRODUCCIÓN

El contenido de este trabajo corresponde a la tesis intitulada " La necesidad de implementar mecanismos suficientes por parte del Estado para la reproducción de las y los mexicanos responsablemente, buscando así, un mejoramiento en la calidad de vida".

Se analizan aquí elementos importantes para nuestra sociedad, como lo es la familia y por consecuencia la manera en la cual puede encontrarse un mejoramiento en la calidad de vida a través de suministrar información a la sociedad, pero poniendo especial atención en los grupos más vulnerables como lo son las comunidades indígenas y los adolescentes en materia de salud reproductiva.

Las consecuencias de una buena o deficiente política de población son fácilmente distinguibles, como ejemplo evidente podemos mencionar el alto número de embarazos en adolescentes, los cuales en la mayoría de los casos son no deseados; desprendiéndose de dicha situación una desintegración familiar recurrente al presentarse diversas maneras de querer hacerle frente a la realidad como bien puede ser que se obligue a los futuros padres a contraer matrimonio aún sin tomar en consideración su temprana edad, y por lo mismo, generalmente su inmadurez para adoptar compromisos de tal magnitud, por lo que como consecuencia sea muy probable que fracase esa unión, o bien que se recurra al aborto como una posible solución, sin saber que por el carácter de clandestina que tiene esa práctica puede costarle la vida a las adolescentes. Pero tampoco podríamos pasar por alto el índice de deserción escolar que esto representa.

Se han implementado programas con la finalidad de ampliar el concepto de planificación familiar, enfatizando su relación con la construcción de un proyecto de vida personal y familiar, con la calidad de vida como el componente central, sin embargo esto no ha sido suficiente, ya que todavía queda camino por recorrer en ese sentido.



✦

En nuestra Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se encuentra contemplado el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos de toda persona, sin embargo como sucede con otros preceptos, el hecho de que se encuentren contemplados en nuestro máximo ordenamiento jurídico, no es suficiente para garantizar que se cumpla con ello, por lo que se requiere de unir recursos, esfuerzos y voluntades para poder cumplir las metas que se trazan en este ámbito, sin menospreciar de ninguna manera los logros que se han obtenido y que sin lugar a dudas han sido buenos, pero que siguen quedándose cortos con las necesidades que todavía quedan por cubrir.

Así pues, en el Capítulo 1 nuestro estudio se concentra en la familia y su crecimiento en los últimos cien años, así como en la forma en que la natalidad, la mortalidad y la fecundidad se han comportado en los últimos años, por lo que podremos darnos cuenta de los grandes avances que se han generado en estos rubros y que se pueden traducir en la alta expectativa de vida con la que se cuenta actualmente al nacer; sin embargo, todavía se encuentra en niveles bajos en comparación con los existentes en países avanzados como Japón y Suiza.

Por otro lado podemos observar que en el Capítulo 2 nos encargamos de saber cuáles son las Instituciones que se encargan de la implementación de los programas con la finalidad de dar cumplimiento al artículo 4 de nuestra Carta Magna, así como de los resultados que éstos han tenido y los lineamientos sobre los cuales se fincan dichos programas.

Vemos también el sistema de planificación familiar y su evolución en los últimos veinticinco años tomando en cuenta factores como el ambiente cultural de las comunidades; el cual a mediados de la década de los años sesenta favorecía las familias numerosas y se creía que la reproducción era algo sobre lo cual los individuos no tenían control. Esto se veía reforzado con un marco legal que imponía restricciones a la población para acceder a la

TERMINA CON
FALLA DE ORIGEN

información y por lo tanto a los medios que pudieran regular la fecundidad, basta con mencionar al Código Sanitario que en 1973 prohibía la propaganda y venta de productos anticonceptivos para darnos una idea del tipo de política de población que prevalecía en esa época. Asimismo de manera breve se mencionan algunos de los métodos anticonceptivos a los cuales recurre con mayor frecuencia la población, así como la prevalencia del uso de los mismos y su uso de acuerdo a las condiciones sociodemográficas.

En el Capítulo 3 nos enfocamos al estudio de las consecuencias que tiene la demanda no satisfecha en salud reproductiva y la situación de la misma actualmente en México, dichas consecuencias se pueden apreciar en diferentes áreas como lo son la educación, considerando únicamente la que el Estado presta de forma obligatoria, la cual no ha sido satisfecha hasta ahora, sin embargo cuando la población que se encuentra en edad de asistir a la escuela vaya creciendo desde los que están en nivel preescolar se desahogará un poco la demanda que existe en dicho nivel y así sucesivamente, lo cual acarreará otro problema como lo es la demanda en los siguientes niveles escolares como lo será en el caso del nivel secundaria. Otra área que es importante señalar es la del empleo, la cual hasta cierto punto creo puede ser la más alarmante de no atenderse por lo que implica, ya que si no se es capaz de generar los empleos necesarios, la población económicamente activa en lugar de ser aprovechada en esta etapa de la vida, tendrá que buscar la manera de ganarse la vida, aunque eso signifique en muchos casos delinquir, lo cual agravará el ya de por sí asfixiante ambiente de inseguridad que se ha desarrollado en los últimos años. La vivienda es otra área difícil de satisfacer tomando en cuenta lo que concierne a la concentración y dispersión de la población, así como por ende la emigración de ésta y otro punto es el impacto ambiental que se deriva de la misma situación y que en nuestros días merece especial atención, ya que los abusos cometidos en contra del medio ambiente nos está pasando ya una factura muy alta y sin embargo esto sigue sucediendo. Son muchos los factores que influyen en dicha área y en lo que respecta al tema de este trabajo es debido al aumento de la población, la cual evidentemente demanda más recursos, espacios, etc; los cuales son tomados de la naturaleza de una manera desmedida ó los desechos que también se producen son arrojados a ella sin

pensar en lo que significará eso en un futuro. También en este capítulo veremos lo relacionado con la demanda en cuestiones reproductivas que sigue sin satisfacerse en la población indígena.

Por último en nuestro Capítulo 4 recae la propuesta que expone la que suscribe, tendiente a dar solución al problema en cuestión, como lo es el dar cumplimiento a lo que se establece en el artículo 24 del reglamento de la Ley General de Población a través de un curso, así como la implementación de una materia que sea específica en cuanto a proveer información sobre salud reproductiva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO I. DEL CRECIMIENTO DE LA FAMILIA Y DE LA EXPLOSIÓN DEMOGRÁFICA EN MÉXICO.

I. LA FAMILIA COMO UN HECHO SOCIAL.

Los grupos familiares han existido en todas las culturas a lo largo de la historia del hombre, con lo cual se originaron diversos tipos de familias que reflejan una gran variedad de contextos económicos, sociales, políticos y jurídicos.

Así la familia se constituye en una institución que ha sido definida de muy distintas maneras, sociológicamente se le ha considerado como la célula primaria de la sociedad, el núcleo inicial de toda organización social, o bien como el medio en que el individuo logra su desarrollo, físico, psíquico o social. Al respecto Ely Chinoy menciona "La familia, se dice frecuentemente, es la unidad social básica. Lo inmediato de nuestra participación en la vida familiar, la intensidad de las emociones que esto genera, las satisfacciones sexuales y de otra índole que ella proporciona, las exigencias que supone con respecto a nuestros esfuerzos y a nuestra lealtad, y las funciones que ello implica en lo que toca a la educación y al cuidado del niño, parecen ofrecer amplia evidencia de su prioridad como grupo social fundamental".¹

Según lo anterior podemos decir que la familia es el ámbito por excelencia donde se inculcan y transmiten los valores que enriquecen nuestra vida individual y social, constituyendo el ámbito por excelencia de convivencia privada, donde interactúan personas de distintas generaciones y sexo, ligadas por lazos de parentesco, afecto e interdependencia. "La familia debe verse

¹ CHINOY, Ely. Traducido por López Cámara Francisco. La Sociedad, Editorial Fondo de Cultura Económica. México, 1966. P. 139.

como parte de un todo más amplio: el sistema de parentesco. Este último consiste de una estructura de papeles y relaciones basados en lazos de sangre (consanguinidad) y de matrimonio (afinidad) que liga a los hombres, a las mujeres y a los niños dentro de un todo organizado.”²

En la familia se reconoce un espacio privilegiado para la transmisión intergeneracional de los principios éticos y morales que nutren y enriquecen la vida de los individuos y a su vez ejerce una influencia decisiva en el desarrollo y la personalidad de sus miembros, en especial de los niños, los adolescentes y los jóvenes.

El bienestar y superación de los hijos es una prioridad fundamental para las familias mexicanas, lo que las lleva a apreciar el valor de la educación. Ésta instituye un medio natural para la iniciación de los individuos en la vida en sociedad y en las responsabilidades comunitarias. El núcleo familiar es base de la unidad nacional y ámbito de socialización primera de las personas, las cuales reciben, mediante el ejemplo, las normas y reglas básicas para la convivencia en armonía.

Merece entonces todo el apoyo y reconocimiento a su tarea transmisora de los valores que guían el comportamiento de los individuos en la sociedad y dan contenido a nuestra cultura, identidad y carácter nacionales.

La familia evoca en las personas un conjunto de símbolos, imágenes y representaciones, con ella, se suelen asociar significados altamente positivos, como son: el respeto, el amor, la unión, el apego, la fidelidad, la fraternidad y el respaldo. Las relaciones en el seno de la familia entrañan, pues, una infinidad de sentimientos, en los que se sustenta el mutuo respeto de sus

² IBIDEM. P. 140.

miembros. La gran mayoría de los mexicanos atribuye mayor importancia a la familia que a cualquier otro aspecto de su vida.

El maestro Recasens Siches cita a Nicolas Timasheff quien menciona: "En el seno de la familia se desarrollan múltiples procesos sociales: a) de contacto recíproco (conciencia de la existencia, presencia y conducta, unos miembros de otros); b) de intercomunicación recíproca (por actitudes, gestos lenguaje, etc.); c) de interactividad (influencias recíprocas); d) de cooperación por división del trabajo (actividades para ganar los medios de subsistencia, faenas del hogar, enseñanza y aprendizaje, etc.); e) de cooperación solidaria (padre y madre conjuntamente realizan funciones educativas, afrontan los mismos problemas, etc.); f) de ajuste, (entre los cónyuges, y de los padres con los hijos y viceversa); g) de subordinación (de los hijos a los padres); h) de servicio (de los padres a los hijos); i) de mutuo apoyo y auxilio (entre los cónyuges y entre éstos y los hijos; y muchos otros tipos de procesos sociales)".³ Al respecto podemos observar en qué medida dentro del seno familiar, se construyen fuertes vínculos de solidaridad, pero también se entretienen relaciones de poder y autoridad. En ella se reúnen y distribuyen los recursos para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y se definen obligaciones, responsabilidades y derechos en función de normas culturales y de acuerdo con la edad, el sexo y el parentesco de sus integrantes.

Las modalidades que adoptan las diferentes facetas de la vida familiar dependen del tipo de inserción de los hogares en el contexto social en que se desenvuelven, así como de su capacidad de respuesta y adaptación a los cambios de carácter socioeconómico, cultural y demográfico que tienen lugar

³ Cfr. RECASENS SICHES, Luis. Tratado General de Sociología. Editorial Porrúa, México, 2001. P.473

en dicho contexto, aunque debemos hacer mención acerca de la idea que prevalece en el ámbito social: "en casi todas las culturas y civilizaciones, ha dominado la idea de que la sociedad será como sean las familias. Si las familias están bien establecidas, funcionan bien, ellas serán fuente de bienestar, grandeza y prosperidad sociales"⁴

Conviene observar que el grupo familiar es una unidad comprometida a realizar un propósito común: concibe un proyecto de vida y dirige todas sus acciones hacia su logro, potenciando la solidaridad característica de la familia mexicana y encauzándola hacia la consecución de metas compartidas por sus miembros. El bienestar de la familia depende, entre otros aspectos, de su capacidad para satisfacer las múltiples necesidades del grupo, expresadas en demandas materiales, atención y servicios, así como en expectativas, afanes de logro y aspiraciones sociales. Los gastos que demanda la vida diaria se afrontan mediante los ingresos que obtienen los miembros del hogar -principalmente con su esfuerzo por la vía del trabajo- pero también, y de manera no menos importante, por transferencias familiares y la solidaridad de redes de apoyo.

Muchos autores, principalmente los sociólogos como Helmut Schelsky y Luis Recasens, concuerdan en poner de relieve el importante papel que la familia ha desempeñado, y aún desempeña, para hacer frente a los efectos de las crisis económicas. A este respecto, las unidades domésticas han respondido incorporando un mayor número de miembros en la actividad económica. Cabe hacer notar que los efectos de la crisis no son sólo de índole económica, pues trastocan los espacios de la vida cotidiana de los hogares y alteran las relaciones sociales en el nivel comunitario, situaciones ante las

⁴ IDEM. P. 466

cuales la familia suele responder mediante el fortalecimiento de los mecanismos de solidaridad que operan dentro y fuera de ella.

Es así como podemos decir que la familia sociológicamente hablando "es una institución social formada por miembros vinculados por lazos sanguíneos, y los individuos unidos a ellos por intereses económicos, religiosos o de ayuda"⁵

2. LA FAMILIA COMO NÚCLEO DEL CRECIMIENTO EN LA POBLACIÓN MEXICANA.

La gran mayoría de las unidades domésticas se organiza en torno a la llamada familia residencial, definida como el grupo de personas emparentadas que comparten el mismo techo y hacen vida en común.

Los hogares atraviesan por profundas y rápidas transformaciones. Según datos recientes, "los hogares nucleares representan alrededor del 69 por ciento del total de las unidades domésticas del país. Por su parte, la proporción de los hogares ampliados y compuestos asciende a cerca del 25 por ciento, mientras que las unidades no familiares, integradas principalmente por individuos que viven solos, conforman alrededor del 6 por ciento"⁶. Las cifras anteriores son un reflejo de cómo la familia sigue siendo un núcleo de crecimiento de población por encima de los núcleos no familiares y a su vez podemos identificar algunos de los rasgos más importantes de continuidad y cambio de la estructura familiar en México. Entre ellos destacan:

⁵ BAQUEIRO ROJAS, Edgar y BUENROSTRO BAEZ, Rosalía. Derecho de Familia y Sucesiones, Ed. Harla, México 1990. P.8
⁶ www.conapo.gob.mx. Agosto del 2001.

- La pluralidad de formas y arreglos hogareños y familiares. Si bien sobresale la presencia predominante de los hogares nucleares, persisten los hogares de tipo ampliado y compuesto, cuya proliferación durante los años ochenta ha sido interpretada por algunos autores como una estrategia de las familias para enfrentar la crisis y el ajuste económico de ese período.
- La reducción del peso relativo de los hijos en la estructura familiar, resultando, una disminución de la fecundidad.
- La mayor presencia de personas de la tercera edad en los hogares, hecho que refleja el proceso gradual de envejecimiento de la población.
- La creciente proporción de hogares formados por una pareja sin hijos. Este cambio, aunque incipiente y gradual, ya empieza a ser perceptible en la estructura familiar mexicana.
- El cada vez mayor porcentaje de hogares constituidos solamente por el padre o la madre y sus hijos.
- El creciente peso relativo de los hogares encabezados por mujeres.
- La mayor proporción de hogares unipersonales.

Los cambios demográficos de las últimas tres décadas, con otras transformaciones de carácter económico, social y cultural, han contribuido a incrementar de manera significativa el número de hogares, al mismo tiempo que han propiciado la modificación de su tamaño, así como la composición y dinámica interna de las familias.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

El notable aumento de la esperanza de vida y la mayor longevidad de las personas ha favorecido en los hogares una creciente superposición de tres o más generaciones sucesivas emparentadas entre sí, por períodos prolongados de tiempo.

Dentro de la familia mexicana se ha visto esta presencia como una riqueza para la transmisión de nuestras tradiciones y costumbres; las experiencias que las personas de mayor edad han recogido a lo largo de su vida, son de gran valía para la formación de las nuevas generaciones.

2.1. DE 1900 A 1950.

El número de hogares ha aumentado rápidamente en las últimas seis décadas, multiplicándose cinco veces su número en ese lapso: “3.6 millones en 1930, 4.8 millones en 1960 y 18.2 millones en 1992”⁷.

De acuerdo a las cifras anteriores observamos que el tamaño promedio del hogar se incrementó sistemáticamente, de 1940 a 1960 y este hecho se asocia a la prevalencia de pautas de fecundidad elevada y una disminución acelerada de la mortalidad. La evolución de dichos fenómenos tendió a favorecer un peso relativo creciente de los hogares grandes (seis personas o más) en detrimento de los pequeños (cuatro personas o menos). Esta tendencia se detuvo, e incluso se revirtió, tras la disminución de la fecundidad a mediados de los años sesenta.

Cabe señalar que se buscaron estadísticas que correspondieran a los años de 1900 a 1929, pero resultó ser infructuosa, ya que no se encontraron y por tal motivo no se incluyeron en el presente punto.

⁷ www.conapo.gob.mx. Agosto del 2001.

2.2. DE 1951 a 2000.

Se estima que el tamaño del hogar disminuyó "de 5.4 a 4.7 miembros entre 1960 y 1992"⁸. Es así como estimamos que es probable que esta tendencia persista y se extienda en los próximos años conforme continúa disminuyendo la fecundidad.

De acuerdo con el censo de 1990 y las encuestas recientes, "alrededor del 95 por ciento de los hogares mexicanos son de tipo familiar"⁹. Éstos se componen básicamente por núcleos conyugales con o sin hijos, en torno a los cuales se suman, con cierta frecuencia, otros parientes y no parientes.

3. COMPORTAMIENTO DE LA NATALIDAD.

La actual situación demográfica de México se define por el rápido crecimiento que tuvo la población hasta los años setenta, lo cual propició un hecho en apariencia paradójico: aunque la tasa de crecimiento de la población comenzó a disminuir desde entonces, la población ha seguido aumentando significativamente en números absolutos; es decir, mientras la tasa de crecimiento natural de la población disminuyó en los últimos 30 años "de 3.4 al 2.05 por ciento anual, en este lapso la población pasó de 42.5 a 91.6 millones de habitantes"¹⁰, al respecto observamos como no solo llegó a la duplicación, sino que rebasó ésta. Esta tendencia seguramente seguirá teniendo lugar en el futuro próximo; proseguirá el crecimiento de la población en números absolutos, aunque a tasas de aumento cada vez menores.

⁸ IDEM. P.4

⁹ www.ineci.gob.mx. Julio del 2001.

¹⁰ PODER EJECUTIVO FEDERAL. Programa Nacional de Población. Editado por Conapo. México, 1997. P. 6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La población de México asciende para mediados de 1995 a "1.6 millones de habitantes"¹¹. Se estima también que, ocurran alrededor de "2.3 millones de nacimientos y cerca de 420 mil defunciones; ello implica un incremento absoluto anual de casi 1.9 millones de mexicanos, lo que significa una tasa de crecimiento anual de 2.05 por ciento"¹². El saldo neto migratorio internacional de México es negativo, este "asciende aproximadamente a 290 mil personas por año"¹³. Si se descuenta este efectivo del aumento natural de la población, el crecimiento neto en números absolutos "asciende a cerca de 1.6 millones de personas, en tanto la tasa de crecimiento total es de 1.73 por ciento anual"¹⁴.

El rápido crecimiento del pasado propició una distribución por edades de la población marcadamente joven, es decir, con una elevada proporción de niños y jóvenes. De ello resulta en gran medida la actual indiferencia del crecimiento de la población. Así, mientras en los últimos 20 años el número de hijos por mujer se redujo a la mitad, el de mujeres en edad reproductiva se duplicó. Como resultado de estas dos tendencias, los incrementos absolutos anuales de la población se han mantenido prácticamente constantes en las últimas dos décadas.

4. LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD.

Continuamos ganando terreno en la mortalidad. La sobrevivencia y la salud constituyen una aspiración fundamental de toda sociedad. El mejoramiento de la salud eleva el bienestar de la población y genera un círculo virtuoso entre la salud y el despliegue de las capacidades y potencialidades de los

¹¹ www.inegi.gob.mx. Agosto del 2001

¹² IDEM.

¹³ IDEM.

¹⁴ IDEM

individuos. Uno de los mayores logros del México contemporáneo ha sido la reducción significativa de la mortalidad y la morbilidad.

Desde el año de 1930 se viene registrando un descenso sostenido de la mortalidad, lo que ha dado como resultado un incremento significativo en la esperanza de vida al nacimiento. En dicho año “los hombres tenían una esperanza de vida de 35 años y las mujeres de 37; posteriormente, seis décadas más tarde, en 1994, este indicador se duplicó: 69 y 75 años, respectivamente”¹⁵. No obstante estos avances, la vida media de los mexicanos se encuentra aún lejos de la de países con bajas tasas de mortalidad, como Japón, Suiza y Suecia.

El descenso de la mortalidad no se ha dado con la misma intensidad en lo que concierne a sexo, edad y época. El riesgo de muerte en las mujeres se redujo 85 por ciento acumulado entre 1930 y 1994, mientras en los hombres disminuyó 80 por ciento. El descenso más notable ocurrió entre 1943 y 1956, cuando el riesgo de fallecimiento -para ambos sexos- se redujo en casi la mitad. Esta significativa prolongación de la sobrevivencia representó ganancias del orden de un año de vida por cada año.

Entre los principales determinantes de este descenso de la mortalidad destacan la expansión de los servicios educativos y la infraestructura sanitaria, así como la ampliación de los servicios públicos de salud, notoria a partir de la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1942 y, un año más tarde, la transformación del Departamento de Salubridad en la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

¹⁵ www.conapo.gob.mx. Agosto del 2001.

Durante los años sesenta se registró en México, al igual que en muchos otros países, un freno en el descenso de la mortalidad y, por lo tanto, en las ganancias de la esperanza de vida al nacimiento. En los años setenta, se recupera el ritmo de disminución de la mortalidad, aunque no con el mismo vigor que antes tuvo. El descenso de la mortalidad entre 1 y 4 años de edad siguió un patrón paralelo hasta la década de los setenta, aunque en este caso se aprecia un marcado freno durante los años ochenta.

Gran parte de las ganancias en la sobrevivencia provienen de la disminución de la mortalidad infantil. El descenso de la mortalidad infantil ha ocurrido en forma muy acelerada, en comparación con la experiencia histórica de los países desarrollados. En 1930, el 18 por ciento de los recién nacidos fallecía antes de su primer aniversario; en 1994, esta proporción fue de sólo 3 por ciento.

El nivel actual de la mortalidad infantil significa que, de cada cien defunciones infantiles que tendrían lugar de prevalecer la mortalidad de 1930, se evitan 83. Además, entre los sobrevivientes que alcanzaron un año de vida, sólo 84.5 por ciento lograba llegar en 1930 a su quinto aniversario; para 1994 este porcentaje alcanza 99.5 por ciento.

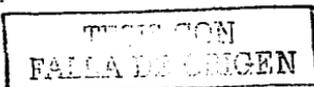
Seguir impulsando la reducción de la mortalidad infantil es un compromiso ético y moral y una obligación del Estado. Su reducción implica una condición indispensable para crear un marco de certidumbre entre las parejas, que favorezca la planeación de su familia. Dicha condición adquiere particular relevancia entre los grupos de mayor rezago demográfico. En un contexto de elevada mortalidad infantil, las parejas tienden a compensar este riesgo, y, por lo general, terminan teniendo una descendencia demasiado numerosa.

Persisten marcadas desigualdades regionales y socioeconómicas en la mortalidad infantil. Muchas de las diferencias de la mortalidad tienen una expresión espacial. Entre 1971 y 1990 se mostró una evolución en la tasa de mortalidad infantil, según el tamaño de la localidad de residencia. Es claro que persiste aún un marcado diferencial entre las localidades no urbanas (de menos de 20 mil habitantes) y las urbanas (de 20 mil o más), aunque ha disminuido ligeramente la brecha que las separa.

Existen también notables diferencias en los niveles de la mortalidad infantil entre las entidades federativas. La tasa en Chiapas, Guerrero y Oaxaca es más de 2.5 veces la del Distrito Federal, Nuevo León, y Baja California. Detrás de estos diferenciales media una estrecha y directa relación entre el grado de marginación de las entidades federativas y la mortalidad infantil.

Es de destacar que el nivel actual de la mortalidad infantil en los estados más rezagados corresponde a la media nacional observada en 1982, en tanto que el de las tres entidades más avanzadas es igual al previsto para el país en su conjunto en el año 2004. La diferencia entre estos dos extremos equivale a un rezago de 22 años.

La educación de la madre contribuye a la sobrevivencia infantil. Muchos son los efectos positivos de la educación de los padres en beneficio del bienestar y el nivel de vida de los hijos. Destaca en particular la educación de la madre en cuanto que repercute de manera directa en el cuidado de los hijos y en valerse efectiva y provechosamente de los recursos familiares disponibles. Un hecho que se constata universalmente es la estrecha asociación entre la escolaridad de la madre y la sobrevivencia infantil.



Resalta, por un lado, cierta convergencia entre los niveles de mortalidad de los hijos de mujeres con escasa instrucción (primaria completa o menos); por el otro, destaca una marcada reducción de la mortalidad de los hijos de mujeres con algún grado de secundaria o más. Si bien en ese lapso la mortalidad infantil ha descendido más rápidamente entre las madres sin o con poca instrucción, persisten aún marcadas desigualdades en este aspecto. Una más extensa y completa educación de las mujeres coadyuvará, junto con otras medidas, a seguir impulsando la disminución de la mortalidad infantil.

Otro factor que influye en la sobrevivencia de los menores son las condiciones de la vivienda y el ambiente que rodea al niño durante su primer año de vida son también factores críticos para su sobrevivencia. Existen diferencias que se registran en la mortalidad infantil según tres clases de condiciones sanitarias de la vivienda, que van desde deficientes (viviendas con piso de tierra y sin disponibilidad de agua ni drenaje) hasta adecuadas (con piso diferente a tierra y con agua y drenaje). Se aprecia que, entre estos extremos, la mortalidad infantil del peor contexto llega a ser más del doble que la del mejor.

Los diferenciales de la mortalidad infantil son también críticos cuando se considera la dimensión étnica. En 1990, "la tasa de mortalidad infantil del total de la población hablante de alguna lengua indígena superaba en 70 por ciento a la del resto de los habitantes del país (56 frente a 33 decesos por cada mil nacimientos)"¹⁰. En algunas regiones indígenas el rezago es mucho más marcado, aunque se aprecian indicios -sólo recientes, sin embargo- de una incipiente reducción de la mortalidad infantil.

¹⁰ PODER EJECUTIVO FEDERAL. Programa Nacional de Población. Editado por Conapo. México, 1997. P.15.

Durante el período de mayor disminución de la mortalidad en México (entre 1943-1956), la aportación del grupo de 15-49 años fue particularmente relevante. Los mayores incrementos en la esperanza de vida, tanto de hombres como de mujeres, se originaron en este grupo de edad y representaron casi la tercera parte de la ganancia total. En el caso de las mujeres, la disminución de la mortalidad materna ha desempeñado un papel importante en el aumento de la esperanza de vida. No obstante, la mortalidad asociada al embarazo y el parto es todavía elevada en México: en 1993 se estimó en por lo menos 5.5 defunciones de madres por cada diez mil nacidos vivos. Sigue siendo una grave preocupación que una mujer fallezca por causas relacionadas con el embarazo y el parto, pues en la gran mayoría de los casos no debería entrañar riesgos para la madre, o bien, muchos de ellos son susceptibles de prevenir y atender. El fallecimiento de una madre tiene por lo general graves consecuencias para la familia. La maternidad sin riesgo debe seguir siendo impulsada como una estrategia prioritaria de salud.

México se caracteriza hoy en día por un perfil de salud-enfermedad en rápida transformación, caracterizado por una paulatina reducción de las defunciones atribuibles a padecimientos infecciosos, así como una tendencia creciente de muertes por enfermedades crónico-degenerativas y por lesiones.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que entre 1973 y 1993, la disminución del riesgo de fallecimiento por enfermedades transmisibles contribuyó al incremento de la esperanza de vida en 2.9 años para los hombres y 3.2 para las mujeres. Las mayores ganancias resultaron del abatimiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias en los menores de un año. Aún cuando, en lo general, se ha logrado disminuir sensiblemente la mortalidad por estas causas, su control constituye uno de los objetivos primordiales de la política de salud, lo que significa un enorme

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN

reto debido a la estrecha relación de su incidencia con la marginación y la pobreza.

La mortalidad debida a enfermedades no transmisibles representó en 1979 el 53.4 por ciento del total de las defunciones; para 1993, su peso relativo aumentó a 67.8 por ciento de la mortalidad total. En este grupo se incluyen cinco de las diez principales causas de muerte del país: las enfermedades del corazón y las enfermedades cerebro vasculares, los tumores malignos, la cirrosis y la diabetes mellitus.

No obstante que las enfermedades no transmisibles y las lesiones representan una proporción creciente de la mortalidad, es importante destacar que también se ha avanzado en el control de la mortalidad asociada a estas causas, lo que se traduce en notables ganancias en la esperanza de vida. Entre 1979 y 1993, la reducción de la mortalidad por causas no transmisibles aportó incrementos de 2.4 años en la vida media masculina y de 2.7 en la femenina.

El factor primordial de la mortalidad en las entidades federativas más pobres es la persistencia de las enfermedades transmisibles otro ángulo de la mortalidad por entidad federativa aparece cuando se descompone el riesgo de fallecimiento por grupos de causa de muerte: enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, así como lesiones y accidentes. Un indicador usualmente empleado es el número de años de vida perdidos (per cápita) debido a la incidencia de los distintos grupos de causas. Se advierte una mortalidad marcadamente prematura en Guerrero, Chiapas, Oaxaca y Zacatecas, donde se pierden casi 15 años potenciales de vida. Por el contrario, los estados del norte, junto con el Distrito Federal, pierden alrededor de 10 años. El aspecto más sobresaliente es que a los niveles de

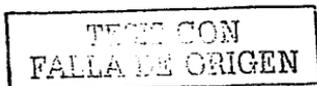
mortalidad más altos corresponden las mayores proporciones de fallecimientos causados por enfermedades transmisibles, mientras que las enfermedades no transmisibles y las lesiones y accidentes inciden casi por igual en todas las entidades federativas. Ello significa que gran parte de la sobre mortalidad de los estados más pobres podría disminuirse abatiendo la mortalidad por enfermedades infecciosas, que son las más factibles de evitar mediante intervenciones de salud pública.

5. LA DISMINUCIÓN DE LA FECUNDIDAD.

Como podemos observar en las cifras determinadas por el gobierno mexicano tras un descenso considerable, la fecundidad ha sido el principal determinante del cambio demográfico en México durante las últimas tres décadas, lapso en el que la tasa global de fecundidad (TGF) descendió de 7 a 2.9 hijos por mujer, según las estimaciones del CONAPO.

La disminución de la fecundidad no se ha dado con la misma intensidad. "Entre 1963 y 1972, la TGF disminuyó lentamente, con un decremento medio anual de sólo 0.07 hijos. Entre 1972 y 1984, tuvo lugar una accentuada caída con un decremento medio anual de 0.19 hijos. Entre 1984 y 1994 se aprecia un freno en el ritmo de descenso, pues la reducción media anual fue de 0.12 hijos. Se advierte que el período 1972-1984 es un parteaguas en el proceso de transición de la fecundidad en México, ya que fue en él cuando se experimentaron acelerados descensos. Más recientemente se observa un estancamiento en la velocidad de disminución de la fecundidad, el cual se ha prolongado durante más de una década"¹⁷.

¹⁷ www.conapo.gob.mx. Agosto del 2001.



En las cifras observadas, determinamos que el estancamiento se origina a través de una marcada desaceleración en el ritmo de descenso de la fecundidad entre 1982 y 1986, notable particularmente en los grupos de edades 25-29 y 30-34 años.

Entre las diferentes generaciones que alcanzaron las edades mencionadas durante este período, cuando tuvo lugar una aguda crisis económica, destacan las mujeres pertenecientes a las unidades marcadas entre 1952-1956, quienes experimentaron la mayor contención en el descenso de la fecundidad, precisamente cuando se encontraban en las edades en las que la propensión a reproducirse es mayor. Este hecho sugiere que la recesión económica pudo haber incidido sobre la fecundidad, aminorando su ritmo de disminución. La evidencia conjetural a la mano sugiere que con la contracción del ingreso real disponible de los hogares se encarecieron relativamente muchos bienes de su canasta de consumo, entre ellos los costos directos e indirectos de la anticoncepción.

En todo caso, esta pérdida de impulso no parece deberse al hecho de haber alcanzado ya niveles reducidos de fecundidad, pues se reconoce que existe todavía un espacio considerable para mayores avances, toda vez que amplios segmentos de la población aún exhiben niveles elevados, prácticamente pretransicionales, y otros acusan una significativa demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. De lo anterior, podemos concluir, que resulta imperativo, vigorizar los esfuerzos para profundizar la reducción en los niveles de la fecundidad. Junto con la disminución del nivel de la fecundidad se constatan también algunos cambios en la estructura por edades de la fecundidad.

Observamos que a partir de 1976 el nivel reproductivo de las mujeres en el grupo 20-24 años se situó por encima del percatado en el siguiente intervalo de edades. Es claro, al advertir las cifras, por un lado, el paulatino rejuvenecimiento del patrón de fecundidad desde 1975 y, por el otro, la notable disminución de la misma a partir de ese año. Sin embargo, a mediados de los ochenta se indica una notoria y única reversión de esta pauta, ligada al freno que señalamos en las tasas de fecundidad entre los 25 y 34 años de edad.

El inicio temprano de la reproducción repercute en la fecundidad a lo largo de la vida. Según datos de encuestas demográficas recientes emitidas por el INEGI, las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 18 años, comparadas con quienes lo tuvieron después de los 24, alcanzaron veinte años después del nacimiento de ese primer hijo una descendencia de 6.8 hijos, mientras que las segundas sólo de 3.7 hijos.

Los nacimientos que ocurren entre mujeres menores de 20 años representan el 15.7 por ciento del total de nacimientos; a su vez, la fecundidad adolescente contribuye con el 12 por ciento de la tasa global de fecundidad. Ahora bien, el peso relativo de la fecundidad adolescente en la fecundidad total es más elevado en los grupos de menor escolaridad y en las áreas rurales. Así, las mujeres menores de 20 años con condiciones socioeconómicas desfavorables son quienes más frecuentemente experimentan las repercusiones negativas de un embarazo temprano.

También constatamos que cuanto más temprana es la edad de una mujer al momento de su primer embarazo, mayor es la ocurrencia de embarazos fuera del matrimonio. Esto repercute en el hecho de que estas mujeres deben, en buena parte de los casos, afrontar solas las responsabilidades del

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mantenimiento y la crianza de los hijos, lo que propicia la reproducción intergeneracional de condiciones de desventaja socioeconómica.

El examen de los diferenciales del comportamiento reproductivo muestra que el descenso de la fecundidad no se ha producido con la misma intensidad en todos los sectores de la población, sino que ha ocurrido primero y de manera más pronunciada entre los sectores y grupos más integrados al desarrollo, en tanto que los grupos más pobres han quedado rezagados en ese proceso.

La descendencia de las mujeres que en 1992 habitaban en localidades con menos de 2500 habitantes era 2 hijos mayor que la de quienes residían en áreas urbanas. Aunque la reducción de la fecundidad se ha acelerado en la última década en las localidades más pequeñas del país, no ha disminuido significativamente la brecha entre éstas y los núcleos urbanos de 20 mil o más habitantes.

Cabe destacar, que al igual que en el caso de la mortalidad infantil, existe una estrecha relación entre el grado de marginación de las entidades federativas y su respectiva fecundidad.

Dentro de la literatura demográfica, en obras como las emitidas por los investigadores del CONAPO, se abunda en evidencias sobre la importancia de la educación femenina como determinante de la fecundidad. La educación de las mujeres fomenta el afán de logro y superación personales, y, obviamente, aumenta la productividad y los beneficios de ésta en el hogar. Favorece también una mayor capacidad de decisión, autonomía y libertad, que se expresa en todas las esferas, tanto en el ámbito público como en el privado. La educación de la mujer repercute no sólo en su propio provecho,

sino también en el de su familia, pues contribuye a romper el círculo de la transmisión intergeneracional de la pobreza, aumentando las posibilidades de que los hijos sean libremente descados y reciban un mejor cuidado, educación, salud y bienestar en general.

Como señalamos, la educación de las mujeres es el factor más estrechamente relacionado con una baja mortalidad infantil y con una reducida fecundidad, factores ambos que reflejan una alta valoración parental de los hijos, no de su cantidad sino de sus condiciones de vida y su mayor bienestar.

Podemos decir que la descendencia de las mujeres sin instrucción sigue siendo más del doble que la de quienes cuentan con al menos un año aprobado en secundaria. Entre 1974 y 1990, el ritmo de descenso de la fecundidad aumentó de forma más marcada en la población con menores niveles educativos, aunque ello no logró reducir considerablemente el diferencial respecto a la población con mayor escolaridad.

La relación inversa entre el nivel educativo de la mujer y su fecundidad se aprecia también desde una óptica espacial. Se advierte una relación muy estrecha entre la tasa global de fecundidad de las entidades federativas, durante el lustro 1987-1991, y el porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años sin primaria completa. Este vínculo entre la educación y la fecundidad pone de manifiesto la necesidad de seguir mejorando la extensión y la calidad de la instrucción entre las acciones estratégicas para favorecer la paternidad responsable y la reducción del crecimiento poblacional.

En lo concerniente a la participación económica de las mujeres, existe evidencia de una fecundidad significativamente inferior entre quienes laboran respecto de las que no lo hacen. Ello es así como consecuencia, entre

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

otros factores, del costo de oportunidad que implica la crianza y la educación de los hijos entre las que trabajan, así como del cambio en las perspectivas y alternativas de vida que por lo general envuelve su inserción en la actividad económica. En 1990, la descendencia de las mujeres económicamente inactivas era de casi el doble de la de las mujeres económicamente activas.

El efecto sobre la fecundidad de los factores asociados a la inactividad económica son evidentes en las comunidades de más de 20 mil habitantes. Si bien en las localidades de menor tamaño existen diferencias importantes entre la descendencia final de las mujeres activas e inactivas, se advierte que la TGF alcanza prácticamente el mismo valor entre las mujeres activas en localidades rurales y semiurbanas que entre las mujeres inactivas que viven en núcleos urbanos. Así, mientras las madres urbanas que participan en la actividad económica se encuentran en una fase avanzada y casi final de la transición sociodemográfica, las demás mujeres se sitúan aún en etapas anteriores del proceso.

Las características de la transición de la fecundidad en México ponen de manifiesto la existencia de importantes rezagos entre amplios sectores de la población pobre y marginada del país. Los estudios disponibles confirman que las mujeres de los estratos socioeconómicos más desfavorecidos tienen un mayor número de hijos. Asimismo, indican que el rezago de la población indígena en el proceso de disminución de la fecundidad es notable: "su descendencia de 5.7 hijos por mujer en 1990, representa más del doble que la de las mujeres no indígenas, 2 hijos"¹⁸.

Este elevado nivel de la fecundidad está asociado, entre otros factores, a la persistencia de una alta mortalidad infantil en estos grupos, que, como

¹⁸ www.conapo.gob.mx. Septiembre del 2001.

señalamos en párrafos anteriores y según los estudios del ente encargado de ello, propicia que los padres busquen una descendencia numerosa. Paralelamente, las condiciones de pobreza que comúnmente privan en este medio favorecen la preferencia por una familia extensa, pues la fuerza de trabajo adicional y la aportación que para el hogar significan los hijos es sumamente importante.

CAPÍTULO II. MECANISMOS EXISTENTES POR PARTE DEL ESTADO.

1. INSTITUCIONES ENCARGADAS DE IMPLEMENTAR PROGRAMAS PARA INFORMAR A LA POBLACIÓN.

La información y consejería que debe impartirse al respecto de la planificación familiar deben otorgarla cualquier miembro del equipo de salud: médico, enfermera, trabajadora social, psicólogo, promotor o auxiliar de salud capacitado en los aspectos básicos de sexualidad y reproducción humana o en tecnología anticonceptiva, una vez que el ciudadano se encuentre informado se dará la pauta para una toma de decisión voluntaria, responsable y bien orientada.

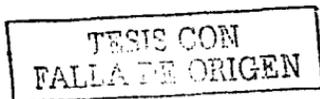
Para lograr precisamente este objetivo, el Estado debe implementar diversas medidas orientadas a esa comprensión del ciudadano y en México se llevan a través de los organismos integrantes del Sistema Nacional de Salud, mismos que analizamos a continuación.

1.1. CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO).

El Consejo Nacional de Población es el organismo público interinstitucional que tiene a su cargo la conducción de la política de población y la planeación demográfica del país. Lo preside el Secretario de Gobernación y está integrado, además, por las siguientes Dependencias y Secretarías de Estado:

Secretaría de Relaciones Exteriores.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público.



Secretaría de Desarrollo Social.

Secretaría de Medio Ambiente, Recursos Naturales.

Secretaría de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación.

Secretaría de Educación Pública.

Secretaría de Salud.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

Secretaría de la Reforma Agraria; y por:

el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado;
y

el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Su creación fue debido a que el 7 de enero de 1974 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las reformas y adiciones a la Ley General de Población, y por disposición de esta Ley fue instalado el 27 de marzo del mismo año el Consejo Nacional de Población.

Para llevar a cabo la planeación demográfica del país, en el Reglamento de la Ley General de Población se señalan las principales funciones del Consejo Nacional de Población, entre las que se distinguen:

- **Formular programas de población y vincularlos con los del desarrollo económico y social del sector público.**

- **Analizar, evaluar y sistematizar información sobre los fenómenos demográficos.**
- **Establecer las bases y los procedimientos de coordinación entre las dependencias, entidades e instituciones que participen en los programas de población.**
- **Realizar, promover, apoyar y coordinar estudios e investigaciones para los fines de la política de población.**
- **Elaborar y difundir programas de información y orientación públicos, así como las bases para la participación y colaboración de otras personas u organismos.**
- **Asesorar y asistir en materia de población a toda clase de organismos públicos o privados, nacionales o extranjeros, locales o federales, y celebrar con ellos los acuerdos que sean pertinentes.**
- **Elaborar, publicar y distribuir material informativo sobre aspectos poblacionales.**
- **Formular e impartir cursos de capacitación en materia de población.**

- **Evaluar los programas que lleven a cabo las diferentes dependencias y entidades del sector público en relación con las políticas establecidas en materia demográfica, así como proponer las medidas conducentes, esto último según lo establece el artículo 10 del Reglamento de la Ley General de Población.**

- El Consejo Nacional de Población para cumplir con su finalidad debe primero determinar el objetivo de la política de población que precisamente consiste en contribuir a que todos los ciudadanos mexicanos participen justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social, esto mediante la regularización de los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución territorial.

La política de población requiere de un enfoque integral, visiblemente inserto en las antelaciones del 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.

1.2 SECRETARÍA DE SALUD.

Es una dependencia del Poder Ejecutivo Federal, que tiene a su cargo el desempeño de las atribuciones y facultades que le confiere la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, específicamente en su artículo 39, la Ley General de Salud y otras leyes, así como los reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes del Presidente de la República.

Entre las facultades que le confiere la Ley General de Salud tenemos:

- Disminuir las diferencias en los indicadores de salud reproductiva entre las diversas regiones del país, con especial énfasis en las áreas rurales y los municipios de alto riesgo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Incrementar la información y educación para promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población como indígenas y adolescentes y con perspectiva de género.
- Favorecer el acceso a los servicios de salud reproductiva de los grupos vulnerables (adolescentes, indígenas y la población de áreas rurales), considerando aspectos culturales, geográficos y económicos.
- Incrementar la calidad de los servicios de salud reproductiva incorporando tecnología apropiada a las necesidades de los diferentes grupos de población.
- Promover el desarrollo humano en el personal de salud, poniendo énfasis en la vocación de servicio, competencia técnica, y compromiso institucional.

La Ley General de Salud es la que regula básicamente los servicios de salud, por lo tanto es materia de esta Ley regular a la Secretaría de Salud, a continuación se establecerán algunos artículos que fundamentan la actuación de esta Secretaría:

ARTÍCULO 1. La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Como podemos observar en el artículo precedente, se faculta a la Secretaría de Salud para proteger la salud de todas las personas, relacionando este artículo con el 4º de nuestra Constitución, la salud de una persona tiene que ver con la cantidad de hijos que desee tener entonces, la Secretaría de Salud está facultada para actuar en ese ámbito.

ARTÍCULO 2. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En este ámbito la fracción I nos habla del bienestar físico y mental del hombre (tomando la palabra como ser humano y no en razón de sexo), para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, entonces dentro de la capacidad mental y física del hombre, podemos encuadrar su deseo de tener hijos, por lo que la Secretaría de Salud está facultada para auxiliar, al mismo, a determinar cuál es su capacidad para ello, en el ámbito de salud y con ello poder mejorar su calidad de vida, y así cumplir con lo establecido en la segunda fracción del artículo en comento.

Por lo que respecta al fundamento de la salud reproductiva como materia de salubridad, lo encontramos en la Ley General de Salud, la cual en su artículo 3º nos establece:

"ARTÍCULO 3º. En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

...

V. La planificación familiar.

..."

Al respecto podemos comentar que la salud del individuo está formada por distintas materias, dentro de las cuales podemos encontrar la que nos interesa para nuestra investigación, o sea la salud reproductiva, ésta se encarga de distintas materias que se comentan a continuación, siendo una de ellas la planificación familiar, que como podemos notar en el artículo anterior es una materia que la Secretaría de Salud se encuentra facultada para regular como podemos observar en los artículos de la Ley General de Salud que enseguida veremos.

ARTÍCULO 27.-Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

...

IV.- La atención materno-infantil;

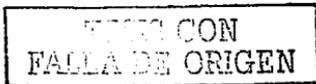
V.- La planificación familiar;

..."

ARTÍCULO 67.-La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que ésta la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.



ARTÍCULO 68.- Los servicios de planificación familiar comprenden:

I.- La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población.

II.- La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar;

III.- La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población.

IV.-El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana;

V.- La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar, y

VI.- La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

ARTÍCULO 69.- La Secretaría de Salud, con base en las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población para la prestación de servicios de planificación familiar y de educación sexual, definirá las bases

para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y a sus efectos sobre salud.

ARTÍCULO 70.- La Secretaría de Salud coordinará las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones del programa nacional de planificación familiar que formule el Consejo Nacional de Población, de conformidad con las disposiciones de la Ley General de Población y de su reglamento, y cuidará que se incorporen al programa sectorial.

ARTÍCULO 71.- La Secretaría de Salud prestará, a través del Consejo Nacional de Población, el asesoramiento que para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual le requiera el sistema educativo nacional.

Después de presentar la base jurídica de la actuación de la Secretaría de Salud, comentaremos con respecto a la materia de:

La Planificación Familiar.

La Secretaría de Salud cuenta con una Unidad de Contraloría Interna, órgano interno de control, que se regirá conforme a lo dispuesto por el artículo 45 del Reglamento de la Ley General de Salud.

Asimismo, esta Secretaría contará con las unidades subalternas que se señalen en el Manual de Organización General de la Dependencia y, en su caso, en el de sus órganos administrativos desconcentrados, previa autorización de las Secretarías de Hacienda y Crédito Público y de Contraloría y Desarrollo Administrativo.

Específicamente existe dentro de la Secretaría de Salud una Dirección encargada de la salud reproductiva, ésta depende de la misma Secretaría y es el órgano encargado de la materia que nos compete en el presente trabajo, entre sus facultades podemos resumir:

- Formular, proponer, difundir y evaluar las políticas y estrategias en materia de salud reproductiva, que en todos los casos incluirá la planificación familiar, salud perinatal y salud de la mujer, sin perjuicio de las atribuciones que en estas materias correspondan a otras dependencias;
- Detectar, analizar y promover el estado de bienestar de la población en materia de salud reproductiva;
- Elaborar y expedir las normas oficiales mexicanas en materia de salud reproductiva, incluidas las relativas a cáncer cérvico uterino y mamario y atención integral a la salud de la mujer, así como vigilar su cumplimiento;
- Promover y coordinar las investigaciones dirigidas a identificar los problemas que alteran la salud reproductiva de la población, a fin de ampliar los conocimientos sobre sus causas y las estrategias para su prevención, curación y atención efectivas, en coordinación con las unidades administrativas competentes;
- Definir criterios para la evaluación operativa de los programas estatales de salud reproductiva;
- Promover y coordinar las actividades de formación, capacitación y actualización técnica de los recursos humanos que participan en los programas de salud reproductiva, así como la educación continua dirigida a

HECHO CON
FALSA DE ORIGEN

los prestadores de servicios de salud reproductiva, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

- Supervisar, asesorar y participar en la definición de los contenidos técnicos de los materiales didácticos que se utilizan para la capacitación y actualización de los prestadores de servicios de salud reproductiva, así como en la aplicación de los programas, acciones y mensaje, en la materia, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

- Coordinar y participar, en combinación con las unidades administrativas competentes, en la integración de las actividades que se realicen en materia de salud reproductiva; así como promover los mecanismos para fomentar la participación comunitaria en las acciones materia de su competencia;

- Coordinar las actividades del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva y apoyar la participación de la Secretaría en el Consejo Nacional de Población y en el Programa Nacional de la Mujer, en todo lo referente a la materia de salud reproductiva;

- Definir los criterios para la formulación, ejecución y evaluación del Programa de Salud Reproductiva, en coordinación con las entidades federativas y las unidades administrativas competentes y;

- Coordinar, supervisar y evaluar la calidad de la información y prestación de los servicios de salud reproductiva.

Entonces, la Secretaría de Salud, cumple con sus facultades en materia reproductiva a través de la Dirección General de Salud Reproductiva.

2. PROGRAMAS IMPLEMENTADOS Y SUS RESULTADOS.

A. CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR :

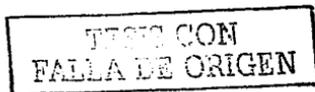
Planifica, es cuestión de querer

El objetivo que tiene esta campaña, es posicionar entre la audiencia el concepto de planificación familiar con un nuevo sentido que haga énfasis en la construcción de un proyecto de vida personal, de pareja y familia, identificando la calidad de vida como componente central del mismo.

Se encuentra dirigido a la población rural y urbano marginal de 15 a 29 años de edad, de las entidades con mayor rezago en los procesos de conocimiento y aceptación de las prácticas anticonceptivas en el contexto de la planificación familiar y salud reproductiva. Entre las entidades federativas participantes tenemos a: Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, México, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Veracruz y Zacatecas; pero además, Campeche y San Luis Potosí son estados invitados para la difusión de los mensajes.

Como ejes conceptuales que se integran en todos los mensajes están:

- Retraso de la edad al matrimonio y al primer embarazo .
- Ampliación del intervalo entre el nacimiento de un hijo y otro.
- Terminación de la fecundidad una vez satisfecho el ideal de familia.
- Derecho de decidir de manera libre, responsable e informada, el número de hijos deseados y el momento de tenerlos.


 TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Ventajas de un tamaño reducido de familia.
- Equidad de género.
- Comunicación en pareja.
- Participación del varón en la práctica anticonceptiva.
- Demanda calificada de servicios de orientación y consejería.
- Proyecto de vida personal, de pareja y familia.
- Calidad de vida.
- Respeto pleno a los derechos reproductivos.

La campaña en comento tiene una difusión a nivel nacional por medios electrónicos principalmente la televisión.

B. PLANIFICATEL

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 el servicio de información y orientación telefónica sobre Planificación familiar, Planificatel.

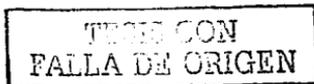
Este programa es un complemento idóneo de las acciones de provisión de servicios de planificación familiar que llevan a cabo las instituciones del sector salud. Forma parte de los programas de información, educación y

comunicación en población orientados a fortalecer una más amplia cultura demográfica. Entre sus objetivos encontramos:

- Ofrecer información y orientación veraz, pertinente y sencilla en materia de planificación familiar.
- El ejercicio del derecho que tienen las personas a decidir sobre el adecuado número de hijos y su espaciamiento.
- La prevención de los embarazos no deseados, no planeados o de alto riesgo.
- La selección de los métodos anticonceptivos de acuerdo a las necesidades de las personas.
- El ejercicio responsable de la sexualidad y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.
- La demanda calificada de los servicios de planificación familiar.

La información para planear la familia, la podemos encontrar al alcance de la mano ya que el programa trata de aclarar dudas y brindar información sobre los métodos que pueden usar hombres o mujeres, cómo usarlos correctamente, cuáles pueden ser sus efectos secundarios y qué hacer ante ellos. También informa sobre los lugares más cercanos al domicilio de las usuarias y de los usuarios donde pueden obtener los métodos anticonceptivos gratuitamente.

Entre las ventajas que ofrece este programa podemos mencionar:



- Facilita el acceso a la información y orientación sobre planificación familiar.**
- Tiene un gran potencial para alcanzar una amplia cobertura entre diversos sectores sociales.**
- Constituye un servicio personalizado, íntimo y confidencial.**
- Permite a la usuaria o al usuario formular sus inquietudes desde el espacio de su elección y en presencia de quien ella o él elija.**
- Hace posible que la interacción telefónica se adecue a las necesidades de la usuaria o del usuario.**
- Propicia la canalización oportuna de los casos que lo requieran y facilita la vinculación de la usuaria o del usuario con la infraestructura de servicios de planificación familiar.**
- Contribuye a dinamizar la demanda de servicios en la materia.**
- Para llevar a cabo las finalidades del programa se cuenta con más de 150 consultoras telefónicas capacitadas para brindar información y orientación sobre planificación familiar.**

Para atender a los usuarios, Planificatel dispone de números telefónicos de larga distancia sin costo en cada entidad federativa, que atienden en un horario de 9:00 a 21:00 horas, de lunes a viernes.

Las consultoras telefónicas se apoyan en un sistema de información que contiene:

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

Además Planificatel convoca a los sectores público, privado y social a sumar acciones a favor de este servicio y a participar activamente en la ampliación y diversificación de los canales de difusión de sus números telefónicos estatales y nacional, a fin de promover que la información y la orientación sobre planificación familiar esté a disposición de las personas que lo deseen y necesiten. A su vez invita a las organizaciones sociales que brindan atención en planificación familiar, u ofrecen servicios afines, a registrarse en el directorio de instituciones que utilizan orientadoras telefónicas para canalizar a las usuarias y los usuarios que así lo requieran y de esta manera bien informados, hombres y mujeres pueden elegir el método que más les convenga de acuerdo a sus necesidades, características y proyectos.

Como ya se mencionó, entre las instituciones que se encargan de llevar a cabo este programa de planificación familiar tenemos al Instituto Mexicano del Seguro Social y al Consejo Nacional de Población, a continuación se expone un poco de las atribuciones y la naturaleza de dichos institutos:

Instituto Mexicano del Seguro Social.

El Instituto Mexicano del Seguro Social fue creado por la Ley del Seguro Social decretada en enero de 1943. Es un organismo público descentralizado

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

no sectorizado de conformación tripartita (participación obrera, patronal y gubernamental). Se encuentra regulado dentro de la Ley Federal de Entidades Paraestatales, específicamente en el artículo 5, donde le confiere facultad para regirse por sus leyes específicas en cuanto a la estructura de sus órganos de gobierno y vigilancia.

Tiene por finalidad la realización de la seguridad social, que es garantizar a los trabajadores y sus familiares el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para su bienestar individual y colectivo.

Como parte fundamental de sus prestaciones, el IMSS proporciona atención y orientación sobre planificación familiar en todas sus unidades médicas.

Consejo Nacional de Población

El Consejo Nacional de Población que como se mencionó con anterioridad, es un organismo público interinstitucional que tiene a su cargo la conducción de la política de población y la planeación demográfica del país. Su fundamento jurídico se mencionó con anterioridad.

Como parte de sus actividades, el CONAPO promueve acciones en materia de información, educación y comunicación en población orientadas a fomentar una mas sólida cultura demográfica.

Los Consejos Estatales de Población tienen a su cargo la planeación demográfica de las entidades federativas del país, atendiendo a la diversidad de sus correspondientes territorios, recursos y poblaciones.

3. SISTEMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Una de las transformaciones más profundas que ha experimentado la sociedad mexicana en los últimos 25 años es, sin duda, el cambio en las preferencias reproductivas y la interiorización de la planificación familiar como un valor en la vida de las personas.

A mediados de la década de los sesenta, cuando la fecundidad alcanzó su nivel máximo histórico, muy pocas personas, mayoritariamente las clases medias y altas de la sociedad, tenían conocimiento de los métodos modernos para regular la fecundidad y éstos sólo eran accesibles en los servicios médicos privados.

El ambiente cultural de la época, a pesar de las transformaciones económicas y sociales que había experimentado el país desde los años cuarenta, seguía favoreciendo las familias numerosas, y la reproducción era percibida como algo que escapaba del control de los individuos.

El marco jurídico que prevalecía en ese tiempo, producto del predominio por muchos años de política pronatalista, imponía fuertes restricciones a la población para poder acceder al conocimiento y los medios de regulación de la fecundidad.

El debate internacional y nacional, aunado a la mayor conciencia sobre las consecuencias económicas y sociales del acelerado crecimiento demográfico, condujo al replanteamiento de la política de población y a la modificación de su marco jurídico.

En 1973 se modificó el Código Sanitario, el cual prohibía la propaganda y venta de productos anticonceptivos. En enero de 1974 se publicó la nueva

Ley General de Población, que tiene por objeto regular los fenómenos demográficos y establece la obligatoriedad del Estado de ofrecer servicios de planificación familiar. Asimismo, en su Reglamento, determina la gratuidad del servicio de planificación familiar en las instituciones públicas de salud. En diciembre del mismo año se reformó el Artículo Cuarto de la Constitución Política, lo que convirtió a México en el segundo país del mundo y el primero servicios de salud de América Latina en consagrar en su Ley fundamental el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. En 1984, con la promulgación de la Ley General de Salud se incluyó la planificación familiar como parte de los.

3.1 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Los avances y logros de la investigación científica, en cuanto al conocimiento de los mecanismos que regulan o controlan el funcionamiento del aparato reproductor, han contribuido significativamente al desarrollo de la tecnología anticonceptiva, que nos permite disponer de métodos y estrategias de alta efectividad, gran seguridad y amplia aceptabilidad por la población usuaria.

En lo que corresponde a la oferta de métodos y estrategias anticonceptivas en la unidades de atención y servicios de todas y cada una de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, es muy amplia y variada, lo que brinda a nuestra población usuaria la oportunidad de elegir alguno de estos métodos, de acuerdo a sus necesidades y prioridades.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A continuación se mencionarán como una referencia, cuáles son esos métodos que nos brindan hasta el momento nuestra autoridades sanitarias para la planificación familiar.

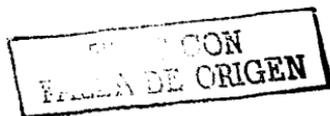
a. **NATURALES.** Los debemos comprender como aquellos donde basta la voluntad del ser humano para evitar el embarazo, pero haciendo mención de que son los menos confiables. Tenemos:

1. **EL RITMO:** Consistente en la abstención de relaciones sexuales durante determinado período. Es decir, la mujer debe observar mínimo durante seis meses la duración de su período menstrual, después debe calcular sus días de ovulación, que será considerado como su período fértil y entonces tendrá que abstenerse de tener relaciones durante esos días. "Su efectividad es de un 50 %, por lo que no es muy recomendable"¹⁹.

2. **COITO INTERRUPTIDO:** Este método consiste en que el hombre debe retirar su órgano sexual antes de la eyaculación. Es muy poco confiable.

b. **FABRICADOS.** Por consiguiente éstos son todas aquellos utensilios o sustancias -creados por el humano- que pueden utilizar tanto el hombre como la mujer para evitar la concepción.

¹⁹ www.mexfam.org.mx. Noviembre del 2001.



1. **PRESERVATIVO:** Es una cubierta de látex que recubre el órgano masculino y recibe el semen para evitar que llegue a la vagina. “Es confiable en un 86%”²⁰, además de que es el único método que protege contra el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.
2. **ESPERMICIDAS:** Son productos con químicos que se aplican a la vagina y matan a los espermatozoides.
3. **PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS:** Están compuestas por hormonas que impiden la ovulación, evitando que se desprenda un óvulo y que sea fertilizado por un espermatozoide. “Tienen una confiabilidad del 94 al 98%”²¹, se puede decir que son las de mayor efectividad en cuanto a métodos anticonceptivos, pero también pueden provocar algunos cambios negativos hacia quien las consume como puede ser la depresión.
4. **INYECCIONES:** Es una inyección de hormonas que inhibe la ovulación durante un mes o más, haciendo cambios también en el aparato cervical. “Tienen un alto índice de efectividad de un 96%”²²
5. **IMPLANTES:** Son pequeños carruchos cargados de hormonas, colocados en el brazo debajo de la piel. Liberan cada día la dosis equivalente a una pastilla anticonceptiva cumpliendo las mismas funciones que éstas. Su efecto puede durar desde dos hasta cinco años. Su efectividad es de un 96% durante el primer año.

²⁰ IDEM.

²¹ IBIDEM.

²² www.ssa.gob.mx. Noviembre del 2001.

- 6. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU):** Es un pequeño aparato que se introduce en el aparato reproductor de la mujer. El cuerpo al detectarlo como extraño se inflama e impide que el óvulo ya fertilizado se implante. "Es un método confiable en un 96%"²³, pero tiene sus reglas específicas como que no es recomendable para chicas que nunca han tenido hijos".
- 7. DIAFRAGMA:** Es un capuchón de hule hecho a la medida del cuello uterino. Se debe colocar y así cubrir la entrada del útero para impedir el paso de los espermatozoides. "Cuenta con una efectividad del 80%"²⁴, ya que puede moverse durante la relación, aparte de que se necesitan cuidados muy especiales para conservarlo en buen estado.
- 8. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA:** Se trata de consumir dosis más altas de pastillas anticonceptivas comunes, que tomadas por corto tiempo, provocan cambios hormonales en el organismo para evitar el embarazo. Las 72 horas siguientes a la relación sexual son el plazo para aplicar este método que se utiliza sólo en casos de emergencia y bajo una estricta supervisión médica.

3.2 PREVALENCIA DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Antes de que el gobierno implementara los primeros programas de planificación familiar, el uso de métodos anticonceptivos era sumamente bajo. Se considera que la práctica de la planificación familiar se ha extendido de manera notable a partir del cambio en la orientación de la política de población y la puesta en marcha de los programas de planificación familiar.

²³ MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. Folleto emitido por Mexfam. México 1996.

²⁴ IDEM.

Actualmente, el CONAPO estima que: “por lo menos 69.4 por ciento de las mujeres unidas en edad fértil utiliza algún método de regulación de la fecundidad, lo que en números absolutos representa alrededor de 11.4 millones de personas”²⁵. Estos datos indican que entre 1976 y 1999 la demanda efectiva de métodos anticonceptivos se duplicó.

El proceso de expansión de la práctica anticonceptiva sigue una tendencia aproximadamente lineal, con una fuerte aceleración. Lo anterior en razón de las siguientes cifras: “durante el período comprendido entre 1976 y 1982, cuando el incremento anual en el uso de anticonceptivos era de 3 puntos porcentuales en promedio; siguió un ritmo más pausado a mitad de los años ochenta, cuando los aumentos fueron de un punto porcentual por año; se produce una nueva aceleración entre 1987 y 1992, con aumentos de 2 puntos en promedio por año; y, finalmente, entre 1992 y 1997, próximos a alcanzar la cúspide de la cobertura anticonceptiva, se registró un incremento anual en la prevalencia anticonceptiva de un punto porcentual promedio por año”²⁶.

Otra de las ventajas que actualmente se le otorgan a algunos métodos anticonceptivos, como es el condón y el femidón, es precisamente evitar la propagación de las enfermedades de transmisión sexual, tal como el SIDA, he allí otra de las causas por las cuales podemos observar un crecimiento en la utilización de métodos anticonceptivos.

²⁵ www.conapo.gob.mx, Agosto del 2001.

²⁶ IDEM.

ESTE CON
FALLA DE ORIGEN

3.3 USO DE MÉTODOS SEGÚN LAS CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS.

El lugar de residencia rural y urbano y la escolaridad de las mujeres son variables que aluden a los contextos sociales, culturales y geográficos en que vive la población y que condicionan la demanda y uso de los servicios de planificación familiar. El área rural está integrada, en su mayoría, por localidades dispersas y aisladas de los servicios básicos y de las comunicaciones y el transporte, con baja integración a los mercados de trabajo y de bienes, y donde prevalecen relaciones de género desiguales.

Los múltiples determinantes económicos, culturales e institucionales que inciden en los ideales, percepciones y preferencias reproductivas, así como las dificultades de acceso físico, económico o social asociados a la utilización de servicios, explican en buena medida la dinámica diferenciada de la difusión de la planificación familiar entre localidades rurales y urbanas. En estas últimas, los niveles de uso de métodos anticonceptivos siempre han estado muy por encima de los registrados en el medio rural. En la actualidad se considera que más de siete de cada diez mujeres residentes de las áreas urbanas usan métodos anticonceptivos, mientras que las residentes del medio rural sólo cinco de cada diez hace uso de estos métodos.

Otro factor importante para determinar el uso del método anticonceptivo es la edad. Todos los grupos de edades muestran a través de los años un incremento en el porcentaje de mujeres que hacen uso de la anticoncepción. La mayor prevalencia se presenta en las edades centrales, es decir mujeres entre 25 y 39 años, y en los últimos años se advierte un desplazamiento que además abarca el grupo de los 40 a 44 años y un incremento pronunciado en las mujeres de 45 años de edad y mayores. Por lo que respecta al grupo de

mujeres unidas en edad adolescente, aquellas que se encuentran entre los 15 y 19 años, se considera que a pesar de ser el grupo con los menores niveles de uso de anticonceptivos, muestra incrementos significativos y constantes.

Desde que se iniciaron los programas de planificación familiar hasta hoy en día, las mujeres que incorporaron más rápidamente la práctica anticoncepriva fueron aquéllas con 2 y 3 hijos.

La utilización de anticonceptivos para espaciar el nacimiento del primer al segundo hijo muestra una tendencia a incrementarse, aunque a un ritmo relativamente lento, sobre todo durante la última década, en comparación con los grupos de paridades mayores.

En lo correspondiente a las mujeres sin hijos registra un nivel bajo, lo que expresa una fuerte preferencia por tener al menos un hijo antes de recurrir a la utilización de anticonceptivos. La rápida difusión de la planificación familiar en el grupo de mujeres sin hijos se expresa también en una reducción de la brecha que las separa de los grupos de paridades con los niveles mayores de uso de anticonceptivos. Se considera que las parejas recién formadas están modificando el patrón, sumamente arraigado a la cultura mexicana, de iniciación temprana de la maternidad.

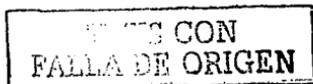
Los esfuerzos orientados a ampliar el acceso y mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar y de integrar este componente dentro de una gama más amplia de servicios de salud, bajo el enfoque de la salud reproductiva, han sido un disparador, junto con otros progresos de desarrollo económico y social, del proceso de incorporación de la práctica anticoncepriva en el medio rural. Las mujeres unidas en edad fértil de las áreas rurales practicaban la anticoncepción en niveles muy bajos; pero para

los siguientes diez años, este grupo representaba ya una tercera parte del total y, según las cifras presentadas por la Secretaría de Gobernación en el Plan Nacional de Población en el año 2000, para 1997, más de una de cada dos empleaba un método de regulación de la fecundidad, implicando que la demanda efectiva de anticonceptivos se cuadruplicara en el medio rural. Por lo que hace a las áreas urbanas, se cuenta con niveles de uso muy superiores a la rural, pero la demanda "sólo creció 1.7 veces en el mismo período de referencia"²⁷.

Como ha sido reiteradamente señalado en múltiples investigaciones, la escolaridad de la mujer está positivamente relacionada con la práctica anticonceptiva. Siempre se ha contado con información, de que a mayor escolaridad mayor el porcentaje de mujeres que utiliza un anticonceptivo para regular su fecundidad. La educación de la mujer guarda relación estrecha con el uso de anticonceptivos porque propicia en las personas actitudes de previsión y planeación; favorece una mayor capacidad de decisión, autonomía y libertad, lo que se expresa en todas las esferas de la vida privada y social; fomenta el afán de logro y superación personales, así como una alta valoración parental de los hijos. Además, la formación escolar incrementó la capacidad de comprensión y de manejo de información, comunicación y análisis, que son cualidades que favorecen la difusión de innovaciones.

Las mujeres que innovaron en el uso de métodos anticonceptivos en México fueron las de mayor escolaridad. Las mujeres más escolarizadas se incorporaron a la práctica de planificación familiar muy rápidamente. Por ejemplo "en 1976, más de una de cada dos mujeres con secundaria y más

²⁷ PODER EJECUTIVO FEDERAL. Programa Nacional de Población. Editado por Conapo. México, 1997. P. 3



utilizaba algún medio para regular su fecundidad. Este porcentaje fue alcanzado por las mujeres con primaria completa seis años más tarde; entre quienes contaban con primaria incompleta quince años después; y las mujeres sin escolaridad todavía no lo presentan²⁸.

En nuestros días, uno de los principales retos de la política de población es el de atender las necesidades de los grupos con menos recursos, con la finalidad de que puedan hacer valer su derecho a elegir cuándo y cuántos hijos tener. Los esfuerzos realizados en este sentido por la política de población y los programas de planificación familiar han favorecido una reducción de la brecha que separa a los grupos de mujeres según el nivel de escolaridad alcanzado.

²⁸ PODER EJECUTIVO FEDERAL. Plan Nacional de Desarrollo. México 1997, P. 34.

CAPÍTULO III. CONSECUENCIAS DE UNA DEMANDA NO SATISFECHA EN SALUD REPRODUCTIVA

En el presente capítulo desarrollaremos un panorama de las consecuencias que trae consigo que el Estado no satisfaga las necesidades de salud reproductiva de los habitantes del país.

Primero debemos precisar que es la salud reproductiva y de acuerdo con el Programa de salud reproductiva y planificación familiar: "por salud reproductiva se entiende el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos. El enfoque de la salud reproductiva imprime un alto valor al derecho de toda persona a regular su fecundidad en forma segura y efectiva, a cursar un embarazo y parto sin riesgos, y a tener y criar hijos saludables; a comprender y disfrutar la propia sexualidad; y a permanecer libre de enfermedad, incapacidad o muerte asociadas con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción"²⁹.

Dentro de lo considerado como salud reproductiva tenemos tres grandes rubros de los cuales se encargará ésta:

1. Planificación Familiar.
2. Salud Perinatal, y
3. Salud de la Mujer.

²⁹ PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR. S. S. A. México 1995. P. 5.

Dentro de estos rubros existen otros temas que no dejan de ser importantes por lo que los observaremos más adelante.

Como se indicó, a continuación tenemos las consecuencias de que durante muchos años el Estado no haya observado la necesidad de los grupos que integran su población para satisfacer su salud reproductiva.

1. DEMANDA NO SATISFECHA DE:

Específicamente este rubro trata de las consecuencias económicas en donde podemos observar la repercusión de la inobservancia de la salud reproductiva, así como algunos datos de las prioridades que debe cubrir el Estado a nivel económico en cuanto a la población.

Cabe hacer mención que es cierto que hasta el momento no se ha cubierto lo establecido en las leyes, pero también es cierto que el Estado ha invertido cierto capital en poner en marcha planes y programas que hasta hoy han tenido buenos resultados, aunque es necesario que se implementen mejores métodos para mejorar los resultados.

1.1. VIVIENDA.

La provisión de vivienda para llegar a satisfacer las demandas y necesidades de la estructura familiar y el cambiante tamaño de los hogares mexicanos exigirá desplegar enormes esfuerzos en materia habitacional en el futuro próximo.

Al déficit acumulado de viviendas en el país debemos añadir la demanda que en el curso de los próximos años surgirá como resultado del arribo de

generaciones todavía numerosas a la edad de contraer matrimonio y formar un hogar independiente.

En nuestro país, a la fecha se tiene un déficit de 8.8 millones de viviendas que harán falta para el año 2010, aunque se considera que los hogares aumentarán pero el número de ocupantes de viviendas disminuirá, esto a razón de que los miembros de un hogar desocuparán la vivienda para formar un hogar independiente.

Es así como el número de unidades habitacionales deberá aumentar a más del doble del actualmente existente. Además, hay que considerar el impacto ambiental y el costo de la infraestructura de apoyo como son los servicios de agua, electricidad, drenaje, carreteras, transportación, que son necesarios para la construcción de las viviendas.

1.2. EDUCACIÓN.

Hasta el momento la educación en nuestro país se ha visto insatisfecha pero se considera que dentro de algunos años comenzará a reducirse un número importante de población y por lo tanto se comenzará con otro tipo de problemas.

En este punto sólo nos referiremos a la educación que hasta el momento el Estado se encuentra obligado a prestar, según el artículo 3° de nuestra Carta Magna "Todo individuo tiene derecho a recibir educación. El Estado - Federación, Estados y Municipios- impartirá educación preescolar, primaria y secundaria. La educación primaria y secundaria son obligatorias".

La demanda del nivel preescolar se ha visto reducida ya que la tasa de fecundidad a últimas fechas se ha comprimido por lo que actualmente los

ESTAS CON
FALLA DE ORIGEN

problemas de insatisfacción de educación se han incrementado en el siguiente nivel.

Por lo que respecta al nivel primaria se considera que a partir del año 2000 comenzará a reducirse gradualmente el número de menores que requieran ese servicio, se tendrá como consecuencia de mediano y largo plazo la necesidad de disminuir el número de maestros requeridos para atender la población escolar en estas edades, pero cabe señalar que la disminución en el número de estudiantes de este nivel, permitirá que se aumente la cantidad de recursos asignados por estudiante. Una solución para combatir el desempleo de estos docentes podría ser que se transfieran al nivel de educación inmediato superior y esto implicaría intensos procesos de capacitación.

En lo referente a la población que acude a nivel secundaria, aumentará gradualmente por lo que se requerirá un aumento en la cantidad de profesores en ese nivel para poder satisfacer las necesidades de la población de ese nivel. Los efectos de ese aumento en la población se verán reflejados aproximadamente por 30 años a partir del año 2000, pero posteriormente tendremos una reducción de la demanda de esa población.

1.3. EMPLEO.

Una de las necesidades más apremiantes para toda la economía es la creación de empleos productivos con salarios que sean suficientes para proveer un nivel de vida digno y adecuado. En cada uno de los próximos 13 años ingresarán al mercado de trabajo alrededor de un millón de mexicanos más. Y aquí no hay mucho margen para la especulación, porque los que habrán de hacerlo en los próximos años ya están con nosotros.

TRABAJOS CON
FALLA DE ORIGEN

De no encontrarse medios para generar los empleos correspondientes, el país se verá sometido a una mucho mayor tensión social de la que ya vive. La población económicamente activa para el año 2010 se incrementará por lo que es de una gran necesidad que se incremente el número de empleos para los años venideros y será necesario que se ataquen estos puntos de una manera inmediata.

2. LA SALUD REPRODUCTIVA ACTUALMENTE EN MÉXICO.

En México, desde finales de los años setenta se ha encontrado que la accesibilidad a los servicios de salud se asocia con un incremento importante de las prácticas de regulación de la fecundidad. En general, los programas de planificación familiar, a través de diversos mecanismos, no sólo han logrado disminuir la brecha entre el tamaño de familia ideal y la descendencia final, sino que también han influido en las preferencias reproductivas. La influencia de los programas de planificación familiar tiene lugar mediante la expansión del acceso, la oferta y la promoción de este tipo de servicios a segmentos cada vez más amplios de la población. Se considera que la reducción de los costos de la regulación de la fecundidad, tanto por el acceso como por el uso, pueden ser un factor importante para impulsar su disminución.

La política de población se orienta a partir de dos premisas fundamentales:

- La primera se refiere a la convicción de que el mejoramiento del bienestar y la calidad de vida de las personas y las familias debe ser el fin último de los programas de desarrollo económico y social y de las estrategias para promover la regulación de los fenómenos demográficos.

- La segunda premisa se sustenta en el reconocimiento de la libertad de los mexicanos para decidir sobre su comportamiento reproductivo y sobre el asentamiento de su lugar de residencia en cualquier localidad dentro del territorio nacional.

De estas premisas se deriva la norma jurídica y ética de los programas: las estrategias y las acciones de la política de población deben realizarse con absoluto respeto a la libertad y la dignidad de las personas.

A lo largo de los últimos 26 años, la dinámica demográfica de México ha experimentado una profunda transformación. De acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Población, "la esperanza de vida al nacer, que en 1970-1975 era de 63 años, aumentó a 75.3 años en el presente año. En el mismo período, la mortalidad en el primer año de vida descendió 65 por ciento, al pasar de 71 a cerca de 25 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos. El comportamiento reproductivo de las familias también se ha modificado sustancialmente: la tasa global de fecundidad (TGF) pasó de 6.1 hijos por mujer en 1974 a 2.4 hijos en la actualidad. De continuar las tendencias observadas, se espera que en los próximos cinco años la TGF alcanzará la tasa de remplazo intergeneracional (2.1 hijos por mujer)"³⁰.

La transformación de la dinámica demográfica ha tenido lugar en amplios y diversos segmentos de la sociedad mexicana, pero sus modalidades se encuentran estrechamente vinculadas con el desigual e inequitativo proceso de desarrollo económico y social. Si bien a lo largo de estos años han disminuido de manera importante las brechas en los niveles de mortalidad y fecundidad de las entidades federativas, la transición demográfica de las

³⁰ CONAPO, Proyecciones de la población en México. México, 1999. Disquet.

regiones y grupos más desfavorecidos muestra una evolución más lenta, lo que, a su vez, se refleja en mayores demandas de empleo, educación, salud, vivienda y alimentación.

Es indudable que uno de los principales retos de la política de población en el último cuarto de siglo ha sido impulsar la desaceleración del ritmo de crecimiento demográfico. Se puede decir, sin lugar a dudas, que los avances en este sentido son notables. Sin embargo, la persistencia de importantes desigualdades y rezagos en algunas regiones del país hace necesario focalizar y reorientar algunas de las tareas de las políticas social y de población, con la finalidad de que sus objetivos primordiales puedan convertirse en una realidad para todas las personas.

En particular, en la esfera del comportamiento reproductivo, será necesario identificar los factores que favorecen u obstaculizan el ejercicio pleno del derecho de las personas y de las parejas a decidir sobre el número de sus hijos y su espaciamento. Uno de los condicionantes que impiden el ejercicio efectivo de este derecho es la persistencia de una demanda no satisfecha en materia de planificación familiar, es decir, de situaciones en las cuales una mujer que no desea tener más hijos, definitivamente o por un tiempo, no cuenta con la información y los medios para regular su fecundidad. Es absolutamente inaceptable que un gran número de personas se encuentren imposibilitadas de ejercer plenamente sus derechos reproductivos, ya sea por no contar con acceso a los servicios de salud, o bien, porque diversas barreras culturales se los impiden.

En las zonas rurales encontramos que las parejas encuentran los mayores obstáculos para ejercer de manera efectiva sus derechos reproductivos y para concretar sus preferencias reproductivas. Al respecto, cabe mencionar que las

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

necesidades no satisfechas de servicios de planificación familiar son significativamente más elevadas en las áreas rurales que en las ciudades y en las grandes áreas metropolitanas.

El grado de desarrollo de la comunidad es uno de los factores que se ha considerado como un determinante relevante del comportamiento reproductivo. La mejoría de las condiciones de vida de la población tiende a vincularse con el deseo de limitar voluntariamente el tamaño de la familia. Se podría plantear la hipótesis de que las comunidades más aisladas mantienen pautas reproductivas caracterizadas por una fecundidad elevada.

Son también múltiples las evidencias que sugieren que, en México, las instituciones públicas de salud han ejercido una influencia determinante en el cambio de la fecundidad. Es innegable que la disponibilidad de información sobre métodos anticonceptivos, la institucionalización y expansión de los servicios de planificación familiar y la legitimación pública del principio de regulación de la fecundidad han desempeñado un papel decisivo en los cambios que han tenido lugar en nuestro país en los últimos años.

En el plano individual, uno de los factores que más contribuye a la disminución de la fecundidad es el mejoramiento de la condición social de la mujer, y, en particular, de su nivel educativo. La educación favorece una mayor autonomía e independencia de la mujer y contribuye a la difusión de actitudes, valores y expectativas de vida que se asocian con una disminución de los tamaños ideales de familia.

Otro elemento que puede ejercer un efecto importante sobre las decisiones de la mujer respecto de la reproducción es el de las relaciones de género que se establecen en el seno de la familia, aunque su impacto sobre el cambio

demográfico también se ve influenciado por otras características de la vida social, económica y política. Respecto a las decisiones reproductivas, es importante que tanto la mujer como el hombre estén de acuerdo con utilizar algún medio de regulación de la fecundidad para operar esta práctica con éxito. La oposición del esposo, especialmente en situaciones de marcadas desigualdades entre hombres y mujeres respecto de quien debe tomar las decisiones reproductivas, puede ser un elemento que influya para impedir que la mujer adopte un método, pese a su deseo de no tener más hijos.

Cabe mencionar que la expansión de la oferta de servicios de salud en los últimos años ha contribuido a lograr que una proporción creciente de la población, principalmente de áreas rurales, tenga acceso a unidades médicas de diversos tipos, donde se ofrecen servicios de orientación y atención en materia de planificación familiar.

La expansión de los servicios de salud ha dado como resultado que, a pesar de la marginación que se vive en las localidades rurales, el tiempo para llegar a la unidad médica más cercana fuera menor a 30 minutos para nueve de cada diez mujeres, y que sólo una de cada diez tardara más de media hora en llegar a la unidad más cercana. La mitad de las mujeres tiene acceso a servicios de primer nivel en menos de media hora, y únicamente una de cada diez mujeres no puede acceder a ninguno de los servicios médicos en este tiempo. Además, casi tres de cada cuatro mujeres tardan menos de una hora en trasladarse al hospital más cercano, mientras que una de cada siete mujeres requiere invertir más de una hora y media.

En cuanto a los aspectos de tipo sociocultural vinculados con la planificación familiar, es notable el hecho de que una de cada cuatro mujeres señala no platicar con su pareja sobre cuestiones de planificación familiar. Existen

algunas otras mujeres que declaran que su pareja se opone a la planificación familiar, además otro porcentaje reconoce no saber qué opina su pareja al respecto. Estos aspectos reflejan no sólo la falta de comunicación en la pareja, sino también el papel predominante que puede jugar el hombre en la toma de decisiones reproductivas.

La accesibilidad de los servicios de salud se asocia sistemáticamente con la prevalencia de uso y la demanda no satisfecha de servicios de planificación familiar. En general, el hecho de que el acceso a los servicios de salud sea relativamente razonable —menos de una hora y media—, contribuye a un mayor uso de métodos anticonceptivos y a una menor demanda insatisfecha.

Entonces los factores que influyen en el bajo índice de planificación familiar son: el grado de marginación, el número de servicios de comunicación y esparcimiento que existen en la localidad (teléfono, telégrafo, correos y cine), la edad de la mujer, la paridad, el nivel de escolaridad, la situación respecto de si platica con su pareja sobre cuestiones de planificación familiar, y si su pareja está de acuerdo con la planificación familiar.

La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos aumenta conforme las condiciones de desarrollo de la localidad de residencia de la mujer son más favorables, "la proporción de mujeres que usan anticonceptivos es 30 por ciento mayor en localidades con baja marginación que en localidades con alta marginación. Existe también una mayor proporción de usuarias conforme aumenta el número de servicios de comunicación y esparcimiento en la localidad, aunque la diferencia es menor. La prevalencia del uso más baja se presenta entre las mujeres más jóvenes, de 15 a 19 años. Conforme aumenta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

la edad se incrementa la proporción de usuarias, hasta alcanzar su nivel más elevado entre los 30 y los 34 años³¹.

El número de hijos de la mujer es un factor importante en la determinación del uso de anticonceptivos. Conforme aumenta la paridad, el porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos también se incrementa. Entre las mujeres sin hijos, la prevalencia de uso es menor.

En cuanto a la escolaridad de la mujer, se confirma que conforme aumenta el nivel de escolaridad mayor es el uso de métodos. Es importante destacar que el hecho de que la mujer no tenga instrucción o tenga sólo primaria incompleta no representa una diferencia significativa en la probabilidad de usar un método anticonceptivo. La diferencia más notable se presenta entre estas mujeres y las que tienen primaria completa o secundaria y más.

Otro aspecto relevante tiene que ver con la ausencia de diálogo en pareja sobre cuestiones vinculadas con la planificación familiar, la cual tiene el efecto de limitar a la mujer para que recurra a los métodos de regulación de la fecundidad.

Por otra parte, la postura del hombre respecto de la planificación familiar influye notablemente en el uso de métodos, el cual es aproximadamente del doble cuando el hombre está de acuerdo con esta práctica que cuando no lo está; es decir cuando el esposo o compañero no está de acuerdo con el uso, y a esto le agregamos un incremento en el tiempo de traslado entre la comunidad de residencia y el hospital más cercano disminuye de manera importante la práctica anticonceptiva y por el contrario, cuando sí está de

³¹ CONAPO, Índices de marginación. Editado por Conapo. México 1998. P.26

acuerdo el factor de acceso no hace grandes diferencias en la proporción de usuarias.

En general, la prevalencia de uso aumenta conforme es mayor la accesibilidad física a los servicios de atención hospitalaria. Sin embargo, este efecto es menos relevante entre las mujeres cuyo esposo está de acuerdo con el uso de los métodos, mientras que es bastante más importante cuando el esposo no está de acuerdo.

Un valor esencial de la política de población de México es el reconocimiento y el respeto del derecho de las personas a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos. Sin embargo, debido a una serie de condicionantes institucionales, económicos, sociales y culturales, no todos los individuos pueden ejercerlo plenamente. En este marco axiológico de libertades ciudadanas, el objetivo fundamental de la política de población consiste en procurar una armonía entre la regulación de la dinámica demográfica y el ritmo de desarrollo económico y social, de manera que los beneficios de éste último sean accesibles a todos los mexicanos.

3. CONCENTRACIÓN Y DISPERSIÓN DE LA POBLACIÓN.

La tendencia predominante hace relativamente pocos años era la concentración de la población en unas cuantas ciudades del país, en especial en la región centro del territorio nacional. Actualmente se ha modificado un poco esta tendencia, dando paso a una distribución más amplia de la población en los centros urbanos de diversas dimensiones. Los movimientos migratorios de carácter urbano y metropolitano han cobrado mayor importancia debido a la inercia urbanizadora y la tendencia a la desconcentración urbana. Existe un crecimiento muy acelerado de la

población que nos sirve para fundamentar lo anterior, ya que ciudades como Puebla, Toluca y Cuernavaca, se han unido en una vasta zona megalopolitana con centro en la Ciudad de México.

La menor atracción migratoria ejercida por las grandes metrópolis, debido a los problemas vinculados con el deterioro de la calidad de vida, se refleja en su más lento crecimiento y, por tanto en una declinación de la proporción de la población urbana que vive en ellas.

Existen las llamadas ciudades intermedias que "son consideradas como aquellas que cuentan con una población de entre 100 mil y un millón de habitantes"³², hasta el momento se han convertido en centros de atracción de población y se considera que en un futuro desempeñarán un papel predominante en la vida económica y demográfica del México urbano.

3.1. NÚCLEOS DE POBLACIÓN.

En este rubro debemos establecer los llamados grupos prioritarios para la salud reproductiva dentro de los que tenemos:

A.- ADOLESCENTES.

Como todos sabemos la adolescencia es el período de vida comprendido entre los 10 y los 19 años de edad, una etapa crucial donde ocurren cambios biológicos muy importantes para los individuos, como la pubertad que condiciona el inicio de una vida sexual y reproductiva y también es donde se construyen los proyectos de vida.

³² IDEM. P. 6

La población adolescente se ha duplicado, es primordial en esta etapa que por medio de la planificación familiar se oriente al adolescente para que posponga el nacimiento de su primer hijo y a su vez evitar un embarazo no deseado. Se considera que un embarazo en una mujer menor de 20 años es de alto riesgo, tanto para la madre como para el producto y si a eso le aunamos que el embarazo no fue deseado se truncan los proyectos de vida, se contribuye con eso a la deserción escolar y a su vez se puede dar una incidencia en la práctica de los abortos.

Cabe señalar que este núcleo de población también enfrenta otro tipo de problemas como son las enfermedades de transmisión sexual -sífilis, gonorrea, clamidiasis, herpes genital, etc- y las adicciones -el tabaquismo, el alcoholismo y el uso de drogas ilícitas-, estos son temas que corresponden también a la salud reproductiva.

B.- POBLACIÓN INDÍGENA.

Son todos aquellos pobladores del país que pertenecen a alguno de los 62 grupos étnicos, que podemos encontrar en nuestro territorio, éstos cuentan con pluralidad cultural lingüística. Existen en ellos altas tasas de fecundidad y morbimortalidad materna, perinatal e infantil que los convierten en un grupo prioritario en materia de salud, además de que son considerados como tal, debido a que en muchas ocasiones sus costumbres o tradiciones no les permiten llevar a cabo prácticas de planificación familiar.

C.- POBLACIÓN MASCULINA.

Como se mencionó con antelación, la salud reproductiva es cuestión de pareja, sin embargo, durante mucho tiempo la mujer ha tomado la

responsabilidad del proceso reproductivo y de las decisiones en la planificación de la familia.

A partir de 1994 se ha buscado que el varón tenga una participación más activa en cuestiones reproductivas en participación con su pareja. Una de las primeras soluciones fue la implementación de métodos anticonceptivos para el varón, podemos hablar del condón, éste con una doble función, primero que como método de barrera regule la fertilidad y por otro lado la prevención de enfermedades de transmisión sexual, pero también se implementa la vasectomía sin bisturí como un método anticonceptivo permanente.

D.- LA MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA.

Las mujeres en edad reproductiva constituyen el universo principal al que se dirigen los programas de planificación familiar y de salud perinatal, de prevención de enfermedades de transmisión sexual y, aunque aún incipientes, los programas de atención a la infertilidad.

Las mujeres mayores de 24 años constituyen el grupo mayoritario al que hay que atender en cuanto a salud reproductiva, no únicamente en planificación familiar, sino también en cuanto a las enfermedades neoplásicas de la mujer como son el cáncer cérvico uterino y mamario.

3.2. CAUSAS DE EMIGRACIÓN DE LA POBLACIÓN.

La reestructuración económica y la intensa relocalización de los procesos productivos han impulsado, cambios en el volumen, modalidades de la migración interna, expresados en un incipiente proceso de redistribución en la población. Debido a lo anterior se debe contar con una política de

distribución territorial de la población y de migración tanto interna como externamente.

Para materializar las aspiraciones de una distribución territorial de la población y un desarrollo regional más equilibrado, el Estado requiere impulsar, entre otras condiciones, el fortalecimiento de los estados y municipios. Lo anterior implica definir claramente su papel en el esquema de distribución de atribuciones, competencias y responsabilidades de la administración pública, una mayor y mejor coordinación entre los diferentes órdenes de gobierno y consolidación de las capacidades técnicas, administrativas y financieras de los estados y municipios, para que asuman plenamente sus respectivas soberanías y logren movilizar su potencial productivo.

Entre las principales causas de emigración de la población en nuestro país tenemos:

- a. La deficiencia de los servicios públicos.
- b. La falta de empleo.
- c. Lo anterior conlleva a una escasez de recursos para la manutención del hombre.
- d. Otro factor es el avance del país hacia una economía más abierta. Este avance repercutirá en un futuro en las transformaciones importantes en el sistema nacional de ciudades. Es decir, las ciudades que tienen vínculos con el exterior, ampliarán sus mercados laborales y esto incidirá en la dirección y la magnitud de los flujos migratorios y provocará cambios aún más intensos en la distribución territorial de la población.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estas son algunas de las causas de emigración de la población tanto a nivel nacional como internacional. Por ello se hace inminente un reajuste en los servicios del país, ya que no es suficiente dotar de infraestructura social y productiva al ciudadano, sino también, es necesario que esa infraestructura responda a las demandas de la población, así como que sea proporcionada con calidad y eficiencia.

Para que las ciudades puedan enfrentar los retos que las magnitudes, orientaciones y modalidades de los flujos migratorios les plantean, es de mucha importancia una mayor descentralización de las decisiones y los recursos. Las ciudades en crecimiento deben buscar formas de financiamiento que les permitan llevar a cabo las acciones requeridas por la población. Esas acciones de fomento del desarrollo deben ser muy efectivas para lo que es necesario combinar políticas sectoriales como espaciales.

4. IMPACTO EN LA POBLACIÓN RURAL Y LA DEGRADACIÓN AMBIENTAL.

El país enfrenta una compleja problemática ambiental. La explotación irracional de los recursos naturales, la deforestación, la erosión del suelo y la desertificación, la pérdida de suelo orgánico por salinización, la contaminación del aire y el agua, la acumulación de residuos tóxicos, son solo algunos de los ejemplos que podemos mencionar como los fenómenos que constituyen un grave deterioro ambiental fuertemente interconectados con causas múltiples e interrelaciones complejas.

El padrón de ocupación del territorio que adopta la población rural no sólo responde a la diversidad y potencialidad de los recursos naturales, sino también se moldea en función de los usos del suelo y de las formas de

apropiación de los recursos, que van estableciendo zonas con diferentes tipos de actividades y funciones productivas, y generan condiciones que favorecen un determinado tipo de poblamiento. Se esperaría que las funciones de distintas áreas fueran complementarias; sin embargo, se observa en zonas de bajo nivel de desarrollo una jerarquización de paisajes de acuerdo con el potencial de los recursos y el tipo de explotación agropecuaria.

En México las características del sector agrícola en las regiones se combinan con las de población y su crecimiento, provocando cambios en el uso del suelo, extensión de la frontera agropecuaria y movimientos migratorios, procesos que pueden causar deterioro al medio ambiente, en función de los sistemas productivos imperantes escasez y acceso a la tierra y el agua, y las políticas productivas y financieras, entre otros factores.

Existen estudios que reflejan evidencias que en algunas regiones existe una estrecha relación entre el aumento de la población y la presión sobre los recursos naturales provocando su deterioro, existen otras que a pesar de haber una baja densidad y crecimiento, también han ocurrido procesos de deterioro. Lo anterior indica que los diferentes resultados advierten sobre lo relativo a las interacciones, que estarían mediadas por el funcionamiento del sistema socio productivo en el cual se inscriben, en concordancia con las características del medio biofísico.

A continuación se presenta un análisis del Estado de Puebla y de la situación de la Sierra Norte para buscar los posibles mecanismos y relaciones entre la dinámica de la población y el deterioro ambiental con la finalidad de observar procesos importantes de fragmentación de las unidades de producción y ampliación de la frontera agropecuaria, ligados a la deforestación, que estaríamos señalando el crecimiento de la población en un

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

entorno de escasez de tierras, fragilidad del ecosistema y pobreza que veremos traducidos en un deterioro ambiental.

4.1. LA SITUACIÓN SOCIO-AMBIENTAL EN EL ESTADO DE PUEBLA.

A efecto de ejemplificar lo descrito en los párrafos anteriores hablaremos en el presente punto de la situación que se vive en el Estado de Puebla. Dentro de esta entidad federativa, la población rural ha ido en aumento, aunque el crecimiento de la población ha sido menor, y actualmente presenta una densidad de población relativamente alta que ha generado una gran presión sobre los recursos de la zona, esto en razón de las condiciones de pobreza y marginación de la población.

Precisamente las condiciones de escasez y acceso a la tierra, han provocado que algunos agricultores se vean obligados a subdividir sus tierras, por lo tanto las parcelas son cada vez más pequeñas, y otros han buscado nuevos espacios de residencia, bien en ciudades o en lugares donde se cuente con un mejor acceso a la tierra. Precisamente se provoca migración y extensión de la frontera agrícola que producen deterioro ambiental, como es la deforestación.

En Puebla se encuentran representadas varias de las características físicas del medio ambiente rural nacional, como son la diversidad climática, de suelos y recursos hídricos que podemos observar en su gran variedad de fauna y vegetación en cinco de las zonas ecológicas.

Las características físicas y recursos naturales del estado, junto con los diferentes tipos de tenencia de la tierra, han dado lugar a una producción diversificada.

Puebla ha sido una de las entidades con mayor marginación y rezago demográfico en el país, lo que se aprecia en sus altos niveles de fecundidad y mortalidad, "...en 1996 ocupaba el tercer lugar en cuanto a la tasa global de fecundidad, con 3.3 hijos promedio por mujer"³³

Una característica del patrón de asentamientos humanos en Puebla es la dispersión de una parte considerable de la población en pequeñas localidades del tipo rural. La alta concentración demográfica en muy pocas áreas, y el gran número de localidades rurales, algunas de ellas distantes de un centro de población urbano o de alguna carretera o camino, ha contribuido a que se genere una gran desigualdad en los niveles de desarrollo y en las condiciones de vida de la población en los municipios que conforman el estado.

Podemos decir que se observa una gran desigualdad en los niveles de desarrollo y en las condiciones de vida de la población en los municipios que conforman esta entidad federativa, ya que como se mencionó anteriormente, en el estado se encuentran altos índices de marginación, en la gran mayoría de los municipios de la entidad, lo que trae como resultado importantes carencias en materia de educación, servicios y salud, entre otros.

Además en la entidad se observa un gran desequilibrio ecológico relacionado muy estrechamente con la forma de utilización de los recursos naturales y por lo tanto el estado sufre problemas de deforestación, disminución en la calidad y la cantidad del agua, empobrecimiento y contaminación del suelo.

³³ Consejo Nacional de Población, Situación demográfica del estado de Puebla, México. 1996. P. 15

4.2. LA SIERRA NORTE.

La región de la Sierra Norte es una de las áreas boscosas más importantes del estado y cuenta con la mayor extensión de superficie forestal y potencial productivo. La delimitación de esta región corresponde a la división territorial elaborada por Bassols quien dice "esta delimitación responde además a características ambientales (problemas de deforestación), y se puede considerar una unidad en términos fisiográficos y de identidad étnica y cultural (alto porcentaje de población indígena, población que reconoce y se integra a partir de formas específicas de organización para la producción, celebración de festejos, costumbres, expresiones artísticas y artesanales)"³⁴

La ubicación de esta región, características geográficas y desarrollo histórico, han conformado una región con un gran número de indígenas, con una economía poco diversificada, enfocada principalmente a actividades primarias con presencia de cultivos tradicionales, como el maíz y el frijol, y cultivo de café como principal producto comercial. La región esta integrada por 46 municipios y es habitada por comunidades indígenas que principalmente hablan las lenguas náhuatl y el totonaca.

5. DEMANDA NO SATISFECHA EN CUESTIONES REPRODUCTIVAS INDÍGENAS.

México es un complejo mosaico cultural y étnico en el que coexisten por lo menos 60 diferentes grupos indígenas, cada uno de los cuales se caracteriza por valores culturales, idioma e identidad propios, así como por la forma de organización social y modalidades específicas de vincularse con la naturaleza,

³⁴ BASSOLS Batalla, Ángel. México: Formación de Regiones Económicas, influencias, factores y sistemas. UNAM. México 1979. P. 18.

de organizarse para el trabajo y de regirse por las normas y leyes que dicta su tradición.

La demanda insatisfecha en el ámbito de reproducción ha disminuido tanto a nivel urbano como rural, en este rubro podemos establecer a las mujeres que se encuentran expuestas a un embarazo y que no usan un método anticonceptivo, pero que su deseo expreso es querer limitar o espaciar su descendencia.

Lo anterior no lo podemos observar en la comunidades indígenas, donde debido a caracteres antropológicos sociales, donde las costumbres o pensamientos religiosos se ven todavía muy enraizados, y esto se considera como una limitante para el buen funcionamiento de la salud reproductiva en las familias de esta parte de la población. Los niveles de uso de métodos anticonceptivos y de demanda no satisfecha están determinados por una amplia variedad de factores de tipo socioeconómico, demográfico y cultural. El patrón de uso y de demanda no satisfecha varía de acuerdo con diversas características de la mujer y del entorno en que se desenvuelve su vida cotidiana.

A lo antes mencionado debemos agregar que la gran mayoría de la población indígena del país comparte una situación de pobreza extrema y vive en condiciones sumamente precarias; padece graves rezagos en materia de vivienda, infraestructura básica y atención de la salud; experimenta elevadas proporciones de analfabetismo e inasistencia escolar; sufre altas tasas de desempleo y subempleo y participa en actividades de baja productividad, además de enfrentar un serio deterioro de su hábitat natural. La demografía de los grupos indígenas está estrechamente asociada a la pobreza y el rezago socioeconómico, caracterizada generalmente por un patrón de dispersión y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

aislamiento de su población, altas tasas de fecundidad, así como un perfil epidemiológico con una mortalidad relativamente temprana y una elevada morbilidad, debido a infecciones intestinales y respiratorias, lesiones y desnutrición.

Es así como la política de población, se ha convertido en parte fundamental de los esfuerzos orientados a promover el bienestar de los pueblos indígenas, tiene la responsabilidad de adecuar sus estrategias y acciones a las condiciones, necesidades, aspiraciones y especificidades de estos grupos. Esta propuesta es consistente con el espíritu y letra del Artículo Cuarto Constitucional, al reconocer que el carácter multicultural y pluriétnico, fundado originalmente en sus pueblos indígenas, constituye la riqueza y sustento primordial de la nación mexicana. Este reconocimiento reitera el principio de la igualdad entre los mexicanos, pero a partir de la aceptación de la pluralidad étnico-cultural de nuestro país y del derecho de los pueblos indígenas a ser y seguir siendo diferentes.

Un factor importante para llevar a cabo los cambios necesarios en cuanto a la demanda insatisfecha de salud reproductiva en las poblaciones indígenas es la educación, ésta podrá contrarrestar un poco los factores antrosociales de los individuos que habita en ellas. En general, los estados de menor desarrollo económico y social, como Chiapas y Oaxaca, muestran los menores avances en cuanto a la expansión de los niveles educativos. Estos estados también se caracterizan por contar con un ritmo de crecimiento demográfico más intenso. La conjunción de estos factores tiene como consecuencia que estos estados requerirán realizar los mayores esfuerzos para disminuir las diferencias en la cobertura de educación secundaria entre las entidades federativas, y para lograr su universalidad en los próximos veinte años.

De acuerdo con los resultados de este ejercicio, cada una de las entidades federativas enfrentará complejos desafíos para superar los graves rezagos acumulados, los cuales condicionan incluso el ejercicio de algunos derechos fundamentales, como es el caso del derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo.

5.1. PRINCIPALES GRUPOS ETNOLINGÜÍSTICOS.

La población indígena de México tiene en común un referente étnico que surge del pasado prehispánico y colonial de los pueblos mesoamericanos, los cuales comparten ciertos elementos culturales, modos de producción y reproducción, un pasado y a menudo un territorio. No es que las etnias sean homogéneas ni que sus integrantes participen todos de igual manera en los diversos aspectos de una cultura única: hay diferencias, desigualdades, complementariedades y aún contradicciones que en coexistencia, crean dinámicas socioculturales particulares.

La diversidad no sólo es cultural sino que responde también a pautas de organización regional, que en muchos casos provienen de procesos históricos que generan sistemas sociales portadores y creadores de culturas que traspasan las identidades étnicas y llegan a crear particularidades regionales.

Parte de la riqueza cultural de nuestro país se refleja a través del número de lenguas indígenas habladas. A ellas se les reconoce como un símbolo privilegiado de los procesos de identificación cultural y de afirmación étnica de la población. Por esto, el número de hablantes de lenguas indígenas, se ha considerado como el indicador básico de aproximación a la cuantía y diversidad de la población indígena, aunque hay que mencionar que existen otros factores que nos van a determinar el carácter indígena de una

población, como pueden ser los rasgos físicos, el vestido o el propio reconocimiento de pertenencia, todos ellos de difícil captación estadística.

Para poder llevar a cabo una determinación de la población indígena, se han combinado con el territorio de residencia o el hogar de pertenencia estas características que permiten ubicar a la población hablante de lengua indígena con otra que no la habla pero que sin embargo se puede considerar como indígena:

MUNICIPIOS PREDOMINANTEMENTE INDÍGENAS. Son aquellos donde se considera como población indígena a la población de los municipios con 40% o más de hablantes de lengua indígenas.

POBLACIÓN EN HOGARES INDÍGENAS. Donde se define como indígena a toda la población que pertenece a algún hogar en el que el jefe o su cónyuge hablan alguna lengua indígena. Este último enfoque es importante para el análisis de la población urbana donde a menudo la población hablante de la lengua indígena es relativamente bajo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO IV. PROPUESTAS TENDIENTES A SOLUCIONAR EL PROBLEMA EN CUESTIÓN.

En este capítulo abarcaremos algunas posibles propuestas que hemos desarrollado para dar cumplimiento a los ordenamientos jurídicos y así satisfacer una necesidad de los ciudadanos así como un derecho, con el que cuentan según nuestro máximo ordenamiento jurídico, que verá reflejados sus resultados en una mejor calidad de vida de toda nuestra población.

Lo anterior sólo será posible a través de la concientización de los pobladores de nuestro país y sólo se puede llegar a esto en medida de la información sobre las consecuencias de un gran crecimiento demográfico, aunque cabe destacar que en la actualidad ya muchos estamos sufriendo los estragos de este fenómeno, como son la falta de empleo, la deficiencia en la calidad de servicios públicos, así como el detrimento del medio ambiente y como consecuencia de ello, mayores enfermedades y la imposibilidad de que nos desarrollemos en un medio apto para cubrir las necesidades de nuestro cuerpo y espíritu. Así, el Estado se ha visto en la necesidad de regular por medio de leyes el fenómeno de población, por lo cual surgieron ordenamientos como el que estudiaremos a continuación.

1. INCUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 24 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE POBLACIÓN.

La Ley General de Población cuenta con un reglamento que precisamente establece las políticas en materia de población que debe seguir el Estado.

El reglamento específicamente es cuestión de estudio en su artículo 24 donde nos habla de los programas de población y dice:

***Artículo 24.** Los programas de población procurarán:

- I. Vincular a la familia con los objetivos nacionales de desarrollo;
- II. Fomentar el fortalecimiento de los lazos de solidaridad entre los integrantes de la familia;
- III. Revaluar el papel de la mujer y del varón en el seno familiar;
- IV. Evitar toda forma de abuso, coerción, violencia o discriminación individual o colectiva, hacia las mujeres.
- V. Promover la igualdad de derechos y obligaciones para mujeres y hombres en el seno de la familia y la participación de sus integrantes en un marco de relaciones de corresponsabilidad, así como establecer medidas para impulsar la igualdad social y económica entre la mujer y el varón;
- VI. Fomentar la participación igualitaria de la pareja en las decisiones relativas a planificación familiar;
- VII. Fomentar decisiones libres, informadas y conscientes en relación con los derechos y obligaciones que adquieren las parejas al unirse en matrimonio, el número y espaciamiento de los hijos y en la transmisión de los valores familiares y cívicos;
- VIII. Diseñar campañas y llevar a cabo acciones que sensibilicen a la población acerca de la violencia contra la mujer en todas sus formas, así

TESIS CON
TALLA DE ORIGEN

como en cuanto a las repercusiones que este problema social ejerce sobre el desarrollo integral de la mujer y la familia, y que contribuyan a prevenir la violencia en el seno familiar y a fortalecer especialmente en los menores, adolescentes y jóvenes una cultura de respeto a los miembros de la familia y a la dignidad de la mujer, y;

- IX. Poner en marcha programas de información acerca de los derechos de las víctimas de violencia familiar y de los centros de servicio para la familia en materia de atención a las mismas, así como de aquellos dirigidos a rehabilitar agresores”.

La cuestión que es importante de este artículo 24, en lo que corresponde a nuestro presente estudio, es la fracción VII, que como ya se estableció con antelación nos habla de la obligación del Estado de fomentar decisiones libres informadas y conscientes en relación con los derechos y obligaciones que adquieren las parejas al unirse en matrimonio, el número y espaciamiento de los hijos y en la transmisión de los valores familiares y cívicos. Cabe resaltar que la disposición en comento nos habla específicamente de las parejas que se unen en matrimonio.

Como observamos en el capítulo anterior el Estado sí ha generado campañas para dar cumplimiento de lo establecido en el multicitado artículo 24 del reglamento de la Ley General de Población, pero hasta el momento no ha sido atacado un número muy importante de la población, específicamente los adolescentes y la población indígena, entonces hablamos de las parejas que deben unirse en matrimonio, esta institución del matrimonio la encontramos en todos los estratos sociales, edades o culturas, entonces una forma de combatir la falta de información en estos núcleos de población —adolescentes

e indígenas- es a través de la institución matrimonial y es precisamente antes de contraer las nupcias cuando se les puede obligar a que se informen.

Es así como nosotros proponemos campañas más intensas y con miras específicas para esos grupos que hasta el momento no cuentan con el tipo de información adecuada a sus necesidades.

Como se mencionó, la política de población reclama un enfoque integral, claramente inserto en las prioridades del desarrollo social, que debe propiciar un cambio de mentalidad del individuo que fomente también una alta valoración parental de los hijos y que se reflejará en una cultura demográfica sobre las repercusiones de la población en el medio ambiente.

2. DAR CUMPLIMIENTO A LA DISPOSICIÓN ANTERIOR A TRAVÉS DE UN CURSO.

Como ya mencionamos una manera de cumplir con la disposición establecida en el Reglamento de la Ley General de Población sería a través de un curso, mismo que deberá tener el carácter de obligatorio, es decir que se genere como un requisito más para las personas que se encuentren interesadas en contraer matrimonio.

Este curso cumpliría con el proceso de orientación-consejería que debe brindar el Estado, proporcionando información en salud sexual y reproductiva para la adopción de algún método anticonceptivo post-aborto que prevenga embarazos no planeados, con el absoluto respeto a la decisión libre de las pacientes.

Consideramos que el curso debe reunir requisitos básicos sobre salud reproductiva que como ya se mencionó, deberá abarcar temas no sólo de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

planificación familiar, sino también de salud perinatal, así como de salud de la mujer.

2.1 PROGRAMA DEL CURSO.

El curso debe contener principalmente los temas relacionados con la salud reproductiva, como son:

- A) Planificación Familiar,
- B) Salud de la Mujer, y
- C) Salud Perinatal.

Los temas son importantes para los futuros matrimonios, donde se tiene que fomentar la conciencia que los temas arriba citados son problema de la pareja y no sólo de la mujer, ya que durante mucho tiempo ha sido ella quien ha tomado en sus manos la responsabilidad del proceso reproductivo y de las decisiones de la planificación de la familia.

2.2 DURACIÓN DEL MISMO.

Nuestra propuesta es que el curso sea lo más cómodo posible para los contrayentes, ya que la mayoría lo verá como una carga más para contraer matrimonio, pero también debe cumplir con el objetivo que será informar a la población acerca de la salud reproductiva.

A consideración nuestra bastarán un promedio de 4 a 5 horas para la impartición de dicho curso, ya que se considera como tiempo suficiente para mantener una plática informativa con los contrayentes acerca de los temas

básicos y dejar una pauta para que los interesados sigan asistiendo a pláticas posteriores.

2.3 INSTITUCIÓN QUE DEBE IMPARTIRLO.

Como bien lo establece la Constitución en el artículo 4 párrafo tercero "Toda persona tiene derecho a decidir de manea libre, responsable e informada sobre el número y espaciamento de sus hijos" y por su parte las leyes secundarias, como es la Ley General de Población, establecen que el Estado tiene la obligación de establecer las políticas de población, entonces podemos deducir que el encargado de brindar la información que tutela el artículo mencionado es el Estado.

En base a lo anterior se propone que la institución encargada de impartir el curso sea alguna de Salud Pública como es el Centro de Salud o instituto dependiente de la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Si bien es cierto que en las instituciones señaladas se brinda información acerca de salud reproductiva, también es cierto que estos talleres o cursos no son obligatorios y nuestra propuesta es que el curso sea obligatorio para todas las parejas que deseen contraer matrimonio.

Otro punto referente es que en la actualidad la institución del matrimonio ya no es vista como hace algunos años, es decir se ha dejado de creer en la institución matrimonial, y por lo tanto se estaría generando una carga más a todos los requisitos del matrimonio, pero es allí donde entra el poder del Estado, hasta el momento las personas cumplen con lo que se les obliga únicamente y no realizan cosas que son por su bienestar o el de la sociedad,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ya que el individuo es egoísta por naturaleza y por lo tanto se le tendría que comenzar a coaccionar para crearle conciencia de las necesidades tanto de la población en general, así como de las que en un futuro le beneficiarán individualmente.

En cuanto a los métodos que podrían aplicar las autoridades para impartir este curso tenemos precisamente que los contrayentes acudan directamente a la institución que lo imparta y que por medio del personal capacitado para ello se le de el curso. Otro medio que podría servir es precisamente, utilizar el Internet, así las personas podrían tomar el curso desde la comodidad de su casa o de un lugar cercano a ésta.

Debemos considerar que se debe crear un programa de computación para llevar a cabo la impartición del curso.

3. EDUCACIÓN SEXUAL BÁSICA A NIVEL NACIONAL A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA ASIGNATURA DENOMINADA “EDUCACIÓN PARA LA SALUD”, CON LA FINALIDAD DE FOMENTAR LA SALUD REPRODUCTIVA.

La educación es uno de los factores que tiene mayor influencia en el comportamiento de la población, ya que contribuye a transformar la mentalidad de los individuos, favoreciendo así la adopción de nuevos valores e ideales y promueve patrones culturales que facilitan el cambio.

Por ello los programas de educación y comunicación en población son un medio estratégico, ya que promueven el cambio mental respecto al significado de la vida, la procreación y percepción de los beneficios que ésta

conlleva, siendo estos aspectos esenciales para impulsar el cambio demográfico.

El punto que antecedió trata básicamente de información para las personas que desean contraer matrimonio pero también debemos pensar en los núcleos de población que no desean unirse bajo esa formalidad o que aún no se encuentran preparados para ello, por lo tanto con la educación se podría combatir esos núcleos que no se encuentran en la situación descrita. Uno de los puntos sobre los que versa la política de población es precisamente la educación, es por ello que las acciones de salud reproductiva deben incluir este tema de la educación sexual hacia toda la población como un medio de acceso a los servicios de planificación familiar y así fortalecer la prevención del embarazo no planeado y el aborto inducido.

Es necesario que al individuo se le inculquen valores a través de la educación y es por esto que se hace necesaria la impartición de una asignatura que trate los temas de sexualidad, en esta materia que podría denominarse Educación para la Salud se pueden tocar temas sobre salud reproductiva y también de otros tipos de salud del individuo.

En la fase anterior se habló de alguna manera de que el Estado puede mantener informada a la población sobre la sexualidad, pero ésta es enfocada a los menores, entonces las instituciones de salud en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y sus órganos facultados para ello deben fijar los contenidos del programa de la asignatura, así como los métodos para enseñarla.

3.1 ALGUNOS DE LOS CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE DICHA ASIGNATURA.

Es importante hacer mención de los posibles puntos a tratar en esta materia que debe ser impartida desde el nivel primaria. Anteriormente se consideraba que a los niños no se les debía enseñar en cuanto a las cuestiones sexuales, pero actualmente es muy importante que los niños y jóvenes conozcan de sexualidad y por lo tanto de salud reproductiva.

Aquí sólo trataremos algunos de los temas que consideramos necesarios dentro de esa asignatura para dar cumplimiento a nuestra propuesta, por lo tanto dejamos abierta la posibilidad de que se toquen otros relacionados con la salud del individuo y no sólo de salud reproductiva que es básicamente nuestra propuesta.

a) Planificación familiar.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada el número y el espaciamiento de sus hijos, artículo 4 párrafo tercero de nuestra Constitución . La planificación familiar, es precisamente dar cumplimiento a este ordenamiento, informarnos de los beneficios y consecuencias de tener hijos y así de una manera responsable adentrarnos en la materia de crear una nueva vida.

La Planificación Familiar nos permite conocer acerca de:

- Información y comunicación educativa y social.
- Anticoncepción Post-evento Obstétrico.
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- **Salud Sexual y Reproductiva de los(as) adolescentes.**
- **Prevención y manejo de la infertilidad.**

Es así como debemos hacer hincapié en los beneficios que trae consigo la Planificación Familiar entre los que tenemos que:

- ☑ **Contribuye a disminuir la morbimortalidad materna al prevenir embarazos no planeados, no descados y de riesgo.**
- ☑ **Es auxiliar en la disminución de la práctica de los abortos inducidos.**
- ☑ **El espaciamiento de los embarazos contribuye a disminuir la morbilidad neonatal y de niños menores de 5 años.**
- ☑ **Incrementa la calidad de vida y contribuye al bienestar de la pareja, la familia y la comunidad.**
- ☑ **Los métodos anticonceptivos actuales son altamente seguros y efectivos y por lo tanto proporcionan beneficios a la salud de la población usuaria.**
- ☑ **La oferta amplia de métodos anticonceptivos permite satisfacer las demandas y requerimientos de las parejas en las diversas etapas de su vida reproductiva.**
- ☑ **Fortalecimiento de la condición de la mujer y la equidad de géneros.**

Contribuye a disminuir la tasa global de fecundidad y propicia un crecimiento más armónico de la población.

Mejora la relación de la población con su entorno ambiental.

Es necesario que los pobladores de todo el territorio nacional se encuentren conscientes de los beneficios de la planificación familiar, así como de las repercusiones que conlleva la no planificación de la familia.

b) Salud perinatal.

Este componente permite conocer sobre los siguientes temas:

- Salud Perinatal con enfoque de riesgo, incluyendo atención prenatal, del parto, del puerperio y los cuidados del recién nacido.
- Atención del aborto incompleto y sus complicaciones.
- Promoción y fomento de la lactancia materna exclusiva y del alojamiento conjunto.
- Prevención de defectos del nacimiento.
- Reanimación neonatal.

El aborto hasta el día de hoy pensamos que no debe ser visto como un medio anticonceptivo, ya que de hecho en nuestra legislación se encuentra prohibido, además de ser un tema que por su propia naturaleza resulta ser muy difícil su discusión en las diferentes áreas de la sociedad. Hasta el momento los lugares donde se practica son clandestinos y podría traer consigo otras complicaciones severas de salud para la mujer.

El tema de Salud Perinatal al igual que el que precede consideramos que ya debe ser tratado en niveles de educación más avanzados debido a que son importantes para el buen desarrollo de las y los adolescentes y en casi todo los casos son temas que no se tratan en el seno familiar pues nuestra idiosincrasia no está preparada para ello.

c) Salud de la mujer.

La mujer como ya se mencionó es la más perjudicada en el ámbito de la planificación familiar ya que es precisamente ella quien ha tenido la mayor carga sobre el uso de los métodos anticonceptivos.

Este componente se encarga del estudio de:

- Servicios integrados de atención a la mujer.
- Prevención, diagnóstico, control y vigilancia epidemiológica de los cánceres cérvico uterino y mamario.
- Estudio y manejo del climaterio y la menopausia.
- Perspectiva de género en la salud reproductiva.

El Marco Normativo que rige las acciones de Salud de la Mujer es:

La Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino.

Recientemente se ha lanzado la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer como un instrumento de ayuda para la prevención y control del cáncer así como del estado de salud de la mujer en general, fue establecida por Decreto

TESIS CON
CARTILLA DE ORIGEN

Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación en Marzo de 1998 y la distribución de dicho documento en todo el territorio nacional se realizó a partir del 6 de marzo de 1998, garantizando su entrega en forma gratuita a todas las mujeres, desde el inicio de su vida reproductiva, en las unidades de atención del Sistema Nacional de Salud cuando lo soliciten o en la primera ocasión en que se les preste atención médica.

La Cartilla Nacional de Salud de la Mujer fue diseñada por el Sistema Nacional de Salud como un instrumento que permita tener información amplia y precisa sobre los principales problemas de salud de las mujeres, al tiempo que facilite a éstas llevar un seguimiento adecuado de su estado de salud.

La Cartilla integra información sobre:

- Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino y Cáncer Mamario.
- Salud Perinatal,
- Planificación Familiar,
- Detección y Control de Diabetes e Hipertensión,
- Inmunizaciones, y
- Menopausia.

Es necesario resaltar que como la distribución de la Cartilla hasta el momento es sólo a través de alguno de los institutos que conforman el Sistema Nacional de Salud, algunas de las mujeres no la conocen por lo que es necesario una campaña para promover la obtención de este instrumento de salud de la mujer.

Nuestra propuesta hace hincapié en que este tipo de educación debe hacerse desde la educación primaria —salvo las excepciones establecidas con anterioridad— ya que debemos considerar a las personas que sólo realizan ese tipo de estudios y no asisten a niveles más avanzados y como vimos en capítulos anteriores la población que cuenta con mayor número de hijos o con hogares grandes son personas que cuentan con una educación inferior a los que tienen menos hijos. Pero también sería un medio para llegar a las poblaciones de difícil acceso como son las poblaciones indígenas que hasta el momento se han convertido en poblaciones prioritarias respecto a la planificación familiar, ya que debido a su idiosincrasia no aceptan los métodos anticonceptivos.

Es importante resaltar que los niños necesitan una educación en el ámbito sexual desde una edad temprana, y es precisamente en la familia y la escuela donde se les debe brindar. Generalmente un niño aprende de la televisión y de lo que oye en la calle y esto educa o maleduca a los niños y niñas, es por eso que necesitan de los padres, madres y educadores para obtener respuestas claras y adecuadas a su edad.

Se debe crear por lo tanto, conciencia en los padres de que dar más información no significa incitar la actividad sexual, sino aprender a reflexionar sobre ella, conocerse y respetarse uno mismo y a los demás, es decir, formar a personas sanas y responsables. Entonces la información que se debe brindar a los niños debe ser adecuada a su edad y se puede hacer a través de caricaturas y proponemos que a los niños se les hable de cuatro temas en específico:

a) DIFERENCIAS DE NIÑOS Y NIÑAS: En este rubro se debe dar a conocer a los niños y niñas sobre su cuerpo y por lo tanto hablarles de temas como:

- Órganos sexuales masculinos y femeninos.
- Pubertad y cambios físicos.
- Qué son la menstruación y la eyaculación.
- Cómo se da un embarazo.
- Masturbación.
- Cuidados e higiene del cuerpo.

b) CÓMO SE FORMAN LOS BEBÉS: Aquí se pueden tratar los siguientes temas:

- Cómo se une el espermatozoide y el óvulo.
- Cómo se forma un bebé.
- Cómo es el embarazo de la mujer.
- Cómo nace el bebé.

c) RELACIONES SEXUALES: En este punto podría explicársele al niño qué son las relaciones sexuales, cuándo se está física y mentalmente preparado para ello y cuales son las consecuencias al tenerlas y también se le puede hablar de métodos anticonceptivos.

d) INTEGRACIÓN DE LA FAMILIA: Se pueden tocar temas como por qué no todas las familias están integradas de la misma manera, hablarles del divorcio, aclararles sobre algunos mitos acerca de la sexualidad, pero también es importante enseñarlos a que sepan cuidarse de un posible abuso sexual, enfermedades sexuales y forma de prevenirlas, y se debe fomentar el autoestima del niño y el respeto a los demás.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Toda la información anterior se debe tocar de una manera fácil y acorde a la edad del niño que va a escucharla, es aquí donde si los padres no se sienten debidamente preparados para explicarle a los niños sobre sexualidad, tampoco deben oponerse a que en las escuelas se brinde esta información que cada día se hace más indispensable para el desarrollo del ser humano.

Es así como pensamos que la educación contribuye a destruir los prejuicios, estereotipos y falsos conceptos acerca de la naturaleza, causas y consecuencias de los fenómenos del individuo, por lo tanto ésta no debe buscar solamente un objetivo de conocimiento, sino que debe trascender a la esfera de comportamiento, y de esta manera propiciar actitudes de mayor compromiso y participación de la población en la solución de los problemas que afectan su vida.

4. EFICIENCIA Y EFICACIA DE LAS CAMPAÑAS DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN TODAS LAS COMUNIDADES, PONIENDO ESPECIAL ATENCIÓN A LOS DE DIFÍCIL ACCESO.

Como pudimos percatarnos en los capítulos precedentes, las acciones de educación en población se han enriquecido a lo largo de sus 25 años de existencia. Durante estos años, la educación en población ha contribuido en la formación de una cultura demográfica en las personas, pues ha buscado extender y profundizar el conocimiento y la comprensión de la naturaleza, causas y consecuencias de los fenómenos demográficos; ha buscado desarrollar actitudes participativas en la solución de los problemas de crecimiento y distribución de la población; y ha fomentado con pleno respeto a los derechos y libertades de las personas, comportamientos

demográficos que coadyuven a mejorar la calidad de vida de los individuos y las familias.

En los primeros tiempos, sus propósitos se vinculaban, en mayor medida, con acciones de educación sexual y planificación familiar para regular el crecimiento de la población y cumplir con las metas del crecimiento demográfico. En la actualidad, la educación en población debe asociarse, no sólo con aspectos demográficos, como son la natalidad, la mortalidad y las migraciones, sino también con aspectos que tienen que ver con la importancia de la familia, con la equidad de género, con la salud reproductiva, con el ejercicio de los derechos humanos, con el cuidado de los recursos naturales, con la preservación del medio ambiente y con el desarrollo sustentable.

Es por ello que los programas deben acaparar la atención de los hombres y mujeres para satisfacer sus demandas en los ámbitos de anticoncepción, sexualidad, salud y reproducción, y así toda persona pueda regular su fecundidad en forma efectiva, sin riesgos para su salud y por consiguiente se encuentre en condiciones de criar hijos saludables y ejercer una sexualidad responsable.

Se debe concientizar también acerca de los beneficios que conlleva el tener una familia reducida, como son una mejor calidad de vida, tanto económica como socialmente hablando y con ello tener un desarrollo individual y familiar pleno. Esto sólo se podrá lograr a través de la actuación simultánea que tenga el Estado en diversos ámbitos, como son el educacional y el de la comunicación en materia de población.

El acceso de la población a los servicios de planificación familiar ha favorecido el convencimiento entre las parejas de que pueden planear y lograr el tamaño de la familia que desean. Sin embargo, todavía existe un número importante de personas que a pesar de expresar su deseo de posponer o limitar su descendencia, no utiliza medios para regular la fecundidad.

Por lo antes descrito, es necesario que los programas que tienen vigencia en la actualidad y los que se crearán para los años venideros sean enfocados no sólo a la familia o a las parejas que integran una, sino también que consideren a todos los integrantes de la familia y no sólo a los padres, sino también a los adolescentes, ya que en ellos se debe crear una conciencia de la paternidad y de las repercusiones que conlleva la falta de información y de conciencia en este ámbito.

Consideramos que dentro de las razones por las cuales los programas tratados hasta hoy, son un tanto ineficaces, tenemos:

- a. La falta de conocimiento de los métodos anticonceptivos, de su forma de uso o de las fuentes de obtención por parte de algunos sectores de la población, por ejemplo las comunidades indígenas.
- b. La existencia de algunas creencias infundadas o erróneas respecto a las consecuencias sobre la salud atribuidas a la utilización de métodos de planificación familiar.
- c. Además, la inadecuada o insuficiente información favorece el abandono temprano de los métodos anticonceptivos, ya sea por las molestias que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

algunos de ellos provocan al comenzar a usarlos o por su utilización inadecuada. Es decir algunas personas los abandonan después de sólo comenzar a utilizarlos sin una prescripción u orientación médica.

Las áreas rurales y las zonas urbanas marginadas son poblaciones muy importantes en la materia poblacional ya que son vulnerables debido a su nivel económico o a su nivel cultural, por ello hasta hoy son núcleos en donde aún persiste una considerable demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos y de insuficiencia en la información y esto hace muy apremiante la necesidad de extender la cobertura y alcances de los programas de planificación familiar y salud reproductiva.

Debido a lo descrito en el párrafo anterior pensamos que es necesario que razonemos desde el punto de vista de los Derechos Humanos, y por lo tanto que se considere en el marco del respeto a los derechos de la mujer y del hombre, antes de aplicar métodos de planificación familiar, control de embarazo y cuidado de enfermedades de transmisión sexual, por lo que debemos informar primero a la comunidad sobre el verdadero significado de la salud reproductiva y así permitir su derecho a aceptarla o rechazarla, una vez que ya se tiene plena conciencia de las consecuencias y satisfacciones que puede otorgarnos. Esto es en comento de algunas demandas que realizaron mujeres de una comunidad indígena del sur del país donde sin su consentimiento el médico que llegó a la zona, les colocó el dispositivo a las pacientes.

Es así como al margen de todo lo descrito consideramos que es necesaria la creación de una cultura demográfica, donde se promueva la comprensión de la naturaleza y causas de los fenómenos poblacionales y se genere una conciencia acerca de la importancia que éstos tienen en el bienestar del

individuo, la familia y la sociedad y que con esto las personas adopten actitudes de mayor compromiso y participación en la solución de los problemas que afectan su calidad de vida y que éstas a su vez se transmitan a sus descendientes como una costumbre.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

PRIMERA. La familia como ya lo hemos visto, a pesar de los cambios que ha experimentado en los últimos años en su composición y sobre todo en el número de integrantes que la conforman, sigue siendo el núcleo social por excelencia para la transmisión de ideas, valores, y en esta época debe de serlo también para tratar abiertamente temas de actualidad y que son importantes como la sexualidad y la salud reproductiva, lo cual ayudaría mucho a mejorar la situación existente en cuanto a los embarazos no deseados en adolescentes, así como a que los varones tengan una mayor participación en el uso de los métodos anticonceptivos.

SEGUNDA. Los mecanismos que ya existen por parte del Estado para cumplir con una política de población adecuada a nuestro tiempo y realidad han rendido muy buenos resultados, sin embargo éstos no han sido suficientes para cubrir totalmente las demandas en materia de salud reproductiva, ya que una de ellas es que toda mujer embarazada tenga acceso a los servicios de salud, cosa que todavía no se da, sólo falta observar a nuestras comunidades indígenas para ver que así es.

TERCERA. El número de embarazos no deseados en adolescentes sigue siendo alto y debemos solucionarlo con el fin de evitar más muertes por cuestiones de edad, así como por prácticas ilícitas de abortos, creando más conciencia en los jóvenes de que lo mejor será siempre prevenir, además de que el aborto no es y por lo tanto no debe de verse como un método anticonceptivo.

CUARTA. Sin lugar a duda lo más preocupante de no satisfacer la demanda existente en materia de salud reproductiva son las evidentes consecuencias

que se dan en materia de salud al no poder llegar estos servicios a todos aquellos que lo necesitan; así como en el área de vivienda al percatarnos de que cada vez se necesitan más viviendas para las nuevas familias que se van creando y que no se puede alcanzar el número requerido así como que las que hay cada vez se van encareciendo más, haciéndose de esta manera en muchos casos inalcanzables; también el empleo es otro factor importantísimo, ya que de nueva cuenta el número de personas que se encuentran en condiciones de pertenecer a la fuerza laboral del país es mucho mayor que el número de empleos que existen y que se van generando, pudiendo ser este el aspecto más alarmante ya que creo que esto se puede traducir en un aumento en la delincuencia ante la falta de oportunidades, pero también está el hecho de que nuestro país se ha caracterizado por contar con un alto número de personas que emigran principalmente a Estados Unidos para internarse de manera ilegal en aquel país aunque eso represente un riesgo inclusive para su vida, con la única finalidad de encontrar la oportunidad de un empleo bien remunerado, cosa que aquí no encuentran y por eso deciden tomar el riesgo.

QUINTA. Es importante señalar que es en las grandes ciudades como el Distrito Federal, Monterrey y Guadalajara, donde se dan las mayores concentraciones de población, así que también se debe de tener mejores oportunidades de desarrollo en las áreas rurales para que la gente no se vea obligada a dejar sus lugares de origen en busca de las mismas, por otro lado no podemos pasar por alto el impacto ambiental que provoca este fenómeno, y las consecuencias que eso tiene en la salud de esas poblaciones.

SEXTA. Con la propuesta en este trabajo se busca que se mejore el acceso por parte de las personas a una información sobre salud reproductiva y otros temas relacionados con la sexualidad que fomenten una conciencia y la

responsabilidad con respecto al hecho de asumir la paternidad, claro que el motivo de la misma propuesta no es en ningún momento llegar al extremo en que los números en cuanto al crecimiento de la población sean negativos y con esto se esté dando origen a un país en el cual la mayor parte de sus habitantes se encuentren en edad madura ó inclusive en la tercera edad.

SÉPTIMA. Es muy probable que con esta propuesta se genere un sentimiento de inquietud al creer que por contar con información sobre sexualidad y salud reproductiva los jóvenes puedan iniciar prematuramente su vida sexual activa, sin embargo se ha observado que sucede exactamente lo contrario, ya que al contar con esta herramienta tan valiosa como lo es la información, los jóvenes reflexionan mejor sobre su sexualidad, ya que el conocimiento es un elemento que juega un papel muy importante en la toma de decisiones en este ámbito por parte de la sociedad; por lo que es importante que los padres y en general la gente adulta con esta propuesta también se concientize sobre la situación que en esta área prevalece actualmente en nuestro país.

OCTAVA. Si llegamos a avanzar más y por lo tanto alcanzar nuestras metas en estas cuestiones demográficas, serán muy notorios los beneficios que nos traerá y sin lugar a dudas se agradecerían los mismos por parte de la sociedad, ya que evidentemente muchos de los padecimientos de nuestra época se irían desvaneciendo y por lo tanto la armonía en la que se pueda desarrollar la vida de las personas sería más viable al existir mejores condiciones y oportunidades de desarrollo en el país.

NOVENA. La propuesta de este trabajo puede contribuir de manera importante a la reducción de los niveles de demanda no satisfecha de planificación familiar; ya que la influencia de los programas sobre la misma

TRABAJOS CON
FALLA DE ORIGEN

tiene lugar mediante la expansión del acceso, la oferta y la promoción de este tipo de servicios a segmentos cada vez más amplios de la población y en el aspecto individual, uno de los factores que más contribuye a la disminución de la fecundidad es el mejoramiento de la condición social de la mujer, y, en particular, de su nivel educativo, ya que como ya se mencionó, la educación favorece una mayor autonomía e independencia de la mujer y contribuye a la difusión de actitudes, valores y expectativas de vida.

BIBLIOGRAFÍA

BAQUEIRO ROJAS, Edgar. Y BUENROSTRO BAEZ, Rosalía. Derecho de Familia y Sucesiones. Editorial Harla. México 1990 493p.

BASSOLS Baralla, Angel. México: Formación de Regiones Económicas: Influencias, factores y sistemas. UNAM Instituto de Investigaciones Económicas. México, 1979. 625 p.

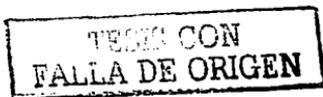
CHINOY, Ely. Traducido por López Cámara Francisco. La Sociedad. Editorial Fondo de Cultura Económica. México 1966. 423p.

RECASENS SICHES, Luis. Tratado General de Sociología. Editorial Porrúa. México 2001 28ª Edición. 682p.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

APARICIO JIMÉNEZ, Ricardo, et al. Fecundidad y Procesos de Difusión. CONAPO, México D.F. 1998.

AVILA MARTINEZ, José Luis. Centros Proveedores de Servicios, una estrategia para atender la dispersión de la Población. CONAPO, México D.F. 1999.



- BURGOA ORIHUELA, Ignacio. Las Garantías Individuales. Editorial Porrúa, México 1998 30ª. Edición.
- CERVANTES CARSON, Alejandro. Ética y Salud Reproductiva. Editorial Miguel A. Porrúa. México 1996.
- CHAVEZ ASENCIO, Manuel. Compromiso de Vida Conyugal. Editorial Limusa, México 1988.
- CHAVEZ ASENCIO, Manuel. La Familia en el Derecho. Editorial Porrúa. 4ª Edición. México 1997.
- GONZALEZ, Juan Antonio. Elementos de Derecho Civil. Editorial Trillas. 7ª Edición. 1990.
- IBARROLA, Antonio de. Derecho de Familia. Editorial Porrúa. 2ª Edición. México 1981.
- KAPLAN, Marcos. Estado y Sociedad. Editorial UNAM. 3ª. Reimpresión. México 1987.
- LANGER, A. Planificación familiar y Salud Reproductiva. Editorial EDAMEX-INSP. México 1999.
- MENDOZA, Doroteo. et al. Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos. IMSS. México D.F. 1986.
- PARTIDA, Virgilio y RODRÍGUEZ, Constanza. La Revolución Silenciosa: El Descenso de la Fecundidad en México, 1974-1999. CONAPO. México D.F. 1999.

POTTER, Joseph. Efectos de Las Instituciones sociales y Comunitarias Sobre la Fecundidad. Editorial Corporación Centro Regional de Población. Bogotá, Colombia 1984.

ROJINA VILLEGAS, Rafael. Compendio de Derecho Civil I. 27ª Edición Editorial Porrúa. México 1997.

SÁNCHEZ VAZQUEZ, Rafael. Derecho y Educación. Editorial Porrúa México 1998.

SUAREZ FRANCO, Roberto. Derecho de Familia. Editorial Temis 5ª. Edición, Bogotá Colombia. 1990.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LEGISLACIÓN

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Código Civil para el Distrito Federal.

Código Familiar Reformado para el Estado de Hidalgo.

Ley de Salud.

Ley General de Población

Reglamento de la Ley de Salud.

Reglamento de la Ley General de Población.

OTRAS FUENTES

- CONAPO. Índices de Marginación. Editado por CONAPO, México 1998.
- CONAPO. Proyecciones de la Población en México. México 1999.
Disquet.

- CONAPO. Situación demográfica del estado de Puebla. México 1996.
- Métodos Anticonceptivos. Folleto Emitido por MEXFAM. México 1996.
- Poder Ejecutivo Federal. Programa Nacional de Población. Editado por CONAPO México 1997.
- Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo. México 1997.
- Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar S.S.A. México 1995.

FUENTES ELECTRÓNICAS

- www.conapo.gob.mx Agosto de 2001.
 - www.inegi.gob.mx Julio de 2001.
 - www.mexfam.org.mx Noviembre de 2001.
 - www.ssa.gob.mx Noviembre de 2001.
- EL SERVIDOR QUE PERMITIÓ OBTENER LA INFORMACIÓN DE ESTAS PÁGINAS FUE TUTOPÍA-PLUS.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN