



13
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Algunos Factores que Influyen en la Decisión de Aceptar la Planificación Familiar en las Mujeres en Edad Reproductiva de las Comunidades que Integran los Módulos de Chilapa I y III, Quechultenango y Teteloapan I y IV del Estado de Guerrero

TESIS GRUPAL
Que para Obtener el Título de
Licenciado en Enfermería y Obstetricia
P r e s e n t a n
Delgado Bonilla Santos
Méndez Nieves Andrea
Mendoza Maya Cirina Georgina
Morales López Ana María
Téllez Martínez María Esther

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1993



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 está 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.

Indice

	Pág.
INTRODUCCION	8
I. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	18
II. OBJETIVOS	19
III. METODOLOGIA	20
IV. MARCO REFERENCIAL	27
1. Aspectos generales sobre la mujer	27
2. Conceptos específicos sobre la población materno-infantil.	36
3. Planificación Familiar	40
4. Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC)	49
4.1 Antecedentes	51
4.2 Objetivos de la EEC	51
4.3 Estructura	52
4.4 Capacitación	53
4.5 Promoción	55
4.6 Supervisión	56
4.7 Evaluación	57
4.8 Supervisora de Auxiliares de Salud	59
4.9 Auxiliar de salud	61
V. MARCO TEORICO	65
1. Situación económica y educativa en México	66
2. Particularidades sobre la situación de salud en México.	72
3. La condición de la mujer	74
3.1 La mujer en la ciudad	80
3.2 La mujer campesina	86
3.3 La mujer en la familia	100
3.4 La mujer y la educación	104

3.5 Aspectos socioculturales sobre el embarazo, parto y puerperio	120
4. Enfoque de riesgo en la atención materno-infantil	129
4.1 Conceptos básicos	131
4.2 Factores de riesgo durante el embarazo .	134
4.2.1 Edad materna	137
4.2.2 Desnutrición	138
4.2.3 Multiparidad	138
4.2.4 Intervalo intergénésico corto ...	139
4.2.5 Nivel socioeconómico bajo	140
4.2.6 Infecciones de vías urinarias ...	141
4.2.7 Várices	141
4.3 Factores de riesgo durante el parto	142
4.4 Factores de riesgo durante el puerperio	144
5. La planificación familiar como una estrategia ante el problema de salud materno-infantil en México	147
DISCUSION - ANALISIS	184
CONCLUSIONES	210
SUGERENCIAS	217
BIBLIOGRAFIA	224
ANEXOS	228

DEDICATORIAS

A todas las mujeres,
motivo de nuestra existencia
y preocupación, porque algún día
se mejoren sus condiciones
de vida y salud, para
bienestar de todos.

A todas aquellas personas,
que desinteresadamente colaboraron
en la realización de esta investigación
y sin las cuales no habríamos
podido salir adelante.

Lic. Edda Raquel Alatorre Wynter
Mtra. Cristina Muggenburg R. Vigil
Lic. Ezequiel Canela Núñez
Sra. Francisca Maya Moreida

DEDICATORIAS

A mis padres,
motivo de superación
y compromiso para
con mi familia.

Santos.

A mi tío,
Persona que aunque se encuentra ausente
en mi vida, me dió aliento para seguir
adelante y fue abriendo camino
para mi superación.

A mi madre,
que con su interés de tener
una hija con preparación
me dió el apoyo suficiente
para este proyecto.

Andrea.

DEDICATORIAS

A mis padres y hermanos,
por ser mis mejores amigos
en los momentos de tristeza
y desesperación, por sus sabias
palabras, por sus anhelos
y sueños que han compartido siempre
y que mis momentos de triunfo
siempre serán de ellos.

Ana María.

A mis padres y hermanos,
que con su apoyo y confianza
me dieron aliento y fuerza
para continuar y llegar a la
culminación de esta Profesión.

Cirina Georgina.

A mi madre y hermanos,
que sin su apoyo y afecto
no estaría donde estoy,
y especialmente a mi abuelita
Belem, que aunque ya no se
encuentra a mi lado, siempre
fue fuente de comprensión y
apoyo para mí.

Esther.

INTRODUCCION

"Los aproximadamente 4 millones de Km² que México poseía en el siglo XIX y principios del siglo XX, determinaron los criterios del gobierno sobre la política poblacional, ya que una población escasa en un territorio extenso planteó al gobierno la necesidad de una estrategia de colonización como medio para sostener y defender los límites geográficos".⁽¹⁾ Entre las acciones emprendidas se encontraron el derecho al libre tránsito, el cual se encuentra ratificado en la constitución de 1917, permitiendo el flujo de la migración interna y la libre distribución de la población; asimismo, se fomentó la fecundidad y se emprendieron acciones para disminuir la alta incidencia de la mortalidad general e infantil, además de considerarse aspectos como la protección a la mujer y la familia, la ayuda a las madres y familias prolíficas y la fusión étnica de los grupos nacionales. Estas tendencias políticas se fueron modificando levemente con el paso de los años, quedando asentado en la leyes poblacionales formuladas en 1908, 1926, 1930, 1936, y 1947; este último año en que la población de México tenía un crecimiento aproximado de 2.7% anual se reafirman algunos principios

1) CONAPO. Programa Nacional de Población. 1989-1994. p. 6

como el: aumento de la natalidad, la disminución de la mortalidad, el fomento de matrimonios, la inmigración colectiva, la protección de la infancia, el mejoramiento de la alimentación, la vivienda y las condiciones de trabajo.

El ramo de la educación se unió a este esfuerzo y promovió a través de sus programas oficiales de enseñanza básica y media la procreación abundante, enalteciendo a las mujeres prolíficas.⁽²⁾ Hasta mediados de la década de los sesenta se reflexiona seriamente sobre los resultados que el alto crecimiento poblacional representaría para un mayor y mejor desarrollo de la sociedad. Esta preocupación dió lugar a un cambio en la política poblacional que se adaptaría al contexto demográfico presente y futuro, en función de los recursos económicos, sociales y naturales con que se contaba. La nueva ley que contempla los anteriores aspectos fue expedida en enero de 1974 y en ella se asienta el objetivo central de la política de población. Se pretende modificar el proceso mediante una política que tome en cuenta el volumen, la estructura, la dinámica y la distribución de la población, además de reiterar en todo momento la libertad de la pareja a decidir libre, conciente

2) Idem. p. 6

y responsablemente sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Entre los objetivos de esta ley se encuentra la realización de programas nacionales de planificación familiar, a través de los servicios educativos y de salud de los que dispone el sector público, con el propósito de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento poblacional, disminuir la natalidad e influir en la dinámica de la población a través de los sistemas educativos, de salud pública, de capacitación profesional, y de protección a la infancia, promover la plena integración de la mujer al proceso económico, educativo, social y cultural.⁽³⁾

Es así, que a partir de 1976 cuando entra en vigor la Ley General de Población, en el que se ubica a los programas de planificación familiar, en el contexto de las políticas de bienestar social, actuando fundamentalmente en los campos de la salud, la educación, la protección de la familia y en especial de la madre y el niño. Por ello durante las administraciones de 1976-1994 se ha dado a la tarea de elaborar Programas Nacionales de Desarrollo, incluyendo la elaboración específica de Programas Nacionales y Estatales

3) Idem. p. 11

de Planificación Familiar. Sin embargo, la difícil situación económica y política por la que aún atraviesa el país se ha dificultado el destinar los suficientes recursos financieros en la implementación del problema, lo que ha influido en que los objetivos propuestos no se alcancen satisfactoriamente, influyendo en ésto también, diversas situaciones de índole económico, político y cultural.

En la actualidad el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 para cumplir con el Acuerdo Nacional para el Mejoramiento Productivo del Nivel de Vida propone objetivos específicos como lo son el reducir el crecimiento demográfico el cual se sitúa en 2.1% anual,⁽⁴⁾ impulsando la disminución de la fecundidad que corresponde a 3.2 hijos por mujer, asimismo, disminuir la mortalidad infantil que se sitúa en 38 defunciones por 1 000 nacidos vivos.⁽⁵⁾ Además se propone el propiciar una distribución de la población congruente con el aprovechamiento eficiente de los recursos territoriales, a través de moderar la migración y fortalecer el crecimiento de las ciudades medias. Para ello durante la presente administración se elaboró e implementó el Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994 que

4) Programa Nacional de Planificación Familiar, 1990-1994
p. 45

5) Idem. p. 48

tiene como propósito fundamental hacer operativos los mandatos descritos, estableciendo estrategias y compromisos para los distintos sectores involucrados. El programa constituye el marco de referencia para las acciones de planificación familiar de los organismos de los sectores público y privado que participan en esta materia.

Los resultados hasta ahora alcanzados señalan la existencia de 9.5 millones de parejas usuarias hacia 1993.⁽⁶⁾ Sin embargo, debe señalarse que los logros no han sido homogéneos, en todas las regiones del país, ni en todos los grupos de población, debido a las diferentes características socioeconómicas y culturales de los distintos grupos de la población, así como a las características de la infraestructura en las diversas regiones del país.

La Secretaría de Salud ha planeado e implementado acciones específicas encaminadas al logro de los objetivos propuestos en el Programa Nacional de Planificación Familiar entre ellas se encuentra la Estrategia de Extensión de Cobertura y Planificación Familiar, cuyo objetivo es proporcionar servicios de atención para la salud y planificación familiar a poblaciones rurales menores de 2 500 habitantes dichos ser-

6) Salinas, De Gortari Carlos. 4o. Informe de Gobierno. Noviembre de 1992. p. 12

vicios son proporcionados por una persona de la misma comunidad a la que se le da el nombre de auxiliar de salud. A su vez la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia cuya responsabilidad radica en formar profesionales preparados para enfrentarse de una manera crítica y creativa a la problemática social y de salud que enfrenta el país, ha buscado diversas acciones que le proporcionen al estudiante y egresado la experiencia pertinente para desarrollarse profesionalmente; entre estas acciones se encuentran el acuerdo sostenido entre la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud con el objetivo de que pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia participen en el Programa de Estrategia de Extensión de Cobertura, que se desarrolla en varios estados de la República, teniendo como objetivo básico capacitar a la auxiliar de salud en los diferentes subsistemas que integran este programa, mejorando con ello considerablemente la calidad en la atención que este personal proporciona.

Durante la capacitación otorgada a la auxiliar de salud en las comunidades rurales, específicamente en las que integran varios módulos en el Estado de Guerrero, como pasantes nos percatamos de que aún cuando a nivel nacional se maneja

información referente al éxito que ha alcanzado el Programa de Planificación Familiar a nivel nacional (9.5 millones de parejas usuarias) y que a nivel estatal se proporcionan datos estadísticos que incidan resultados óptimos del programa, no pudimos dejar de cuestionar esto, ya que observamos que aún cuando se implementan acciones informativas y educativas, prestación de servicios y planeación continua de acciones de retroalimentación, la población a quien va dirigida no acaba de aceptar el Programa de Planificación Familiar, ante esto nos preguntamos cuál será la razón de este rechazo ya que podemos valorar que la planificación familiar representa un facilitador para mejorar la vida de las familias rurales, que viven en condiciones de miseria y pobreza exacerbada, que elevan los riesgos de morbilidad, además consideramos que planeando su familia mejoran su situación económica, afectiva y social. Desde luego no pensamos que la planificación familiar sea la solución de sus problemas pero estamos convencidos que les da una opción para cambiar hasta donde sea posible la situación en la que viven. Por ello decidimos investigar cuál era el motivo del rechazo de las mujeres al Programa de Planificación Familiar, ya que pensamos que analizando esto, se podrá lograr el que la pareja acepte dicho programa.

Se conoce por muchos estudios demográficos realizados que cuatro factores intervienen en la desaceleración del crecimiento demográfico: la educación a los niños y las mujeres; el acceso a servicios de atención; la planificación familiar y; el incremento de los ingresos. Partiendo de ello, decidimos tener como objeto de la investigación a la mujer, no porque consideremos que ella debe ser el centro del programa, como equivocadamente se ha creído, sino porque es ella la que por mucho tiempo ha estado en contacto directo con las diferentes acciones que se han implementado en los programas de planificación familiar y cuenta con diversas experiencias en torno a éstos.

Necesitamos conocer las razones del rechazo a la planificación familiar y los factores que intervinieron en esta decisión, asimismo buscamos generalizar los resultados en función de la pareja, ya que desde nuestro punto de vista, es la pareja y no sólo la mujer, la que debe ser el centro del programa.

El trabajo que aquí se presenta está integrado por diferentes apartados en los cuales se ha buscado fundamentar desde diferentes enfoques teóricos, el tema de investigación. En primer término, se tratan los aspectos

fundamentales de esta investigación como lo son el planteamiento del problema, los objetivos, la justificación y la metodología utilizada. En segundo término se encuentra el marco referencial en el que se tratan aspectos básicos que facilitarán la comprensión de diversos términos utilizados a lo largo de este trabajo, se retoman temas centrales como son: aspectos generales sobre la mujer; estadísticas vitales (ya que consideramos indispensable revisar algunos datos estadísticos de nuestro país), la planificación familiar; por último se trata lo referente a la Estrategia de Extensión de Cobertura, ya que no dejamos el supuesto de que no toda la gente conoce este programa.

El marco teórico aborda elementos que nos permitirán fundamentar teóricamente la problemática presentada, además de brindarnos la posibilidad de identificar y comprender aquellos factores que están incidiendo en dicha problemática, a fin de proponer soluciones a la misma. Entre los temas que se abordan se encuentran: la situación económica, educativa y de salud en México, ya que ello nos servirá para identificar aquellos factores que incidan directa o indirectamente en el problema presentado. Posteriormente se trata el tema referente a la condición de la mujer mexicana; la cual es estudiada en diversas

instituciones sociales como son la familia, la educación y el Estado. Asimismo, se incluye lo referente a aspectos socioculturales sobre el embarazo, el parto y el puerperio. Abordamos también el llamado enfoque de riesgo en procesos tales como el embarazo, el parto y el puerperio con el objeto de ponderar que estos procesos no sólo tienen significancia social y cultural sino que en un contexto real implican riesgos a la salud de la mujer, lo que se plantea como una de las razones por las que deben adoptarse medidas de planificación familiar.

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Desde hace tiempo el programa de planificación familiar, que está contemplado en el Programa General de Estrategia de Extensión de Cobertura (E.E.C.), se ha visto con diversas limitaciones de aceptación por parte de la población rural a quien va dirigido. A pesar de todas las acciones que se han implementado en dicho programa, los logros alcanzados son muy pobres y no corresponden a las metas establecidas. Si consideramos que la planificación familiar ofrece mejores expectativas de salud, económicas y educativas para la mujer y la familia en general, nos cuestionamos:

1.- ¿Cuáles son las razones del rechazo al programa de planificación familiar por parte de las mujeres de las localidades rurales que pertenecen a los módulos de Chilapa I y II, Quechultenango y Teloloapan I y IV del Estado de Guerrero?

y 2.- ¿Existe alguna relación entre las características socioculturales de las mujeres de estas zonas y su rechazo al Programa General de Planificación Familiar establecido?

OBJETIVOS.

A corto plazo.

- Describir la relación sociocultural de las mujeres de las localidades de los módulos de Chilapa, Quechultenango y Teloloapan en el Estado de Guerrero, y su relación con el rechazo de éstas al programa de Planificación Familiar.

- Analizar el Programa General de Planificación Familiar Oficial y valorar hasta que punto responde a las expectativas individuales y familiares de las mujeres que habitan en las localidades rurales señaladas.

A largo plazo.

- Proponer acciones específicas que favorezcan la práctica de los estudiantes y pasantes de la Licenciatura de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia que participan en el Programa de la Estrategia de Extensión de Cobertura y Planificación Familiar con el fin de limitar diversos obstáculos que interfieren en la consecución de las metas propuestas en dicho programa.

METODOLOGIA.

La presente investigación fué planteada en dos etapas. La primera etapa comprendió una investigación bibliográfica y documental con el objeto de estructurar el marco teórico. La información obtenida se concentró en fichas bibliográficas y de trabajo.

La consulta bibliográfica permitió abordar desde diferentes enfoques la situación actual en la que se desenvuelve la mujer. Consideramos importante retomar el tema de estudio desde diversas áreas de conocimiento como lo son la Antropología, la Sociología y la Psicología principalmente; ya que por el tipo de investigación emprendida, exploratoria y descriptiva, se requirió contar con elementos teóricos que fundamenten la problemática existente.

Se decidió a su vez retomar el tema de investigación desde el enfoque de riesgo, ya que por la relevancia que éste entraña en el ámbito de salud de la población, consideramos conveniente abordar diferentes elementos teórico indispensables, que nos permitieron valorar de una manera práctica y eficaz los posibles daños a los que está expuesta la población materna e infantil.

Asimismo se realizó un análisis del Programa de Planificación Familiar a nivel nacional y estatal con el objeto de identificar diversos factores que esten condicionando la decisión de la pareja sobre la planificación de su familia. A nuestro parecer esta acción fue definitiva debido a que nos permitió identificar aquellos elementos del programa que no corresponden a las expectativas reales de las parejas a quienes van dirigidas.

La segunda etapa de la investigación inició al proponernos conocer la situación de las mujeres en edad reproductiva de las comunidades en estudio, específicamente su historia, seleccionando como técnica de recolección de datos al cuestionario, el cual fue aplicado a 700 mujeres que residen en las localidades que integran los módulos de Chilapa I y II, Quechultenango y Teloloapan I y IV del Estado de Guerrero. Las personas que quedaron incluidas en el muestreo fueron seleccionadas de manera aleatoria a través de un sorteo en donde se contempló al total del universo. Para poder ser incluidas debieron cubrir las siguientes características: 1. ser mujer 2. tener de 14 a 49 años de edad no importando su estado civil, la paridad, la utilización o no de métodos anticonceptivos y 3. residir en el área geográfica en estudio.

En dicho formulario se contemplaron los siguientes aspectos.

- a) Datos de identificación: nos permitieron conocer la edad y el estado civil de cada mujer, elemento que hizo posible la detección de riesgo reproductivo o riesgo en el embarazo, parto y puerperio a edades tempranas o tardías.
- b) Antecedentes heredofamiliares: permitieron valorar la presencia de riesgo en la mujer gestante y la que no lo está.
- c) Antecedentes gineco-obstétricos: nos brindó la posibilidad de la detección de factores de riesgo en la mujer en cualquier etapa de su vida.
- d) Embarazo, parto y puerperio: se retoman aspectos culturales específicos que posee la mujer en torno a estos procesos.
- e) Planificación familiar: con este apartado se pretendió conocer la respuesta de la mujer al uso de métodos anti-conceptivos; así como los factores que intervienen en su

decisión a la aceptación de éstos.

f) Aspectos socioeconómicos, culturales y educativos; contempló elementos de integración familiar, economía, actividades de producción, nivel educativo, costumbres, socialización, religión y concepciones de salud-enfermedad; elementos importantes para obtener una visión general de la situación sociocultural prevalescente en la región.

Por el tipo de población con que se contó, el cuestionario fué estructurado de la siguiente manera: una primera parte contempló preguntas para la mujer en general, una sección retoma cuestiones exclusivamente para la mujer con compañero sexual (casadas o en unión libre) y, una última parte contiene interrogantes para jóvenes solteras.

La decisión de tener un apartado exclusivo para las mujeres con compañero sexual estén o no casadas y otro para solteras, surgió de la necesidad de conocer hasta dónde influye el hombre en la decisión de la mujer a la aceptación de los métodos anticonceptivos, y hasta qué punto es la condición del sexo femenino la que determina esta situación. Partimos de ello por que creemos esta es la base

respecto a quién debe ir dirigido el programa de Planificación Familiar Nacional y Estatal.

El tiempo destinado para la aplicación de este formato fué de dos meses y medio, para ello se llevó a cabo una prueba piloto, en el mes de julio con un tiempo de 5 días, que permitió evaluar la eficiencia de la cédula propuesta y al mismo tiempo permitió hacer las correcciones a las fallas encontradas; posteriormente a ésto, se inició con la aplicación del cuestionario a partir de la primera quincena de agosto. Para su aplicación se contó con un tiempo de 20 minutos por entrevista en visitas programadas a las comunidades, procurando que durante la entrevista la mujer se encontrara sin la compañía de familiares y/o amigos de tal forma que pudiera expresar sus respuestas sin coacción alguna.

El llenado de la cédula la llevó a cabo el encuestador con la finalidad de evitar la mala interpretación de las interrogantes enunciadas.

Entre los meses de julio y agosto de 1992 simultáneamente a la realización de las entrevistas se llevó a cabo la integración del marco teórico, el cual se culminó en

septiembre de 1992. Cabe señalar que la ejecución de ambas actividades se debió a que la primera actividad se encontró obstaculizada por la participación de la mujer en las tareas del campo (siembra y cosecha), por lo que se pretendió agilizar ésta pero sin la pérdida de tiempo en la elaboración del marco teórico.

El recuento de la información se llevó a cabo por paloteo simple. El concentrado de la información obtenida se presentó por medio de cuadros y gráficas estadísticas facilitándonos el análisis de la información; asimismo nos condujo a la elaboración de las conclusiones correspondientes, todo ello realizado en noviembre y diciembre de 1992 y enero de 1993.

En los meses de enero y febrero se realizó un análisis del Programa de Planificación Familiar en la Estrategia de Extensión de Cobertura, a fin de identificar los factores que explican el poco éxito de éste durante su implementación.

A nuestro parecer esta última acción fue la definitiva para identificar aquellos elementos del programa que no corresponden a las expectativas reales de las parejas a quienes van dirigidos.

La realización de las conclusiones y sugerencias, se efectuó en el mes de febrero de 1993. Se debe señalar que en el apartado de sugerencias se incluyeron toda una serie de acciones específicas dirigidas a los estudiantes y pasantes de la Lic. en Enfermería y Obstetricia que participarán en el Programa de E.E.C. y P.F., con el objeto de mejorar hasta donde sea posible su práctica, para que más tarde alcancen un mejor desarrollo profesional, y por ende proporcione una atención de mayor calidad a la población.

Por último, durante los meses de marzo, abril y mayo de 1993 se realizaron las correcciones pertinentes al trabajo que aquí se presenta.

MARCO REFERENCIAL

1. ASPECTOS GENERALES SOBRE LA MUJER.

Hablar sobre la condición actual de la mujer mexicana resulta un tema complicado porque incluye diversos aspectos de índole social, económico, político, familiar y cultural; y si el generalizar resulta difícil aún lo es más las especificaciones hechas en torno a la mujer urbana y rural; porque implica ubicarlas en contextos ideológicos e idiosincráticos firmemente delimitados. Es por ello, que a lo largo del capítulo respectivo se manejan términos socioculturales indispensables para facilitar su óptima comprensión.

Partiremos de definir lo que es un sujeto particular; ya que el sexo femenino como parte integrante de una sociedad presenta rasgos específicos que la definen como sujeto perteneciente a un grupo social definido, es por ello que señalamos que hombre particular es totalidad psicossomática-espiritual en cuanto a unidad existencial cerrada en sí misma con características específicas y rasgos esenciales.⁽⁷⁾ Todo sujeto cuenta con la posibilidad de poder

7) Aguilar Citlali. et.al. Textos y pretextos. Once estudios sobre la mujer. p. 78.

desarrollarse en un medio ambiente determinado que será decisivo para que experimenten un proceso de aprendizaje y adaptabilidad social que le permitirá hacer suya la ideología de la sociedad en la que vivirá; éste es un proceso evolutivo hacia la personalidad sociocultural y es lo que llamamos socialización ya que permitirá al individuo adaptarse a la sociedad no olvidemos que ante todo el hombre es un ser social; la socialización logrará la incorporación del sujeto al sistema social vigente, gracias a ella el individuo adoptará lo válido y aceptable por la sociedad como lo válido y aceptable para él. Es por ello que gracias a este proceso hará suyas las normas es decir, las reglas que rigen la conducta aceptable y esperada.⁽⁸⁾ Desde el nacimiento al ser humano se le etiqueta a un género de acuerdo al sexo que posee, es así que el género implica que se le asigne a cada sexo determinado, papeles pero determina directamente la condición de clase.⁽⁹⁾ Se señala que la variable género y clase social determina la posición social de las mujeres en una sociedad, sin embargo la clase social o sea el status propio o conferido, es el que define las relaciones sociales entre las mujeres ya que los valores y bienes económicos son centrales en nuestra sociedad. Asimismo se han creado roles específicos para

8) Lagrade, Marcela. Cautiverios de las mujeres, madres, esposas, presas, monjas y putas. p. 56

9) Aguilar, Citlali. Testos y pretextos. Once estudios sobre la mujer. p. 78.

ambos sexos los cuales son un conjunto de normas que definen de que manera la persona colocada en una determinada posición social debe de conducirse.⁽¹⁰⁾

Esta creacción de géneros ha condicionado el que se haya originado un cerrado sistema de denominación en el cual el sexo masculino proclama su superioridad física e intelectual sobre el sexo femenino. Este sistema ha tomado un nombre que hace referencia al sexo quien ocupa la hegemonía, este es el sistema patriarcal, en donde el varón es el que ejerce el predominio sobre la familia.⁽¹¹⁾ Esta dominación, ha conducido a que la mujer se le confine en cierto contexto privado y se le separe del mundo público existente fuera de su hogar; entendienddo por mundo público aquel que está adscrito a los hombres y se caracteriza por interacciones y posibilidades de movilidad mucho más amplias que las que existen en el mundo privado. En el mundo público se puede adquirir poder y status socioeconómico y político, mismos que hasta cierto grado son transferibles al mundo privado. Es así, que por valorarse a la mujer como el ciudadano menos activo, para no decir pasivo. Se le considera como un sujeto que tiene poca o nula ingerencia

10) Idem. p. 67.

11) Aguilar, Citlali. Textos y pretextos. Once estudios sobre la mujer. p. 122.

en el mundo público. En la esfera privada de las mujeres, en cambio predominan características adscritas (sexo, edad), que determinan el lugar de los miembros familiares en el hogar. Contiene pocos recursos de poder y éste no se puede transferir al mundo público.⁽¹²⁾

Es necesario señalar que esta diferenciación entre lo público y lo privado condiciona la adscripción a roles específicos entre el hombre y la mujer. Las mujeres por su papel de madres se identifican con la vida hogareña siéndoles complicado desarrollarse en el área pública. Es a esto a lo que llamamos papeles tradicionales de la mujer, que implican una separación acentuada entre el marco público y el familiar en los que se desempeñan roles determinados y adscritos estrictamente según el género.⁽¹³⁾

Es de esta manera que la propia vida cotidiana entendida como un conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares los cuáles crean a su vez la posibilidad de la reproducción social,⁽¹⁴⁾ ha permitido crear todo este sistema de opresión a la mujer ya que la vida cotidiana implica mucho más que la repetición de actividades monótonas, sino que conlleva la reproducción del hombre particular, del hombre concreto, es decir el hombre

12) Idem. p. 123

13) Idem. p 55

14) Idem. p: 249

que una determinada sociedad ocupa un lugar determinado en la división social del trabajo. Y a su vez la división sexual del trabajo, se refiere a dos cosas diferentes por una parte alude a la forma en que efectivamente se distribuyen las tareas entre hombres y mujeres y por otra a la concepción ideológica, (los estereotipos) de lo que se consideran ocupaciones apropiadas para el sexo. El modelo o estereotipo es persistente (resiste a los cambios a través del tiempo), mientras que la división del trabajo que se lleva a la práctica se va transformando históricamente, adaptándose a las necesidades particulares de los grupos domésticos en cada una de las etapas de su desarrollo y a las condiciones cambiantes de la economía local y regional.⁽¹⁵⁾ La mujer ha sido enclaustrada en el estereotipo de Mujer reproductora por pertenecer al sexo femenino por poseer la función biológica de procrear conllevando con ello la reproducción de la especie. Aunque también con este término se define a la mujer, la cual es responsable de transmitir a sus hijos las pautas adecuadas de comportamiento social lo cual conlleva una relación ambigua con el Estado, éste al otorgarle cierto poder socializador, la controla estrechamente.⁽¹⁶⁾ La mujer no sólo la mexicana,

15) Idem. p. 62.

16) C. Levy, Claudine. Reflexiones en torno a la mujer, la familia y la educación. p. 17-18.

sino la que habita en diferentes países se encuentra bajo la hegemonía del sexo masculino es decir, el poder expresado en dirección política, intelectual y moral la imponen los hombres. La hegemonía supone lo siguiente:

- Una clase social que busca dominar a través del concenso y no la coacción.⁽¹⁷⁾
- Clases antagónicas. La idea de antagonismo da cabida a la lucha permanente de clases o sea nivel superestructural, la desarticulación y rearticulación de los elementos contradictorios que se desarrollan en el conjunto de la totalidad social.⁽¹⁸⁾
- Una estructura política e ideológica compuesta de instituciones valores y prácticas que permita concretamente la dominación hegemónica.⁽¹⁹⁾ Dicha hegemonía supone a su vez la existencia de una ideología hegemónicamente dominante, ésto es cuando las ideas dominantes saturan la conciencia del individuo, de manera tal que esa visión del mundo se presenta como la única posible.

Dicha hegemonía ha condicionado como se ha mencionado a la creación de roles y a una división sexual de trabajo, en

17) Idem. p. 42

18) Idem. p. 45

19) Aguilar, Citlali, et.al. op.cit. p. 240.

donde los intereses del sexo masculino son los prevaescentes. Todas las instituciones del país abogan por dicha tendencia. Este es el caso de la educación, la cual se define como terreno de lucha y superaciones, el proceso educativo no es neutro ni funcional, sino conflictivo, responde a diversos intereses de clases e influye en la división social y sexual del trabajo.⁽²⁰⁾

Sin embargo actualmente se generan cambios respecto a este reotipos manipulados creados en torno a la mujer, debido a que toda estructura social tienen inherentes tensiones de clases. Las que se producen por la distribución desigual de los bienes centrales en una sociedad o por relaciones sociales desiguales.⁽²¹⁾ Un individuo o un grupo social se encuentra en una situación de tensión según la posición que ocupa en un sistema social estratificado.

Principalmente se distinguen dos formas de tensión, para los grupos de bajo rango ésta se produce debido a una limitada participación de los bienes centrales de la sociedad. La forma de tensión opuesta que se da en los estratos sociales altos y privilegiados se manifiesta como un

20) C. Levy Claudine. Op. Cit. p. 17-18.

21) Aguilar Citlali, et.al. Op.Cit. p. 240.

déficit de legitimidad, este resulta de la disposición de bienes y poder. "Se considera que la experiencia directa de una tensión estructural lleva a la toma de conciencia con respecto a su propia situación social. Si se entiende la experiencia directa en particular y común en una tensión específica dentro de un grupo social determinado la toma de conciencia colectiva es probable."⁽²²⁾

Es necesario señalar que la tensión de clase conduce paulatinamente a las llamadas movilizaciones políticas las cuales son un paso en el que un grupo de individuos pasivos se vuelven participantes activos y colectivos en la vida pública.⁽²³⁾

Para existir cualquier tipo de movilización se requiere que existan intereses comunes que comparten los miembros del grupo, es por ello que señalamos que la transformación en la forma de pensar de la mujer no se logrará si ésta permanece en el hogar reproduciendo los mismos patrones culturales, si no por el contrario requiere mayor participación en el mercado de trabajo, que a su vez le permitirá inmiscuirse en el ámbito económico, político y cultural del

22) Adams, R.F. Sociología. p. 36.

23) Aguilar Citlali et al. Textos y pretexto. Once estudios sobre la mujer. p. 45-56.

país. Ya no basta con la posesión de un status conferido, otorgado al pertenecer a la misma clase social; sino que se requiere tener un status propio que le permita participar directamente en los marcos públicos centrales (trabajo). Ya que se continua asumiendo los papeles familiares socialmente adscritos a su sexo no dejará de pertenecer a una clase social determinada a través del marido, es decir, la mujer continuará dependiendo de la posición que ocupa el esposo en la sociedad. Se señala que para efectuarse una movilización se requiere de un proceso de activación, es decir, que los miembros del grupo inviertan sus recursos individuales en una causa común, abriendo un control colectivo sobre ellos. Los recursos pueden ser materiales (dinero, bienes, servicios, información, tecnología, etc.), y/o personales (esfuerzo, energía, tiempo, lealtad, solidaridad, etc.)

2. CONCEPTOS ESPECIFICOS SOBRE POBLACION MATERNO INFANTIL

Las metas acordadas en la Cumbre Mundial a favor de la infancia, y que se espera alcanzar antes de que finalice el año 2000 incluyen la reducción a la mitad de la desnutrición infantil, disminuir a un tercio la tasa de mortalidad infantil, la cual representa el número de niños que fallecen antes de cumplir un año por cada 1000 nacidos vivos, asimismo se encuentra el prevenir las principales enfermedades infantiles, la reducción a la mitad de la mortalidad materna, el suministro de agua potable para todas las comunidades, el acceso universal a servicios de planificación familiar y educación básica para todos los niños y niñas.⁽²⁴⁾

Para ello en América Latina se ha elaborado un Programa Nacional de acciones destinadas a alcanzar estas metas. El Programa elaborado por México, posee, acciones y criterios específicos que apuntalan hacia la consecución de los objetivos y metas propuestas; entre las acciones formuladas se encuentra.

El disminuir la crisis de endeudamiento y la recuperación

24) UNICEF Estado Mundial de la Infancia 1993. p. 8

del crecimiento económico actualmente, se están invirtiendo la tendencia del gasto social, tras los profundos recortes introducidos en 1980.⁽²⁵⁾ Sin embargo, se conoce por estadísticas proporcionadas por la UNICEF que sólo el 10% del presupuesto anual del Estado, es destinado a la salud, misma situación de deficiencia presentan sectores como educación y asistencia social.

Más a pesar de esta situación se ha buscado que la reducción de la tasa global de natalidad es decir el número de nacimientos que se registran anualmente por 1000 mujeres embarazadas, se efectúa bajo condiciones precedentes de bienestar y seguridad para el infante por ello se, promueve el disminuir cualquier riesgo que pudiese existir aún antes de su nacimiento, es decir se busca disminuir a mínimo la probabilidad que tiene un individuo en un lugar específico de sufrir un daño; asimismo, se busca la disminución del riesgo reproductivo en grupos sociales de situación socioeconómica baja, ya que la probabilidad de que uno o varios factores de riesgos, previos, presentes o previstos puedan ocasionar serias complicaciones a la mujer en edad fértil o a su hijo en caso de que ocurra un

25) Programa Nacional de Desarrollo. p. 36

embarazo son altas.⁽²⁶⁾ Asimismo, se busca que procesos como el embarazo entendido como un conjunto de fenómenos que incluye fecundación implantación desarrollo embrionario y fetal, hasta el nacimiento del producto; el parto y el puerperio o cuarentena; que es el intervalo que abarca desde el nacimiento del producto hasta que el organismo materno vuelve a su estado previo a la gravidez,⁽²⁷⁾ se desarrollen bajo factores de riesgo mínimos para la mujer, por ello se promueve tenazmente el control prenatal que al representar toda una atención de salud, sistemática a la mujer permitirá que estos procesos se desarrollen armónicamente y por ende el infante y la madre se encuentren en buenas condiciones de salud. Asimismo se fomenta el que no se pierdan en el avance tecnológico e industrial procesos importantes para el infante como lo es la lactancia materna, es decir el hecho de alimentar al recién nacido por medio de la leche materna, a través del amamantamiento que se ofrece desde el nacimiento hasta etapas posteriores;⁽²⁸⁾ y por igual sentido el proporcionar le al infante la primera secreción láctea, cuyo contenido protéico es rico y brinda ciertas propiedades inmunitarias, al recién nacido a la cual se le da el nombre de calostro.

26) Idem. p. 42

27) Benson, Ralph. Gineco-obstetricia. p. 214.

28) Benson, Ralph. Gineco-obstetricia. p. 246

Todas estas condiciones apuntalan a mejorar en las condiciones de salud para la población materno infantil, en un intento de disminuir las tasas elevadas de mortalidad infantil; la cual se define como el número de muertes de niños menores de un año que se registran anualmente, asimismo se persigue disminuir la mortalidad materna es decir el número de muertes registradas durante el embarazo, parto y puerperio que suscitan anualmente de fecundidad por último la tasa global de fecundidad la cual es un indicador del ritmo de reproducción de una población al indicar el número promedio de hijos que tendrían las mujeres al final de su período reproductivo, bajo las condiciones de fecundidad prevaescentes en un momento determinado.

3. PLANIFICACION FAMILIAR.

Actualmente la planificación familiar parece una obviedad para la mayoría de las mujeres que habitan en países desarrollados. Sin embargo, para aquellas mujeres que habitan en países subdesarrollados como lo es el caso de México, la aceptación de la planificación familiar por parte de las mujeres, especialmente de aquellas que habitan en zonas rurales es realmente difícil.

Lo que está en juego no es sólo la mortalidad infantil y materna, sino también la calidad de vida de las mujeres ya que al liberarlas de los constantes embarazos y la continua dedicación a la crianza de los hijos, la planificación familiar puede ampliar el tiempo, energía y recursos disponibles para su educación, para la adquisición de nuevas capacidades, para la obtención de ingresos, para la participación en una más amplia gama de actividades comunitarias y para el descenso del que se ven casi totalmente privadas millones de mujeres de las capas más pobres de la sociedad.⁽²⁹⁾

La planificación familiar supone el uso de una metodología

29) Idem. p. 35

anticonceptiva actual; que permite a la pareja decidir sobre el método apropiado para ellos. Asimismo, establece la obligación por parte del personal de salud responsable de proporcionar educación y orientación en forma continua - comprendiendo por ésta la información que se espera sea otorgada al momento de prescribir; y durante el uso de métodos anticonceptivos y que incluye lo referente a indicaciones, contraindicaciones, reacciones secundarias y formas de utilización.

Los métodos anticonceptivos: son todos aquellos medios que se utilizan para evitar un embarazo, y se clasifican en métodos temporales y definitivos.

		Pastillas
	Hormonales	Inyectables
		Preservativo
Temporales	Mecánicas	DIU
		Ritmo
	Naturales	Coito interrumpido
Definitivas	Salpingoclasia	
	Vasectomía	

Podemos señalar que la planificación familiar a la par de la consecución de la meta de educación básica y alfabetización para todo los niños fortalecería la implantación del movimiento mundial en favor de la salud de la población materno infantil.

Es conocido que los países subdesarrollados como lo es el caso de México, cuentan con economías endebles, endeudamientos altos con países desarrollados, infraestructura insuficiente, altos niveles de analfabetismo o niveles de escolaridad bajos, tasas de morbi-mortalidad general e infantil elevadas, situación de miseria para una gran parte de la población. Ante ésto, nuestro país busca superar estas situaciones; actualmente la recuperación económica va en aumento, con respecto a educación en los últimos cuatro años se han incrementado en un 70% los recursos destinados a la educación, como fruto del nuevo Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica, Se está desarrollando un esfuerzo especial a fin de reducir las disparidades en materia de educación. Con el apoyo del Banco Mundial y la cooperación de la UNESCO y UNICEF el gobierno ha iniciado un programa de educación no formal para 1.2 millones de niños.⁽³⁰⁾

30) UNICEF. Estado Mundial de la infancia. 1993 p. 8

En relación al aspecto salud se ha buscado crear e implementar programas de salud para los tres niveles de atención que de acuerdo a las necesidades de la población aporten acciones específicas para su paulatina satisfacción. Sin embargo, la situación expresada en un papel resulta más fácil, de lo que presenta la realidad; se conoce que no existe una buena formulación de los programas para primer nivel; ésto obedece a varias razones entre ellas: a que no se le brinda a la salud pública la importancia que merece, ya que generalmente las personas quienes los elaboran no están lo suficientemente preparados para esta labor, lo que condiciona que estos programas posean poco alcance y poco éxito durante su implementación; por otro lado los programas para segundo y tercer niveles son tomados como lo relevante en la política de salud actual, es así que podemos observar la creación de infraestructura apropiada para estos niveles en las grandes ciudades del país y si ésto lo relacionamos con el bajo desarrollo en infraestructura y comunicaciones de nuestro país, el bajo nivel educativo de la gente; los sistemas de producción atrasados y su cultura tradicionalista, podemos concluir que ésta gente no sólo seguirá presentando tasas de morbi-mortalidad sino que específicamente en relación a la natalidad se seguirán presentando aspectos tales como:

Inicio de vida sexual activa desde edades tempranas entedida ésta como el comienzo de las relaciones sexuales en forma periódica independientemente de la presencia de menstruación. ⁽³¹⁾

Multiparidad. Es decir la situación de la mujer que ha tenido dos o más embarazos de más de veinte semanas de gestación. ⁽³²⁾

Antecedentes Gineco-Obstétricos. Indicadores de riesgo alto para la mujer y el producto partiendo de que éstos son antecedentes importantes para contar con una relación de los eventos obstétricos previos que influyen directa o indirectamente en el criterio del manejo del embarazo actual. Estos antecedentes incluyen: Menarca: inicio de la primera menstruación que se produce aproximadamente de los 12 a los 15 años de edad. Gestas: número de embarazos que la mujer ha tenido en un momento determinado de vida reproductiva. Partos: Mujer que ha tenido una o varias expulsiones del producto de la concepción y de sus anexos después de la vigésima semana de gestación independientemente de que el feto haya nacido vivo o muerto. Aborto: es la expulsión del producto de la concepción que ocurre antes de que el

31) Olds, Sally. Enfermería Materno-infantil. p. 221

32) Benson, Ralph. atado de Gineco-Obstetricia. p. 118

producto sea viable. Cesárea: es el número de nacimientos que se realizan por medio de una incisión en el abdomen y pared uterina para la extracción del producto y la placenta. ⁽³³⁾

Entre los programas de salud prioritarios se encuentran el de planificación familiar la que representa una opción para frenar el crecimiento demográfico buscando lograr, Un crecimiento natural armónico, es decir, se desea el equilibrio entre los nacimientos y las muertes. ⁽³⁴⁾

La planificación familiar entendida como la libre decisión de la pareja en forma responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos representa una de las soluciones a problemas tales como mortalidad infantil y materna elevada, incremento continuo de una población con insuficientes recursos económicos, de salud y educativos para ésta. Es por ello que la planificación familiar en unión con acceso a servicios educativos de mujeres y niños representa una meta a lograr que permitirá la reducción de la morbimortalidad infantil.

Es importante señalar que la satisfacción de necesidades

33) Idem. p. 140

34) CONAPO. Programa Nacional de Población. 1989-1994. p.32

tales como atención primaria a la salud, planificación familiar y educación, permitirá a su vez lograr avances en favor del movimiento de la mujer a la cual aún se le subordina al sexo masculino.

La supervivencia, salud y normal desarrollo físico y psicológico de sus hijos e hijas constituye una preocupación central para centenares de millones de mujeres. Una preocupación que absorbe la mayor parte de su tiempo, inquietudes, esfuerzos y recursos. Y pocas cosas podrían contribuir tanto a cambiar sus vidas como a aliviarlas de esa tarea.

La contribución posiblemente más importante para mejorar la vida de la mujer en las comunidades más pobres del mundo sería alcanzar otra de las metas en materia de necesidades básicas, a saber, el acceso universal a la información y los servicios necesarios para planificar el número, momento y espaciamiento de los nacimientos.⁽³⁵⁾ A este respecto quisieramos señalar que no basta que las mujeres reciban información sino que se requiere el que verdaderamente el mensaje llegue a ellas.

Centenares de estudios realizados en los últimos años

35) UNICEF. Estado Mundial de la infancia. 1993. p.32

demuestran que existe una importante correlación entre la educación de las mujeres y la confianza para adoptar nuevas pautas sociales, la disposición a solicitar y utilizar servicios de salud, la capacidad de adaptación a las nuevas oportunidades y de ingresar al mercado laboral, una utilización más eficiente de los recursos familiares, la reducción de las tasas de mortalidad infantil, un mejor estado de salud y nutrición de la familia, la utilización de servicios de planificación familiar y la reducción del tamaño medio de las familias.⁽³⁶⁾

La capacitación de las mujeres mediante la alfabetización y la educación básica como mínimo, constituye por tanto, uno de los elementos más cruciales del proceso de desarrollo. Pero también es uno de los pasos más importantes para que las mujeres lleguen a ejercer mayor control sobre su vida, tengan más influencia en las decisiones familiares y comunitarias que las afectan y dispongan de mayores oportunidades de desarrollar su propio potencial. Asimismo, se busca romper el ciclo de desnutrición y enfermedades que afectan a miles de niños en nuestro país, que determinan un desarrollo físico y psíquico deficiente, que a su vez se traduce en un rendimiento escolar y laboral inadecuado, lo

36) Idem. p. 35

cual al llegar a la edad adulta a su vez reduce la capacidad de obtención de ingresos, de promover cambios y de responder ante las nuevas oportunidades, hecho que a su vez se traduce en familias pobres y a menudo numerosas vulnerables a la desnutrición y las enfermedades por las cuales se cierra el ciclo de la transmisión de la pobreza de generación en generación.⁽³⁷⁾

37) Idem. p. 53.

4. ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA.

En México se han implementado e implementan acciones específicas y programas asistenciales y de salud que buscan proporcionar mayores oportunidades a la familia y a la mujer, con el objeto de lograr un cambio paulatino y de dar solución a la problemática social y de salud que existe en el país sin embargo, debe reconocerse que ésto resulta complicado debido a la situación económica en la que se encuentra el país, que aunque podemos señalar es mucho mejor que antaño aún no permite destinar suficientes recursos para la salud y educación, asimismo el desarrollo incipiente encontrado en la mayor parte de la nación dificulta la implementación de acciones educativas y de salud hacia la población, y específicamente dificulta que esta gente pueda tener acceso adecuado a estos servicios. Es así que actualmente en el aspecto salud se implementa el Programa General de EStrategia de Extensión de Cobertura y Planificación Familiar que busca que la población de zonas rurales que no tienen acceso a los servicios de salud cuenten con servicios de salud mínimos. Entendiendo por este último aquella atención de salud básica, que comprende principalmente prevención y promoción a través de educación para la salud en forma continua, promoción continua de

planificación familiar entre mujeres; prevención de enfermedades transmisibles, infecciosas, parasitarias gastrointestinales y respiratorias; atención a pacientes con enfermedades que pueden ser manejadas en la comunidad, por medio de los medicamentos que son proporcionados; canalización al centro de salud municipal de casos graves, etc.

Es así que podemos definir a la Estrategia de Extensión de Cobertura (E.E.C.) como un conjunto de servicios básicos de atención primaria a la salud prestados a través de una auxiliar de salud voluntaria en comunidades rurales menores de 2500 habitantes que no cuentan con unidades médicas debido a lo reducido del número de habitantes y a su ubicación en áreas geográficas de difícil acceso; son comunidades en las que su población sufre la marginación en virtud de su situación económica y social. En México el 28.7% de la población se considera como población rural dispersa. Para atender a esta población la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Planificación Familiar viene operando la Estrategia de Extensión de Cobertura desde 1986. ⁽³⁸⁾

38) Secretaría de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. Folleto Informativo. E.E.C. p. 7

4.1 Antecedentes

Los esfuerzos desarrollados en nuestro país para llevar servicios de salud al medio rural en forma permanente, a través de las instituciones de salud, se remonta en el año de 1940, época en la que se establece el servicio médico social. En 1977 se desarrollaron dentro de la Secretaría de Salud, dos programas: el de Extensión de cobertura y el Comunitario Rural. En 1979 se fusionaron ambos programas para constituir el programa de Salud Rural.

De 1977 a 1982 se continuó el impulso y apoyo al programa, permaneciendo hasta el momento en las localidades rurales la estructura básica operativa apoyadas por las auxiliares de salud, miembros propuestos por la misma comunidad que fungen como agente de salud comunitario.

4.2 Objetivos de la Estrategia de Extensión de Cobertura.

- Proporcionar servicios de planificación familiar y atención primaria a la salud a población rural menor de 2500 habitantes.
- Lograr la participación de la comunidad en la satisfacción de sus necesidades de salud.

- Contribuir a formar una cultura de salud en la población rural a través de acciones educativas y preventivas.

4.3 Estructura.

La estrategia de Extensión de Cobertura se apoya en la infraestructura institucional de la Secretaría de Salud en las áreas central, estatal y jurisdiccional:

En el área central, la DGPF cumple funciones de normatividad, programación, evaluación, supervisión, capacitación, promoción e investigación de la E.E.C.

En el nivel estatal, las Jefaturas de Servicios Coordinados de Salud Pública y los Servicios Estatales de Salud tienen a su cargo las funciones de programación, organización, ejecución, supervisión, capacitación, información y evaluación de la E.E.C. apoyadas por un responsable estatal del programa de Planificación Familiar.

En el siguiente nivel, las Jurisdicciones Sanitarias llevan a cabo la programación local, así como la ejecución, supervisión, y evaluación de las actividades de la E.E.C en cada uno de los módulos, y unidades aplicativas

comprendidas en ellos. El personal directamente responsable comprende al Jefe de la Jurisdicción Sanitaria así como al Coordinador Médico Jurisdiccional.

La estructura operativa de la E.E.C. considera los niveles modular y comunitario:

Cada módulo se integra en promedio por 10 comunidades rurales dispersa, y está a cargo de personal de enfermería, denominado Supervisora de Auxiliares de Salud, que tiene la responsabilidad directa de supervisar, capacita, asesorar en servicio y dotar de los recursos materiales básicos a la Auxiliar de Salud.

Las comunidades de la E.E.C. representan la base de la estructura operativa, en ellas las auxiliares de salud, personal voluntario, se responsabilizan de la prestación de los servicios básicos de atención primaria de salud, con la participación activa de los integrantes de la comunidad.⁽³⁹⁾

4.4 Capacitación

Con la finalidad de que los servicios proporcionados por el

39) Secretaría de Salud. Estrategia de Extensión de Cobertura. p. 9

equipo de salud en la E.E.C. sean de calidad, la capacitación se ha constituido desde un principio como elemento indispensable. Esto ha permitido proporcionar al personal institucional y auxiliar la información y asesoría necesaria para la prestación de servicios a la población.

Cabe señalar, desde un punto de vista particular que la capacitación impartida no logra concientizarse y hacer viable para las personas a quien va dirigida, en primera instancia debido a que los contenidos en muchas ocasiones no son adaptados para proporcionárselos a personas de diversos niveles; no se buscan técnicas y recursos didácticos idóneos para proporcionar la capacitación, con lo que se hace una repetición de contenido, que tiende a aburrir a las personas debido a que consideran que ya lo saben aunque no sea así, es así que podemos objetar no existe una buena planeación y sistematización de las actividades de capacitación que condiciona con gran frecuencia a que el aprendizaje sea insuficiente, repetitivo, y que la actualización del mismo no se lleva a cabo como es debido, lo cual repercute de una u otra forma en la calidad de la atención que se proporciona a la población. El tipo de capacitación impartida es: formal, en servicio y de modo continuo.

En el aspecto formal, los Coordinadores Médicos Jurisdiccionales. Las Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud, reciben cursos de capacitación de duración variable. En dichos cursos describen ampliamente los lineamientos operativos de la E.E.C., las características, responsabilidades y funciones de cada uno de los miembros.

La capacitación en servicio se realiza a través de la asesoría técnica que se ofrece durante las visitas de supervisión que se llevan a cabo por los diferentes niveles (modular, jurisdiccional, estatal y nacional).

La capacitación continua se efectúa periódicamente, proporcionándoles al personal la información actualizada sobre las actividades de los programas, que se realizan con el propósito de mejorar sus conocimientos y habilidades en beneficio de la población usuaria.

4.5 Promoción

Entre los objetivos de la E.E.C. se haya el lograr la participación de la comunidad en la satisfacción de sus necesidades de salud. Y es a este respecto donde la promoción entendida como el proceso a través del cuál se sensibiliza,

informa, motiva y educa a la población con el fin de propiciar cambios de aptitudes y comportamientos que favorezcan su salud; sin embargo la esencia de la promoción ha sido delegada por actividades inherentes a la misma pero no esenciales y se ha limitado a la promoción a ciertas actividades y formativas que no promueven la sensibilización, motivación y educación de la población conllevando con ello a que su participación sea sumamente limitada y por ende los programas de salud no alcancen los resultados deseados.

4.6 Supervisión

La supervisión constituye uno de los instrumentos más eficaces para lograr que los servicios que se proporcionan a través de la E.E.C. sean de buena calidad ya que se basa en el intercambio de conocimientos y experiencias del personal operativo con el supervisor.

Las principales funciones de la supervisión son:

- Verificar el cumplimiento de lo programado respecto a normas técnicas, procedimientos, recursos, metas operativas y otros lineamientos institucionales.

- Capacitar y adiestrar en servicio el personal que brinda la atención, contribuyendo así a mejorar la calidad de los servicios.
- Detectar y hacer el seguimiento de la problemática encontrada, hasta asegurar estrategias que permitan su solución.

La supervisión se lleva a cabo en forma escalonada por niveles:

Comunitario - Modular - Jurisdiccional - Estatal - Nacional

4.7 Evaluación

La evaluación de la E.E.C. se realiza a través de dos instancias complementarias: el Sistema de Información y el Modelo de Evaluación-Supervisión.

a) Sistema de información

El sistema de información es el instrumento que se utiliza para el registro y cuantificación de las actividades que se realizan dentro de la EEC y constituye el componente comunitario del Sistema Estatal de Información Básica de la Secretaría de Salud (SEIB).⁽⁴⁰⁾

40) Secretaría de Salud. Estrategia de Extensión de Cobertura. p. 18

El sistema de información de la EEC. consta de cuatro subsistemas:

1. Atención en planificación familiar.
2. Atención del embarazo, parto y puerperio
3. Atención al menor de cinco años.
4. Actividades varias.

A su vez, cada uno de estos subsistemas está compuesto por cinco formatos en donde se registra y precisa la información en forma manual y escalonada, desde el nivel de comunidad hasta su envío al área nacional.

b) Modelo de Evaluación Supervisión.

La evaluación-supervisión constituye un instrumento de control que permite verificar el cumplimiento de programas, normas y procedimientos, así como el uso adecuado de recursos. Representa el canal idóneo para retroalimentar a las diferentes áreas inmersas en la operación de la EEC.⁽⁴¹⁾

El Modelo de Evaluación-Supervisión se define como un conjunto de instrumentos y procedimientos diseñados con el fin de conocer de qué manera y en qué medida se están

41) Idem. p. 19

cumpliendo los objetivos de la EEC y poder aplicar de manera rápida y oportuna las medidas correctivas. ⁽⁴²⁾

4.8 Supervisora de Auxiliares de Salud.

Se ha definido como el personal de enfermería de nivel auxiliar, técnico o general, con experiencia en trabajo de campo en lo que se refiere a atención materno infantil, planificación familiar y con habilidades de supervisión capacitación que le permitan desarrollar paralelamente con otros trabajadores de la salud, las actividades que se realizan en las localidades rurales bajo su responsabilidad. Resulta interesante observar como el perfil profesional que se maneja en la Estrategia de Extensión de Cobertura, refleja la poca importancia que se le brinda al primer nivel de atención ya que se considera igual que desarrollen estas actividades un técnico o auxiliar en enfermería que una enfermera general quien cuenta con mayor preparación. Asimismo, la capacitación otorgada no está encaminada a la formación de personal capaz de cumplir los objetivos que marca el programa, ya que apuntala con mayor énfasis a la capacitación en cuestiones administrativas.

42) Idem. p. 19

La selección, capacitación y supervisión son la etapas por las que deberá pasar la aspirante a Supervisora de Auxiliares de Salud para cumplir con el papel que se espera que desempeñe en la EEC.

A continuación se mencionan los requisitos y funciones que desempeña la Supervisora de Auxiliares de salud.

Requisitos:

- Enfermera general o auxiliar de enfermería
- Experiencia en trabajo de campo (área rural)
- Interés por el programa de planificación familiar
- Habilidades de supervisión capacitación
- Iniciativa, buenas relaciones humanas

Cabe señalar que dichos requisitos son manejados paor el cuaderno técnico No. 12 de la EEC, sin embargo, en la práctica existen con gran frecuencia modificaciones debido a que algunos de estos requisitos son pasados por alto.

Funciones:

- Participar en la selección de las auxiliares de salud, comprendidas en el módulo asignado.
- Participar en el proceso de organización y desarrollo de la comunidad.

- Participar con la auxiliar de salud y la comunidad en la integración y funcionamiento del comité de salud de las comunidades del módulo.
- Colaborar en las actividades de promoción que se realizan en al EEC.
- Asegurar la distribución oportuna de los recursos materiales necesarios para el desempeño de las actividades de la auxiliar de salud, dentro del programa de planificación familiar y la EEC.
- Participar en la capacitación de las auxiliares de salud del programa de planificación familiar y la EEC.
- Supervisar las actividades de la auxiliar de salud en la EEC.
- Proporcionar atención a la población rural sobre planificación familiar, embarazo, parto y puerperio, atención del niño menor de cinco años y actividades varias.

4.9 Auxiliar de Salud.

Es el personal voluntario de la misma comunidad que se responsabiliza de prestar servicios básicos de atención primaria a la salud.

Los servicios de salud que proporciona son básicamente de planificación familiar, embarazo, parto y puerperio,

atención del menor de 5 años y actividades varias. Dentro del subsistema de actividades varias se retoman las siguientes actividades: Inyecciones intramusculares e indovenosas, curación de heridas y prescripción de medicamentos del cuadro básico.

La auxiliar de salud desempeña el enlace directo entre las instituciones de salud y la comunidad. Es la encargada de proporcionar atención de salud básica a las poblaciones, que no tienen acceso a otros servicios de salud. Sin embargo, la preparación que posee la auxiliar de salud es limitada; ante lo cual la capacitación que se otorga es sumamente deficiente; lo cual a su vez condiciona la calidad en la atención que se proporciona a la población. Deseamos señalar que a pesar de que la auxiliar de salud es un elemento que a nuestro parecer, es realmente importante debido al papel que desempeña y el vínculo estrecho que guardan con la comunidad; su selección y proceso de capacitación no dejan de parecernos insuficientes e inapropiadas; ya que reiteramos que no sólo basta enseñar a la auxiliar a cumplir con una serie de registros administrativos y actividades técnicas limitadas, sino que se requiere el crear conciencia y responsabilidad a la auxiliar sobre la importancia de su labor; además de proporcionar un adecuado estímulo económico; y no burla de ayuda compensatoria que actualmente recibe, creemos que la labor de la auxiliar debe reunir una serie de características

personales, docente, de capacitación, y económica que permitan ubicar a este personal en un ámbito más real y no como personal de segunda para una atención que debe ser considerada esencial como lo es el primer nivel de atención.

Requisitos:

- Saber leer y escribir.
- Ser miembro de la misma comunidad.
- Interés personal para adquirir conocimientos de servicios de salud.

Funciones:

- Registro de actividades en calendarios de control de los 4 subsistemas: embarazo, parto y puerperio, planificación familiar, atención del niño menor de 5 años, y actividades varias.
- Realizar promoción del programa de planificación familiar de la Estrategia de Extensión de Cobertura por medio de visitas domiciliarias, entrevistas y pláticas a grupos.
- Realización de visitas domiciliarias para la conquista y reconquista de usuarias nuevas para la integración del programa de planificación familiar.
- Mantiene en condiciones óptimas el material y equipo, medicamentos y formas de registro.

- Vigilar la cantidad de material entregado por la Supervisora de salud, asimismo detectar las necesidades de los mismos.
- Recibir capacitación continua de los programas de la Estrategia de Extensión de Cobertura.
- Hacer entrega de informe mensual de sus actividades a la supervisora de auxiliares de salud.
- Participar en las fases intensivas de vacunación.
- Realizar referencia y contrarreferencia de pacientes al primer nivel de atención.

MARCO TEORICO

V. MARCO TEORICO

1. SITUACION ECONOMICA Y EDUCATIVA EN MEXICO

México es un país que busca integrarse a las transformaciones mundiales que actualmente se generan, de una forma más activa y creativa con el objeto de dejar a un lado el subdesarrollo e integrarse por completo al desarrollo. Todo ello con el objetivo primordial de lograr mejores condiciones de vida para cada uno de los mexicanos. Sin embargo, antes debe superar y resolver diversas problemáticas de índole económico, social y cultural que imposibilitan el desarrollo.

La economía del país, se haya en un intervalo en el cuál se busca superar las condiciones de estancamiento e inflación existente, condicionado por repartición desigual de la riqueza, fuentes de trabajo insuficientes y desempleos masivos, entre otros, se conoce que de los 24 millones de gente que integran la población económicamente activa (PEA), 8 millones se encuentran desempleados,⁽⁴³⁾ la infraestructura es insuficiente impidiendo el avance, las inversiones son limitadas, además de existir grandes hete-

43) CONAPO. Programa Nacional de Población. p. 51

reogeneidades en el ámbito urbano-rural, supeditado a una difícil situación económica para la mayoría de los mexicanos, caracterizada por desempleo, subempleo, sueldos mal pagados y poder adquisitivo bajo, repercutiendo a su vez en aspectos educacionales, nutricionales y de salud deficientes para la mayoría de la población.

Ante ésto el gobierno ha puesto en marcha una serie de planes con el objetivo de corregir paulatinamente dicha problemática entre ellos se encuentra, el Acuerdo Nacional para el Mejoramiento Productivo del -Nivel de vida- es así que se busca el crecimiento económico a través de acciones bien definidas como son alcanzar gradualmente una tasa elevada de crecimiento de la producción y de consolidar el abatimiento de la inflación como condiciones indispensables para avanzar de manera satisfactoria en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población en la creación suficiente de empleos bien remunerados para una población en edad de trabajar en rápido aumento y hacia una más justa distribución del ingreso, mediante un mayor dinamismo de la actividad económica en condiciones de estabilidad.⁽⁴⁴⁾

De acuerdo con el programa de modernización educativa 1989-1994 uno de cada 3 mexicanos asiste a la escuela, dos de

44) Programa Nacional de Desarrollo 1989-1994. p. 51

cada tres niños tienen acceso a la enseñanza preescolar y la cobertura de la educación primaria es de 98%. El ciclo secundario está al alcance de 4 por cada 5 egresados de primaria.

Se calcula en 4.2 millones el número de analfabetas mayores de 15 años, aproximadamente 20.2 millones de adultos no han concluido la primaria, ni cerca de 10 millones más la secundaria. Alrededor de 300 mil niños no tienen acceso a la escuela, casi 880 mil alumnos abandonan la educación primaria y 1.7 millones de niños de 10 a 14 años no están matriculados. Sólo el 54% de los 14.6 millones de alumnos concluyen sus estudios de primaria en seis años, y existen diferencias desde uno hasta cuatro años en los promedios de escolaridad de la población rural.⁽⁴⁵⁾ Esto obedece a múltiples factores entre ellos, modos de vida propios de estas zonas que no le brindan a la educación un papel importante, un sistema educativo fuera del contexto real, académicos con insuficiente preparación, relaciones de producción basadas en la satisfacción de necesidades básicas e integración rápida de los jóvenes a la actividad productiva.

45) Programa Nacional de Salud 1989-1994. p. 15

Estos datos no dejan de resultarnos cuestionables, debido a que si consideramos que con gran frecuencia el modelo educativo vigente no toma en cuenta las características socioeconómicas, ecológicas regionales y locales que le permitirán adecuar la educación a las necesidades y demandas concretas de los diversos grupos de población y si a ésto agregamos la insuficiente preparación de los profesores, nos podremos dar cuenta que al ingresar cada año gran cantidad de infantes al primer grado y que muchos otros reingresan a diferentes grados que habían abandonado, los elevados índices de ingresos expresados en estadísticas educativas, parecen ser incompatibles con la existencia de un considerable flujo de niños de 6-14 años que abandonan la escuela, de los cuales una proporción permanece fuera del sistema educativo sin haber terminado el sexto grado. Esto nos permite afirmar que la cifra proporcionada sobre el número de analfabetas del grupo de 15-65 años supera la cantidad mencionada. Ante esto podemos señalar que la información sobre la cobertura de educación de la Secretaría de Educación Pública, es un dato poco real que no toma en cuenta situaciones tales como ingresos anuales, desertión, conclusión de la instrucción primaria y secundaria, infraestructura para la educación a nivel nacional, situación socioeconómica y cultural de los diferentes gru

pos sociales que integran el país y la calidad de los recursos humanos y materiales que se cuentan para la educación. A este respecto podemos señalar que esta información, resulta comprobable en zonas rurales, en donde es posible observar con gran frecuencia un alto índice de deserciones de los alumnos de diferentes grados, de los cuales pocos se reincorporan al sistema educativo. Asimismo, permanecen tendencias culturales en algunas de las familias que condicionan el que los padres no valoren la importancia de enviar a sus hijos a la escuela y por ende no los inscriban, o bien los saquen una vez que hayan aprendido a leer y escribir, no importando que no hayan concluido su instrucción primaria. Podemos señalar que los ingresos son numerosos, pero las deserciones de alumnos de los diferentes grados las superan. Deseamos retomar ciertos criterios básicos que se utilizan en la evaluación del funcionamiento de los sistemas educativos, aunque el tema de esta investigación no involucra la profundidad sobre el tema de educación, consideremos que es sumamente importante que se repare sobre el mismo en otras investigaciones específicas, sin embargo, deseamos, analizar dichos criterios que nos permitirán visualizar que elementos del sistema educativo están condicionando esta situación de deserción. En primer término se encuentra: lo. La atención

a la demanda y su grado de eficiencia interna, 2do. La eficiencia en la utilización de los recursos, 3er. El de la eficiencia externa.⁽⁴⁶⁾ El primero de estos criterios -atención a la demanda y eficiencia interna- se refiere al grado de cobertura que tiene el sistema educativo analizado y comprende: a) el grado en que los servicios de educación alcanza a toda la población que por su edad o su situación, constituyen la demanda potencial de estos servicios, b) el grado en que los alumnos inscritos aprueban sus estudios y pasan al siguiente curso (transición grado a grado) y c) la proporción en que los alumnos inscritos en el primer grado terminan su instrucción en el último grado del ciclo correspondiente (eficiencia terminal).

El criterio de la eficiencia en la utilización de recursos, se refiere a la relación existente entre el tipo de educación que se pretende impartir y los recursos asociados, es decir, la relación maestro alumno, el número de alumnos por escuela, etc. Por último el criterio de la eficiencia externa analiza la capacidad con la que egresa el alumno, que ha terminado algún grado o ciclo, para enfrentar su responsabilidad productiva, social y política.⁽⁴⁷⁾

46) Siglo XXI Necesidades esenciales en México. Tomo II.p.25
47) Idem. P. 26

2. PARTICULARIDADES SOBRE LA SITUACION DE SALUD EN MEXICO

Respecto al ámbito de salud, podemos señalar que el desarrollo desigual que se presenta en el país, entre áreas urbanas, suburbanas y rurales, condicionan a su vez, la infraestructura de salud con que se cuenta, los profesionales que tienen en dicha área, la educación para la salud recibida por la población, la posibilidad económica de ésta para tener acceso a los servicios de salud; asimismo, es importante señalar que la cultura propia de la gente repercute en su aceptación a éstos. Esto explica hasta cierto punto las estadísticas de morbi-mortalidad existentes; encontrando como las principales causas de morbilidad general; a las enfermedades grastrointestinales, enfermedades respiratorias, accidentes de tránsito, accidentes por arma de fuego y arma blanca, y enfermedades crónico degenerativas.⁽⁴⁸⁾

Respecto a la mortalidad general podemos señalar que esta se situaba para 1990 en 5.4 defunciones por 1000 habitantes, teniéndose a las enfermedades respiratorias y gastrointestinales como las principales causas de muerte. En tanto que la mortalidad infantil se situó en 38 defunciones

48) Secretaría de Salud. Programa Nacional de Planificación Familiar. p. 8

por 1000 recién nacidos vivos. En relación al crecimiento poblacional se estimó para 1990 en 2.1% con lo cual la población se ve incrementada en cerca de 1.7 millones de personas por año.⁽⁴⁹⁾ Asimismo, se conoce que la tasa global de fecundidad, es decir el número de hijos que la mujer puede tener al término de su vida reproductiva, se sitúa en 3.4 a nivel nacional; sin embargo, prevalecen tasas de fecundidad a nivel rural de 5 hijos por mujer. Ante estos datos podemos comprender como la situación económica y educacional del país influyen a su vez en el ámbito de salud y población, creando un sistema alto de morbi-mortalidad y de crecimiento poblacional acelerado. La Secretaría de Salud ha creado diversos programas encaminados a resolver la problemática de salud que acontece, además de brindar servicios para la salud de la población que no cuenta con recursos económicos; entre ellos se encuentra el Programa de la Estrategia de Extensión de Cobertura, el cual ya ha sido tratado con anterioridad ampliamente.

49) CONAPO. Programa de Planificación Familiar 1989-1994.

3. LA CONDICION DE LA MUJER

Partiendo de que la cultura es todo un conjunto de condiciones sociales históricas, en el área política, laboral, religiosa, familiar y personal, y que ésta se aprende mediante una interacción continua de los sujetos en la sociedad, no será difícil comprender el porqué es necesario que se retome este tema, para poder dilucidar la causalidad de una determinada problemática en un área geográfica delimitadaa.

Cada uno de nosotros está inmerso en una sociedad que posee una cultura particular, la cual comparte ciertas similitudes con otras, una cultura establecida desde aún antes de nacer. En ella hemos vivido y hecho nuestra ideología dominante, ya que para poder sobrevivir en una sociedad el individuo requiere de esta introspección de su cultura, la cual se lleva a cabo gracias a la socialización que no es otra cosa que un proceso de aprendizaje por el que la tradición cultural humana es pasada de generación en generación.⁽⁵⁰⁾

La socialización es básica ya que permitirá a cada uno de

50) Aguilar, Citlali, Et.al. Textos y pretextos. Once estudios sobre la mujer. p. 43.

nosotros poder sobrevivir en un ambiente social determinado al permitir al individuo la introspección de las normas y reglas que rigen en la sociedad a la que pertenecerá. La forma de organización social y la vida en grupo nos permite aprender de los otros al mismo tiempo que nos protege. Según Agnes Heller:⁽⁵¹⁾ la introspección de la cultura se da a través de la vida cotidiana de cada individuo, ya que si entendemos por vida cotidiana, al conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales a su vez crearán la posibilidad de la reproducción social, nos será fácil comprender el papel tan importante que desempeña ésta en la adaptación del individuo a su entorno social.

La cultura conforma y guía la forma de pensar, de actuar los valores, las creencias, aspiraciones y personalidad del individuo, siendo esta compartida por cada miembro de la sociedad entre sí. El individuo aprende su cultura a través de la socialización pero la hará suya gracias a la endoculturación la cual difiere para hombres y mujeres, ya que este proceso de enseñanza modela roles específicos y particulaes por sexos. Es así, que nuestra sociedad la endocultu ración ha permitido transmitir una cultura e ideología hege

51) Heler, Agnes. Sociología de la vida cotidiana. p.27

mónica, en donde los intereses masculinos son los que imperan y en donde se ha relegado a la mujer a un segundo término, desde el cual se contempla como un ser sin ideas ni personalidad propias, dando origen a lo que Marcela Lagarde llama "un ser de otros y para otros", en el que el sexo femenino ha sido reducido a su sexualidad, y ésta, por considerarse natural, es desvalorizado. ⁽⁵²⁾

La mujer desde su nacimiento es asignada a funciones específicas, relacionadas con su condición y su género que la ubican en subordinación al sexo masculino. De tal manera que desde niña es educada con la idea de que nació para servir a otros, para hacerlos felices, para reproducirlos tanto biológica como culturalmente y su alienación es tal que se haya completamente convencida que ésto la hace feliz.

Muchos de nosotros tal vez pasamos por alto esta situación, es tal la enajenación de la ideología que nos sustenta que se ha perdido de vista esta situación. A nadie le parece extraño que la educación se diferencie por sexos desde la infancia, de esta manera a la niña se le educa para ser dócil, dependiente, sumisa, dedicada a las labores

52) Lagarde, Marcela. Cautiverios de las mujeres: madre, esposas, monjas, puta, presas y locas. p. 52

domésticas y con pocas o nulas expectativas de desarrollo personal fuera de ser madre; en cambio al varón se le forma desde pequeño a ser fuerte, responsable, independiente, se le reprime cualquier actividad o actitud de tipo femenino; bien conocemos las palabras dichas por nuestros padres a los hermanos en alguna ocasión: -"Esa no es tarea de niños"- o bien -"Los hombres no lloran, deben ser valientes, machos"- Cualquier muestra de debilidad indica como señala Octavio Paz⁽⁵³⁾ "rajarse, abrirse, perder la valentía". Sin embargo para la mujer es diferente, ésta puede llorar pero jamás indicar el motivo, debe doblegarse ante el hombre, depender de él, sólo así entiende su papel en esta vida. Es necesario señalar que con lo anteriormente expuesto no deseamos expresar sentimientos feministas radicales, sino el poner a la vista circunstancias reales que desde antaño han mantenido a la mujer subyugada, dependiente a la sombra del llamado sexo fuerte. Al parecer esta situación responde a intereses ideológicos de la clase dominante, quien pretende mantener a la mujer como sujeto reproductor y productor de la fuerza de trabajo que a su vez sirve como medio para reproducir las relaciones de clase y de trabajo. En la medida en que el régimen capitalista ha requerido mayor cantidad de mano de obra, la

53) Paz, Octavio. El laberinto de la soledad. p. 18

mujer se ha ido incorporando al mundo público, siendo un ejemplo feaciente de ello, la gran cantidad de costureras y obreras que existen en el país.

Estamos de acuerdo con Lagarde al señalar que a los individuos se le ha clasificado en hombres y mujeres de acuerdo a si tienen útero y vagina o pene y testículos. El sexo implica, al parecer, una serie de atributos sociales, económicos, legales y políticos.⁽⁵⁴⁾ Se supone que por ser mujer se deben tener percepciones, actitudes, sensaciones, capacidad intelectual, afectos, fuerza física, preferencias, usos y prácticas eróticas distintas de la otra mitad de los seres humanos. Asimismo, se incluyen en las cualidades sexuales, el trabajo, el espacio de vida, la moral y hasta el horario.⁽⁵⁵⁾

Su trabajo no es valorado, al parecer sus actividades son inherentes a su sexo y no merecen reconocimiento alguno, su función básica ha sido considerada desde siempre la procreación, si en cualquiera de éstas llega a fallar considera menguada su feminidad, es por ello que no resulta incomprensible entender porqué la mujer se niega a aceptar

54) Lagarde, Marcela. Op. cit. p. 84-85.

55) Ibidem. p. 110

cualquier tipo de programa que implique el control de su fertilidad.

El sexo femenino es entonces, un ente reproductor de los otros implicativo de fertilidad, afecto, servilismo y entrega, en donde todo es dar y aceptar. En donde su cuerpo se ha convertido en la principal fuente de felicidad para otros llevando a cabo funciones eróticas y gestacionales para satisfacer al cónyuge y funciones domésticas para satisfacer a la familia en general; las que además tienen por objetivo el reponer y mantener la energía de la fuerza de trabajo en su hogar.

Es a este respecto donde Octavio Paz señala:⁽⁵⁶⁾ - Como casi todos los pueblos, los mexicanos consideran a la mujer como un instrumento, ya sea de los deseos del hombre o de los fines que le asignan la ley, la sociedad y la moral. Fines sobre los que jamás se le ha pedido su consentimiento y en cuya realización participa pasiva e inconscientemente. Paz, señala que ésta es depositaria de ciertos valores, ya sea prostituta, diosa, gran señora, amante, la mujer transmite o conserva pero no crea. Pero como se le pide crear si desde el primer momento se le cierran los caminos y alternativas para vivir, pensar y ser diferente, si nace,

56) Paz, Octavio. Op. cit. p. 25-39.

vive, se reproduce y muere en un mundo preformado a la imagen y semejanza del hombre. En donde los deseos de independencia, logro y actividad son mínimos. Una sociedad en la que el machismo permanece como algo tangible dominando cualquier esfera social, determinando los papeles del hombre y la mujer tanto en el supuesto ámbito privado como público. En donde la ideología ha alcanzado tal grado de hegemonía que satura la conciencia del individuo de manera tal que la visión del mundo se presenta como la única posible, es decir la dependencia hacia el hombre.⁽⁵⁷⁾

3.1 La mujer en la ciudad

Actualmente el Estado ha reconocido la importancia de que la mujer se integra al desarrollo por el cual pugna. Ya no es posible permanecer en este atraso cultural, en el que se considera a la mujer como objeto más que como sujeto capaz de crear, pensar y tomar sus propias decisiones. Aunque sabemos que este cambio será un proceso largo y doloroso, que involucra elementos socioculturales fuertemente arraigados en los que la mujer ha vivido y se ha desarrollado por siglos, sabemos que es necesario para el

57) C. Levy, Claudine. Reflexiones en torno a la mujer, la familia y la educación. p. 16

progreso de la mujer en la sociedad. Ya es tiempo de que la mujer tome conciencia de sí, como un elemento social indispensable e independiente, que no es un artículo o un sujeto de segunda categoría sino por el contrario tiene todo lo requerido para luchar por lo que persigue.

Actualmente en las ciudades el rápido cambio tecnológico industrial y demográfico, así como la inflación desatada, han impuesto a la familia mayores dificultades para adquirir diversos satisfactores, ante lo que la mujer se ha visto obligada a ingresar al mercado de trabajo con una frecuencia mayor que la de antaño y bajo condiciones desfavorables. Es así que ahora no sólo funge como ama de casa, esposa y madre, sino como integrante de la fuerza proletaria pública, aunque antes lo hiciera en privado; pero bajo condiciones que en muchas ocasiones por diversos subterfugios tales como no igualdad de fuerza de trabajo ni intelectual a la de hombre, se ve obligada a aceptar empleos con una remuneración inferior a la que recibe el varón, conllevando ésto a la limitación de su desarrollo y a laborar en ciertas áreas, aún cuando ella pueda aspirar a otros campos de acción; un ejemplo de ello lo tenemos en la explotación que sufren las costureras de la industria del vestido, ya que no sólo trabajan bajo condiciones respecto

a trabajo y horario, sino que las áreas físicas en donde la mayoría labora se hayan en deplorable situación y por si esto fuera poco, el salario que reciben con gran frecuencia no responde al salario mínimo actual ya que es frecuente en esta área el trabajo a destajo. Y si la situación de estas mujeres asalariadas es crítica qué podríamos señalar en torno a aquellas mujeres costureras que trabajan a domicilio, las cuales generalmente habitan en zonas marginadas de la ciudad, estas mujeres son superexplotadas por ser simultáneamente proletarias que trabajan a destajo y pequeñas empresarias, por ser dueñas de los medios de producción y que en consecuencia tienen que trabajar en la clandestinidad para eludir el pago de impuestos a las autoridades municipales.⁽⁵⁸⁾

Así mismo, la producción obtenida es recogida por intermediarios pertenecientes a empresas más grandes de la ciudad. Al parecer esto surge de la desigualdad entre el modo de producción capitalista, (empresarios dominantes y la forma de producción subordinada de la pequeña industria.⁽⁵⁹⁾

58) Aguilar, Citlali, et.al. Textos y pretextos. Once estudios sobre la mujer. p. 263.

59) Idem. p. 289.

Esta situación de desigualdad y subordinación laboral, así como de explotación no sólo la encontramos entre mujeres con bajos niveles de escolaridad, si no en aquellas que han tenido acceso a niveles educativos superiores e incluso tienen una profesión, como es el caso de las maestras, las cuales jurídicamente poseen las mismas retribuciones que el sexo opuesto; sin embargo, existe una fuerte dominación por parte del sexo masculino, que a nivel central posee la autoridad condicionando con ello a situaciones de predilecciones hacia los profesores del sexo masculino. Así mismo, la profesión condiciona a la repetición por parte de la mujer de patrones culturales que abogan hacia el sexo femenino como fuente de afecto, protección y servicio, así como fuente de la reproducción de la cultura dominante; pero sobre todo sigue funcionando como hija, esposa y/o madre, más a ella no les parece raro que acontezca esta situación laboral, ni mucho menos que además de desarrollarse como mujer asalariadas tengan que atender sus funciones de madre y esposa, ya que consideran que son inherentes a su persona y deben cumplir con ella.

Sin embargo, a pesar de su actividad en el campo laboral, el sexo femenino no pierde su pasividad ni su hermetismo. Es así, que a pesar de su hacer en otras esferas que no son

el hogar; y de ser un elemento activo en la participación económica del hogar, no logra vencer el yugo impuesto por el machismo existente y se niega a decidir por si sola sobre diferentes situaciones entre ellas el control de su fertilidad.

Lagarde señala que el valor del trabajo femenino en el hogar y fuera de éste no es valorado tal y como debe de ser, no sólo por los otros sino por ellas mismas; y al verse privada de la seguridad que entraña su casa, la mujer se siente ajena, extraña y desea volver al cobijo y a la seguridad. ⁽⁶⁰⁾

Sin embargo, no estamos del todo de acuerdo con esta aseveración, ya que en la medida que la mujer se integra al mercado de trabajo, como sujeto particular que vende su fuerza de trabajo para obtener un salario y poder satisfacer necesidades personales y familiares al mismo tiempo, también ingresa a un contexto social e histórico determinado en el cual se le exige que tome decisiones que la involucran a ella como sujeto particular inmerso en relaciones laborales determinadas; y que además le proporcionan una visión totalmente diferente a la que posee la mujer que exclusivamente se dedica al hogar, estamos

60) Lagarde, Marcela. Op. cit. p. 124

firmermente convencidos que entre mayores expectativas se le brinden al sexo femenino en el campo laboral mayores posibilidades de desarrollo e independencia se conseguirá. Las políticas económicas manejadas a nivel nacional al parecer brindan la oportunidad perfecta para el cambio; más según lo indicado por el presente Gobierno, el sexo femenino no podrá integrarse al desarrollo mientras no logre vencer la doble condición de desigualdad; la que comparte con el hombre por la clase social a la que pertenece y la que se añade por los prejuicios que tienden a marginarla.⁽⁶¹⁾ Resulta interesante lo que se señala, debido a que por un lado las políticas para el desarrollo, que maneja la presente administración exigen la integración de la mujer al contexto socioeconómico y político nacional, pero por el otro el Estado moderno capitalista, dispone a la familia para que represente lo familiar frente a lo público y de esta manera recluye a la mujer en el hogar, través de la dominación del poder ideológico y político, mediante el cual trata de convencerla de su importancia como reproductora, y de lograr el consenso en torno a esto.

Ante ello podemos señalar que los cambios sociales se generan cuando la clase dominante requiere adaptar o

61) Instituto de Estudios Políticos, Económicos y Sociales. Perfiles del Programa de Gobierno. 1988-1994. p. 21

modificar una determinada situación a favor suyo, al parecer el ingreso de la mujer al mercado de trabajo en forma aún mayor a la que actualmente se registra; se obtendrá con la implementación del Tratado de Libre Comercio; el cual puede tener muchos aspectos en contra respecto a la población mexicana, pero lo que sí es una verdad es que generará mayores fuentes de empleo requiriéndose por ello, mayor mano de obra, lo que habría que cuestionarse bajo qué condiciones se ingresará; sin embargo, la situación actual nos permite inferir que será bajo las mismas o peores condiciones, actuales en relación a las mujeres de las clases más desprotegidas, es decir la mayoría de la población femenina. Es por ello que se debe pugnar por un cambio paulatino en la forma de pensar de cada una de las mujeres que integran esta nación, y la cual deberá comenzar con una autovaloración como mujer y su derecho a elegir ella misma sobre el control de su fertilidad.

3.2 LA MUJER CAMPESINA

Generalmente creemos conocer la situación de la mujer que vive en el campo; sin embargo, lo único que tenemos es una visión simplista de la misma, carente en primera instancia

de realidad y en segunda de objetividad.

Desde los tiempos prehispánicos ha existido cierta división de actividades determinadas entre hombres y mujeres, más estas funciones no eran tan determinativas del sexo. Con la llegada de los españoles, la sucesión de la Conquista, el mundo indígena se vió totalmente desequilibrado, escindido, las concepciones universales para ellos fueron cambiadas por otras ajenas a los mismos. Es así que valores y creencias se alteraron a tal grado, que los indígenas quedaron sumergidos en una inercia total, en donde su iniciativa, lucha, fuerza, poder y creatividad se vieron cambiados por la pasividad, la resignación y la aceptación de una realidad impostergable.

Es curioso pero esta mentalidad aún se haya firmemente establecida en casi toda la población mexicana, aunque su observancia impera en las poblaciones rurales. Hablar de la situación que involucra a la mujer campesina es hablar sobre su vida en general desde su infancia hasta su muerte, creemos que es aquí donde mayor esclarecimiento se obtiene respecto a la vida de la mujer mexicana.

México es un país que actualmente lucha por integrarse al apresurado desarrollo y evolución que está sufriendo el

mundo entero, no sólo en materia económica, política, social y de salud. Es así, que encontramos un amplio interés del Gobierno del país por desarrollar una economía más abierta donde se brinden mayores posibilidades de participación del sector público y privado, desarrollo de una mayor infraestructura de la nación y perfeccionamiento de la superestructura existen; así también, el incrementar la inversión extranjera, todo ello con el supuesto de lograr mejores condiciones laborales, familiares, de salud y desarrollo de la familia y del individuo.⁽⁶¹⁾ Así mismo, en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 se señala que el desarrollo del país no puede llevarse a cabo en contra de lo que entraña nuestra cultura ya que se pugna por el desarrollo del país a la par del respeto absoluto de nuestras tradiciones y cultura. Consideramos que el desarrollo del país traerá aparejado mejoramiento de las condiciones de vida y de salud a la población mediante una mayor eficiencia en el aprovechamiento de los recursos existentes, implementos de las fuentes de trabajo, control de la migración y mayor desarrollo en las pequeñas ciudades, evitándose con ello la sobrepoblación en áreas metropolitanas y por consiguiente la marginación extrema. A nuestro parecer sólo de esta manera se podrá lograr una

61) Programa Nacional de Desarrollo. 1989-1994 p. 46

vida mejor para la población y por qué no, pensar también en alcanzar la esperada igualdad de los sexos mediante un mayor acceso y participación de la mujer en el mercado de trabajo, según nuestro criterio para lograr esto se requerirá la transformación de las condiciones de existencia de la mujer en donde la división social y sexual del trabajo deberá cambiar ya que la mujer del campo tendrá que dejar su papel de reproductora de la especie y producto de bienes y servicios que le permiten mantener las condiciones familiares vigentes; para integrarse al desarrollo de la nación que exige su participación. Asimismo se tendrá que dejar atrás la ideología dominante sexista, que desde antaño ha acosado a la mujer llamada machismo. Sin embargo se está conciente, de lo complicado que resulta ésto para poder consolidarse ya que son muchos los problemas preexistentes, teniéndose que la economía, el bajo desarrollo de la infraestructura y la deuda externa sostenida por el país dificultan el cambio. Todo ello nos lleva a una situación difícil en el área urbana, pero aún más complicada en el área rural, en donde la estructura heterógena de la población, el desarrollo económico limitado, y ciertos patrones culturales eminentemente tradicionalistas han dificultado el desarrollo. Teniendo que éstas son regiones en las cuales se maneja una economía

supeditada al sector primario, brindando lo necesario para subsistir en donde predominan bajos niveles educativos, con tasas de fecundidad elevadas superiores a cuatro hijos por mujer.⁽⁶²⁾ Resultado de deficiente educación sexual, e inicio de vida sexual activa a edades tempranas; en donde la planificación familiar se ha encontrado con diversos obstáculos que impiden su adecuado desarrollo, como lo es el predominio de ideas machistas que han conducido a la subordinación de la mujer y a la presencia de problemas de salud para la madre y el infante. Lugares en los que la infraestructura es mínima haciendo difícil el acceso a las comunidades; y por ende las acciones educativas e informativas sobre planificación familiar no se pueden implementar con la eficiencia que se desea. Todo ello nos da pauta para inferir la existencia de una población rural desnutrida, con riesgo alto a la morbi-mortalidad, con serios problemas de analfabetismo; con fuentes de trabajo insuficientes para la población económicamente activa; ante lo cual su actividad se ve limitada al sector primario, cabe mencionar a este respecto, que los cambios que actualmente se han operado en ella, economía internacional y nacional, dificultan el que la agricultura continúe como la única actividad de sostén para la familia rural, por lo

62) CONAPO. Programa Nacional de Población. 1989-1994. p.21

que día a día se incrementa el número de hombres que integran al campo laboral y venden su fuerza de trabajo bajo condiciones en algunas ocasiones realmente adversas; que no es otra cosa que la explotación que el régimen capitalista ejerce sobre ellos. Todo lo anteriormente señalado confabula, a nuestro parecer, para crear una situación precaria y paupérrima para la población rural.

Ante esto la situación en la que vive y se desarrolla la mujer quedaría por demás descrita, no obstante quisiéramos agregar que la campesina no sólo sufre los estragos de una situación económica difícil, si no que además se mantiene en completa subordinación al sexo masculino.

Marcela Lagarde señala la existencia de una triple opresión de la mujer campesina.

- a) Es genérica porque se trata de mujeres que en un mundo patriarcal comparte esta opresión de todas las mujeres.
- b) Es clasista porque las indígenas pertenecen en su mayoría a las clases explotadas y comparten la opresión de clase de todos los explotados.

c) Es étnica porque a ellas están sometidos los hombres sus grupos por el sólo hecho de ser de las minorías étnicas. ⁽⁶³⁾

La mujer campesina produce y reproduce; Lagarde señala al respecto que reproduce a los otros, a los seres vivos a través de la procreación. Asimismo reproduce y transmite la cultura de generación en generación; patrones culturales que se reproducen incesantemente conduciendo con ello a la reproducción de una ideología enteramente patriarcal. ⁽⁶⁴⁾

En una sociedad clasista y sexista como lo es la nuestra, el machismo persiste como elemento inherente a la vida familiar; si en la ciudad el machismo prevalece visiblemente, la cúspide del mismo lo encontramos en zonas rurales; de acuerdo con Lourdes Alvarado, el machismo es una relación social que ha permitido marcar dicotomías simplistas entre hombres y mujeres, como son pensante-pasivo, reflexivo-indiferente, luchador-sufrida, proveedor ama de casa, inteligente-sensible, virtud y cultura-natural. ⁽⁶⁵⁾

63) Lagarde, Marcela. Op. cit. p. 93

64) Idem. p. 356

65) Alvarado, Lourdes. El siglo XIX ante el feminismo.
p. 123

Al igual que en la ciudad el trabajo realizado por la mujer se tiene por natural, sin valor; se conoce que la mujer además de laborar en los quehaceres propios del hogar participa en las actividades agrícolas de temporal. De Ibarrola, cita que el 11% de la población total femenina del país se desarrolla en el sector agrícola más a nuestro parecer suponemos que este dato estadístico es mayor ya que si consideramos el total de población rural femenina, podríamos inferir que esta cifra es superior, ya que todas las mujeres de la familia rural participan activamente en todas las actividades agrícolas de temporal.⁽⁶⁶⁾

El hablar de la sexualidad de la mujer campesina, implica a nuestro parecer grandes enigmas, si bien es cierto que conceptualizamos a la misma como el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por éste; la cual constituye a los particulares y obliga su adscripción a grupos socioculturales genéticos y a condiciones de vida predeterminadas.⁽⁶⁷⁾ Al parecer la sexualidad define la forma de pensar, de sentir y la capacidad afectiva de cada sexo. A su vez la sexualidad permite que se asignen actividades económicas, políticas y sociales

66) De Ibarrola, María. Sociología de la educación. p. 145

67) Wilson, Schasf Anne. La mujer en un mundo masculino. p. 54

por sexo, asimismo al parecer éste crea la base sobre la cual se definirá el intelecto de cada individuo. Todo lo anterior nos lleva a reflexionar sobre la forma en que la mujer ha sido enclaustrada a causa de su sexualidad, ocasionando que se lo considere como carente de intereses y capacidades intelectuales y creativas, remitiéndosele a sus bien conocidas funciones de reproducción no sólo de la especie sino de la ideología hegemónica de la sociedad a la que pertenece. En el contexto rural estas concepciones son algo tan propio y aceptado que se considera natural e inherente a la mujer. Es a este respecto donde la hegemonía de la ideología, la cual ha sido reproducida por siglos, ha conseguido que la mujer no conciba una situación diferente a la que vive, ha dejado de ser un sujeto auténtico al perder su autonomía como sujeto social, pero no son las leyes las que la privan de su libertad, ya que éstas proclaman la igualdad para ambos sexos, sino aquellas instituciones creadas por la sociedad como son la familia, la educación, etc., las que en su seno reproducen una y otra vez las relaciones de subordinación de la mujer al hombre. La mujer carece de autenticidad porque ni siquiera se percata de que esa misma sexualidad a la que se le ha confiado, se haya fragmentada brindándole una semivisión de

la realidad y sumiéndola aún más en la dependencia y subordinación. Esta fragmentación de su sexualidad se expresa a través de la importancia primordial que ocupa en cada mujer la procreación como experiencia vital básica e indispensable.

Por el contrario el erotismo es la parte de la sexualidad que cada una posee, se haya negado, es un medio jamás un fin; lo necesario para ver cubierto un objetivo, nos avergüenza expresarlo no importando que la mujer sea de la ciudad o del campo; desde pequeña, a cada mujer mexicana se le enseña a reprimirlo, se le educa para dar placer en forma involuntaria, ya que el sexo y el erotismo son un tema prohibido en las familias; inconcientemente se prepara a la mujer para ser una buena esposa, no sólo en el hogar, sino en la intimidad con el objeto de poder satisfacer al esposo y poder tener hijos; la mujer debe esperar para conocer el erotismo y una prueba feaciente de ello la tenemos en la virginidad que cada una guarda hasta el casamiento. Es el sello, la garantía para el varón del recato y pudor de la mujer, es la prueba de que jamás ha sido "usada", es prueba de que se ha guardado sólo para él.

Marcela Lagarde expresa que el erotismo es un espacio reservado a un grupo menor de mujeres ubicadas en el lado

negativo del cosmo, en el mal y son consideradas por su definición esencial erótica como malas, se trata de la puta. ⁽⁶⁸⁾

Se ha creado un verdadero tabú de cualquier aspecto en relación al erotismo. Hemos escuchado testimonios de mujeres campesinas que revelan mucho del sentir de ésta sobre la sexualidad; nos resulta interesante cómo un simple comentario revela toda una concepción sobre lo que piensa la mujer del erotismo; no es raro escucharlas decir al personal de salud que ha ganado su entera confianza frases como: -"Mi marido no me usó anoche"- ⁽⁶⁹⁾ Todo ello nos conduce a pensar y a preguntarnos; realmente se podrá involucrar a la mujer en diferentes aspectos del desarrollo del país, si ésta continúa con concepciones que impiden su hacer en cualquier campo?. A nuestro parecer será difícil ya que el sexo femenino se haya envuelto en una situación patriarcal anacrónica, en donde el ser y el hacer le son ajenos y sólo cuenta el pertenecer, el formar parte de algo o alguien, lo importante para la mujer campesina es ser buena, decente, virginal, eficiente para la producción de hijos y respetar, amar y ser fiel al marido, acatando sus decisiones aún las que la involucran por entero a ella. La

68) Lagarde, Marcela. Op.cit. p. 358

69) Entrevista con una mujer condata a usuaria de planificación familiar de la comunidad de Coaquimixco 13/03/92

mujer campesina acepta resignadamente su situación económica, algo que resulta paradójico es que la mujer no reciente ésto; es como si no le fuera ajeno repetir las mismas condiciones de miseria en las que vivió, continuándolas con su familia.

Actualmente en México se observa cierta preocupación por la situación en la que vive la mujer y su importancia de que se integre al desarrollo de la nación. Es así, que en la obra Perfiles del Programa de Gobierno 1988-1994; se propone diversas acciones para lograrlo entre estas acciones se encuentra:

1. Revalorar socialmente el papel de la mujer.

Señala la importancia de que la modernización del país se dé en armonía con las tradiciones y valores esenciales que caracterizan al pueblo. Además de que se mantenga la integración familiar ya que la institución familiar es la fortaleza donde trasciende el papel de la mujer.⁽⁷⁰⁾ A este respecto no objetamos que se debe de mantener el orden en relación a la cultura; más no aceptamos el que se conserve por entero la estructura cultural existente, ya que el

70) Instituto de Estudios Políticos, Económicos y Sociales.

Perfiles del Programa de Gobierno. 1989-1994 p. 23

conservar la armonía cultural equivale a la repetición de una misma ideología. Algo que nos parece sumamente importante es el reconocimiento del trabajo en el hogar y con los hijos y que se compartan responsabilidades por igual con el hombre: puntos bastante importante si se desea modificar una situación de raíz.

2. Promover la igualdad entre el hombre y la mujer.

Es aquí donde se busca promover ya no sólo normativa o legislativamente la igualdad de derechos entre el hombre y la mujer. Es necesario modificar las concepciones y conductas de todos incluyendo a la misma mujer. Algo que a nuestro parecer es excelente es la utilización de los medios masivos de comunicación que permitan la divulgación de valores, normas y conceptos donde verdaderamente se proclame la igualdad de derechos entre los sexos; y no se haga del mismo un tema superficial esporádico y sin importancia, el cual no trascienda ni concientice a la población .

3. Dar iguales oportunidades educativas a los hombres y mujeres.

Actualmente el Estado pugna por la igualdad de oportunidades educativas, ya que reconoce que desde antaño han existido limitaciones hacia la mujer que han impedido

su adecuada incorporación al sistema educativo; pese a que en las ciudades la mujer ha logrado mayores oportunidades de asistir a las escuelas lo que queda comprobado con el 39% que ocupan las mujeres en el nivel superior.⁽⁷¹⁾ La imperancia de patrones culturales eminentemente masculinistas; han restringido su completo desarrollo, coadyuvando con ello a problemas tales como deserción o reprobación elevada entre otros. Sin embargo, lo anterior no es preponderante, existen minorías que están logrando resultados excelentes en el campo educativo, y más adelante quisieramos ahondar en ello.

En el campo la situación es más desesperante debido a que el acceso a la educación se haya con más restricción para el sexo femenino, ya que la precaria situación económica, aunada a la cultura de la población condicionan un bajo nivel educativo. Es por ello que a nuestro parecer no puede existir mayor participación de la mujer en el campo educativo, mientras no sean corregidas situaciones de este tipo que son verdaderos obstáculos al avance.

71) Instituto de Estudios Políticos, Económicos, y Sociales. Op. cit. p. 22

3.3 La mujer y la familia.

La familia se define como una agrupación de parentesco que cría y educa a los niños nacidos en su seno y satisface otras necesidades humanas. ⁽⁷²⁾

Otra definición de familia la tiene como el ámbito social y cultural privado, como el espacio de pertenencia, definición de adscripción del sujeto, como institución del estado en la sociedad. La familia está formada por un conjunto de relaciones, instituciones, personajes y territorios. ⁽⁷³⁾

Hemos deseado partir de dos conceptos dados sobre la familia que se complementan entre sí y nos conceptualizan de manera exacta que es una familia; deseamos hacer dichos señalamientos ya que el tema que nos ocupa es el de definir la situación de la mujer en la familia. De acuerdo a los conceptos dados podemos expresar que la familia es una institución social que congrega personas emparentadas entre sí y la cuál tiene funciones básicas como son la protección ya que en todas las sociedades ésta ofrece a sus miembros un

72) Broderick, Carlfred. Hombre y mujer. pa. 154.

73) Lagarde, Marcela. op. cit. p. 352.

protección económica, material y psicológica, además de permitir la identificación y moldeamiento de personalidad de los hijos y ser la primera institución socializadora de los mismos. Es así que en nuestra sociedad, la mujer en la familia desempeña un papel perfectamente definido que por siglos se le ha impuesto y que es difícil que pierda éste; como Lagarde señala es el de madre esposa, cada una de las mujeres se encuentra inmersa en relaciones familiares tan atiborrantes histórica y culturalmente que resulta complicado el pensar en que se lleguen a librar de estas concepciones. Marcela Lagarde cita en su obra que toda mujer por el simple hecho de serlo es madre y esposa y esto a nuestro parecer es cierto, cada uno de los miembros femeninos vive, piensa y siente en su condición de madre y esposa. A todas se les prepara desde pequeñas a pensar que la procreación es lo esencial, lo máximo en relación a su sexo, se les hace vivir con el deseo ferviente de tener una pareja para sentirse realizadas y completas; todo ello las lleva a vivir bajo normas y reglas de otros.⁽⁷⁴⁾

La mujer mexicana es considerada y se considera como un objeto de placer, su función es satisfacer al otro, su erotismo es negado, oculto, es pecado inclusive el sólo

74) Idem. p. 353

pensamiento del mismo, y que decir de su expresión; a la mujer decente no se le permite sentir mucho menos expresarlo, ella cumple con proporcionarlo, pero para ella no deja de ser algo secundario requerido para poder ver lograda su intención básica, la procreación. Es por ello que no dejamos de cuestionarnos; como es posible que la mujer desee aceptar cualquier programa sobre planificación familiar, si se haya con un alto grado de desconocimiento sobre su propia sexualidad, si tiene de ésta sólo fragmentos; que le indica que la procreación es lo principal y el erotismo es sólo secundario. Realmente es difícil que la mayoría de las mujeres teniendo como precedente niveles educacionales bajos y situaciones económicas difíciles, acepten la planificación familiar como una solución a su problema. Algo muy importante es lo que Lagarde señala sobre la situación de clase de las mujeres; cita que ésta determina en gran medida el contenido específico de su maternidad, menciona que millones de mujeres en México viven la maternidad de la miseria, denota que la maternidad se asocia a la vida en condiciones de miseria siendo el ámbito del dolor y de la muerte, que aún son irremediables para centenares de miles de mujeres.⁽⁷⁵⁾ Para la mujer el embarazo es algo

75) Lagarde Marcela. Op. cit.p. 361

importante y se siente menguada si jamás llega a concebir, es tal la enagenación que sobre la fecundidad existe que jamás ni por un momento son valoradas ni por ellas ni por los hombres las condiciones paupérrimas de sus vidas y las de sus hijos. Lagarde señala en relación a ello, que la sexualidad y explotación llevadas a condiciones extremas de la opresión es decir, de la expropiación de las mujeres, de su cuerpo, de su trabajo, de su sexualidad, de sus hijos y de su capacidad política, condicionan a la muerte.⁽⁷⁶⁾

Para poder lograr cualquier cambio en la mujer, es necesario el que el sexo femenino se integre de manera activa y competitiva a la vida productiva del país; ya que su mayor participación permitirá el cambio paulatino de concepciones que desde antaño han imperado. El cambio de una sociedad femenina rural o urbana de analfabeta a alfabetada, especializada e industrializada, permitirá el cambio de concepciones y conductas por parte de ésta, hacia el matrimonio, la familia e inclusive los hijos; ya que éstos pasarán de ser una necesidad imperiosa para satisfacer a otros, a una costosa carga en caso de existir una familia numerosa, que impedirá no sólo la realización profesional de la mujer, sino que permitirá además el que ésta valore y tome conciencia de la responsabilidad que entraña la

76) Idem. 365.

procreación teniéndose que ésta debe de ser deseada y no un mero accidente. Estamos verdaderamente convencidos que conforme se logre una mayor transformación de las pautas de esparcimiento, de las aspiraciones de educación y movilidad social, además de que cada una de las mujeres conozca y maneje sus derechos y obligaciones se logrará el cambio de los modelos culturales vigentes respecto a la mujer.

3.4 La mujer y la educación

Artículo 30. La educación que imparte el Estado-Federación Estados, Municipios tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez el amor a la patria y la conciencia de la solidaridad internacional en la independencia y en la justicia:

1.- Garantizada por el artículo 24 la libertad de creencias, el criterio que orientará a dicha educación se mantendrá por completo ajeno a cualquier doctrina religiosa y basado en los resultados del progreso científico, luchará contra la ignorancia y sus efectos, las servidumbres, los fanatismos y los prejuicios. Además:

a) Será democrático, considerando a la democracia no

solamente como una estructura jurídica y un régimen político, si no como un sistema de vida fundado en el constante mejoramiento económico, social y cultural del pueblo;

b) Será nacional, en cuanto -sin hostilidades ni exclusivismos- atenderá a la comprensión de nuestros problemas, al aprovechamiento de nuestros recursos, a la defensa de nuestra independencia económica y a la continuidad y acrecentamiento de nuestra cultura, y

c) Contribuirá a la mejor convivencia humana, tanto por los elementos que aporte a fin de robustecer en el adecuado, junto con el aprecio para la dignidad de la persona y la integridad de la familia, la convicción del interés general de la sociedad, cuanto por el cuidado que ponga en sustentar los ideales de fraternidad e igualdad de derechos de todos los hombres, evitando los privilegios de razas, de sectas, de grupos, de sexos o de individuos.⁽⁷⁷⁾

El presente artículo sustenta las bases legales para que se lleve a cabo el acceso a la educación por igual entre hombres y mujeres; actualmente se conoce que cada uno de

77) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
p. 11-12

tres mexicanos ingresa al sistema educativo; teniéndose una proporción de dos hombres por una mujer.⁽⁷⁸⁾ Asimismo, se conoce respecto al nivel educativo que en la ciudad se tienen los más jóvenes tienen un promedio de 9 años de estudio, por otra parte son minoría los que superan este nivel aspirando a estudios de bachillerato, licenciatura, maestría y doctorado; entre la población adulta madura de medio socioeconómico medio y bajo se conoce que prevalecen grados de escolaridad de cuatro a seis años, y en algunas ocasiones ni siquiera ésto. Todo lo anterior nos habla de la grave problemática que en materia educativa vive el país.

El analfabetismo es un problema persistente en la nación que atañe y obstaculiza de manera directa aspectos de tipo económico, político, social y de salud. Es así, que el Estado busca que cada uno de los mexicanos se integre al sistema educativo en las mejores condiciones y cuanto antes sea posible, para lograrlo se pretende la modernización del mismo, así como su mayor viabilidad y confiabilidad. El Estado ambiciona con la educación de cada uno de los mexicanos, el concientizarlos de su identidad nacional, el hacerlo capaz de compartir solidariamente los afanes de paz

78) De Ibarrola, María. Sociología y la Educación. p. 144

y progreso de toda la humanidad. Se busca crear ciudadanos activos y preparados para incorporarse a una sociedad plural. (79)

Más si definimos a la educación como terreno de lucha y superación. Se podrá comprender que el proceso educativo no es neutro ni funcional, si no conflictivo, responde a diversos intereses de clase e influye en la división social y sexual del trabajo. Además de ser un poder ideológico que permite el control social y la dominación consensual; es también un terreno donde se expresan los antagonismos estructurales. (80) Ante ello quisiéramos señalar que el sistema educativo responde en todas las sociedades, a intereses de la clase dominante, así como permite la producción y reproducción de las condiciones de existencia; en el caso del tema que nos ocupa su objetivo consiste en la subordinación de la mujer a los intereses del sexo masculino, aunque es cierto, que la educación le permite a la mujer acceder a otras esferas congoscitivas e interpretativas; que a un futuro largo o corto darán la pauta para que ésta se integre; ya no digamos, al igual que el sexo masculino a la sociedad, porque consideramos; que

79) Instituto de Estudios Políticos y Sociales. Perfiles del Programa de Gobierno. 1988-1994. p. 98

80) C. Levy Claudine. Reflexiones en torno a la mujer, la familia y educación. p. 21

la mujer debe buscar y encontrar un sitio propio en esta sociedad, que le permitan intervenir directamente en aspectos sociales, económicos, laborales, políticos, culturales, etc. y es por ello, que apoyamos fuertemente el señalamiento hecho por el Estado en torno a la relevancia de la educación.

Según cita Patricia Galeana en su artículo: "Por el fin de la cultura antifeminista"; la educación es el medio fundamental para lograr el desarrollo del ser humano.⁽⁸¹⁾

Es por ello preocupante que prevalezca el analfabetismo dificultando como ya se ha señalado el desarrollo en diversos ámbitos pero ante esto también, hay que señalar que la difícil situación económica por la que atravieza el país, dificulta la mayor disposición de recursos a la educación y si esto ocurre a nivel macrosómico, que podremos considerar a nivel familiar en donde los recursos económicos apenas necesarios para satisfacer las necesidades prioritarias de la familia dificulta el que se puedan destinar grandes cantidades de dinero a la educación de los hijos; es así que a nivel urbano se encuentra que generalmente cuando la mujer termina la secundaria

81) De Ibarrola, María. Op. cit. p. 144

frecuentemente se le estimula a que estudie carreras cortas debido a que se piensa que el gasto en una educación profesional resulta excesivo, considerando que ésta acabará por casarse. En cambio, la situación para el hombre es diferente, ya que éste requiere mayor preparación porque a futuro tendrá que hacerse cargo de una familia. Sin embargo, se requiere aclarar que al menos durante la etapa primaria y secundaria existe igualdad de condiciones respecto a ambos sexos.

En relación a aquellas mujeres que optan por estudiar una profesión podemos señalar que su nivel socioeconómico condiciona el nivel educativo que poseen; sin embargo, aunque día a día crece la matrícula de mujeres que ingresan a la universidad podemos señalar que la gran mayoría de éstas opta por carreras de tipo humanístico o social y aquí coincidimos con C. Levy, cuando señala que la educación se presenta como una puerta de salida a la opresión a la que está sujeta la mujer; sin embargo las carreras por las que se inclinan, condicionan a que el mercado de trabajo femenino se presente como una extensión de las tareas hogareñas las cuales son oficios "femeninos", menos remunerados. Este hecho, tal vez ha sido un factor determinante, de que la mujer no haya podido integrarse del

todo al mundo público, debido a que se requiere su mayor participación en profesiones que se relacionen directamente con el desarrollo que el país exige en el ámbito económico, tecnológico, político y social.

En el campo, la situación es diferente, ya que la diversidad cultural e ideológica así como la heterogeneidad de las poblaciones condicionan el grado de aceptación al sistema educativo; pudiésemos señalar que lo importante a nivel rural; es que los estudios de la mujer no se extienden más allá del nivel obligatorio; lo cuál además de implicar posturas de índole económico involucra aspectos de poder ideológico; debido a que como cita C. Levy -Las unidades familiares reaccionan de diversas maneras ante la escolaridad jurídicamente obligatoria-. Para unas la educación formal de los niños no es la prioridad esencial y cuentan con otros mecanismos de educación comunitaria o informal de más fácil acceso, para otras es todo lo contrario. Al parecer esto representa una falta de poder hegemónico dentro de los proyectos del Estado.⁽⁸²⁾ Ya que persisten los niveles de escolaridad bajos; lo cuál deriva en una serie de problemas en el ámbito económico, político, social y familiar, y por ende en el ámbito salud; entre

82) C. Levy Claudine. Reflexiones en torno a la mujer, la familia y la educación. p. 8

ellos, altas tasas de fecundidad y altas tasas de morbi-mortalidad materno infantil. Al contrario que en la ciudad, a nivel rural las posibilidades para acceder de un sistema educativo básico al superior, son remotas o inclusive para terminar el nivel obligatorio; aunque debe señalarse que cuando existen las posibilidades se da preferencia al varón.

Teniendo en cuenta que la investigación que nos ocupa implica conocer los factores que condicionan la limitada aceptación de la planificación familiar por la mujer; podemos señalar que la falta de una educación completa y sistemática, así como la persistencia de los altos niveles de analfabetismo y grados escolares exigüos; son elementos que dificultan el cambio de concepciones de la mujer hacia la procreación. Más algo que no deseamos dejar pasar por alto es el citar que no es la educación actual de características eminentemente tradicionalistas y con una estructura de características masculinistas, quienes permitirán marcar el cambio, sino que se requiere de la participación de la mujer en una educación más real donde no imperen prejuicios ni concepciones culturales estereotipadas, si no todo lo contrario en donde la norma sea la modernidad y el avance, en donde se dejen atrás patrones

culturales y conductas carentes de objetividad, es así, que sólo de esta manera la mujer logrará concientizarse que su papel en esta vida va mucho más allá de tener un esposo e hijos a quienes cuidar y atender; ya que ella posee la capacidad para desarrollarse en cualquier campo que lo desee.

Sin embargo, es importante el mencionar que en el aspecto educativo, a nivel urbano el panorama no es tan oscuro para la mujer, se sabe que en los últimos años el porcentaje de la población femenina en las universidades se ha incrementado y según datos proporcionados por la Agenda Estadística 1987 de la Universidad Nacional Autónoma de México; en el ámbito de la enseñanza media superior el 40.05% de la población total está constituida por mujeres; ésto contrasta con el 23.14% registrado hace dos décadas. En el nivel de la licenciatura en la UNAM se ha duplicado la matrícula femenina en los últimos veinte años, hasta alcanzar el 41.56%. En posgrado el 39.5% de estudiantes de especialización son mujeres y en maestría y doctorado las cifras se elevan a el 40%.⁽⁸³⁾

Más a pesar de éstos datos estadísticos, es bien sabido que

83) Cfr. Agenda Estadística de la UNAM. 1987. p. 48

ésta situación no priva en todo el país, la mujer no sólo no puede continuar en muchas ocasiones con sus estudios si no que tiene que trabajar desde edades tempranas.

A nivel rural la situación es aún más preocupante, hay estados con promedio de escolaridad mayor a 8 años, aunque la gran mayoría no alcanza los cuatro años; más de 15,000 localidades rurales han perdido el servicio educativo que tenían, existe todavía una mínima oferta de educación secundaria para los jóvenes de las pequeñas comunidades, la formación de maestros se inclina más al saber para la ciudad que para el campo, la educación tecnológica es en general poco flexible y está más bien desligada del aparato reproductivo.⁽⁸⁴⁾

A este respecto quisiéramos agregar que a pesar de los múltiples recursos educativos que se brindan en el área rural, son muchas las deficiencias que imperan y que condicionan un bajo aprovechamiento de los alumnos, ya que hasta hace poco existía la tendencia general a lograr que los niños aprendieran en la escuela a leer, escribir, y a realizar algunas operaciones matemáticas prácticas; más esta situación ya no es sostenible debido a que se requiere

84) Instituto de Estudios Políticos, Económicos y Sociales.
Op. cit. p. 89-103.

de hacer más amplios los horizontes de cada individuo ya que además de lograr su superación intelectual, así como el desarrollar sus capacidades psicomotrices; se desea que al individuo se le concientice y se le haga partícipe en la solución de diversos problemas sociales tales como las altas tasas de natalidad y mortalidad materno infantil; es preciso crear y formar gente responsable de su hacer, sin embargo, estamos conscientes que mientras no se brinden condiciones económicas y sociales favorables, poco éxito se logrará en cualquier aspecto.

Ya es tiempo de que el sexo femenino se libre de modelos culturales atrasados que lo ponen como el paradigma ideal de mujer abnegada; México requiere que participe protagónicamente en su actividad pública y política y sólo podrá lograrse con su mayor acceso a la educación.

Algo que quisiéramos tratar en detalle ya que nos parece sumamente importante es un planteamiento que realiza Patricia Galeana, sobre las diversas formas de opresión específica de la mujer en las diferentes clases sociales; ella menciona que las reformas jurídicas no son suficientes ni basta el reconocimiento de derechos políticos, ni el haberse integrado a la vida productiva, se requiere un

cambio en la estructura psicológica y cultural de la sociedad y particularmente la familia para que la mujer pueda realmente administrar su poder y colaborar eficientemente en el desarrollo de su comunidad.⁽⁸⁵⁾ Esto es sumamente importante, debido a que la opresión de la mujer no se da en el ámbito jurídico-público debido a que existe igualdad de derechos y obligaciones para el hombre y la mujer si no por el contrario, se da en el ámbito familiar, en el ámbito ideológico que imposibilita a la mujer concientizarse de su opresión y actuar en contra de ella.

Consideramos pertinente señalar lo que sugiere Galeana a este respecto; la estructuración de un programa educativo que a través de la utilización de medios masivos de comunicación permita el cambio de ideas preformadas sobre la diferencia de sexos que rompa con el estereotipo asignado a la mujer.

Galeana propone acciones esenciales a nuestro parecer tales como:

1.- Educación en el ámbito familiar.- Con el objeto que se eliminen los supuestos roles entre hombre y mujer, y se le adjudique a estas actividades domésticas por igual que con

85) De Ibarrola, María.- Sociología y educación. p. 148

el varón y la participación por igual en el aspecto educativo y en las oportunidades en éstas áreas.

2.- Educación en el ámbito escolar.- Incluir en los libros de ciencias sociales de primaria y secundaria los derechos de la mujer; que permitan conocer a ésta sus derechos a edades tempranas; y agregaríamos a ésto, que se elabore un programa específico de educación sexual y educación familiar; que se le de a conocer a los jóvenes y que permita evitar con ello problemas tales como el embarazo no deseado.

Ya es tiempo de que la mujer rompa de una vez y para siempre con patrones culturales que la margina y que a nivel familiar se corresponsabilice con el varón en el cuidado y educación de los hijos así como en las tareas domésticas. Así mismo, para competir activamente y con igualdad de oportunidades con el hombre en la vida productiva se requiere no sólo una preparación exhaustiva por parte de ésta; sino que los trabajos se obtengan por concursos de méritos y no se asignen por sexo. Estamos frente a un proceso irrefrenable en el que debemos encontrar los mecanismos para acelerar los cambios y superar los obstáculos que se presenten.

3.- Combatir enérgicamente las conductas antisociales que afecten la integridad de la mujer. A este respecto el Estado busca la erradicación de problemas sociales tales como la drogadicción, alcoholismo, farmacodependencia, violación, maltrato a menores, desintegración familiar, paternidad irresponsable; que de una u otra forma afectan significativamente a la mujer.

4.- Apoyar a la planificación familiar. El Gobierno reconoce actualmente a la planificación familiar como la alternativa más viable para lograr cambios significativos a la problemática económica, social y de salud que vive en el país, además de permitir la existencia de una población acorde no sólo a los requerimientos si no a los satisfactores existentes en el país y con ello a su vez favorecerá el desarrollo personal de la mujer.

5.- Garantizar el ejercicio laboral de la mujer. La igualdad de derechos laborales entre los sexos, es una premisa básica, sustentada en la educada capacidad intelectual y pragmática de la mujer; además del espíritu competitivo en la mujer que a fin de cuentas posee la misma capacidad que el varón. Asimismo, se busca el que se respeten sus derechos que hasta el momento en muchos sitios

son pasados por alto conllevando a la subutilización y a la explotación del sexo femenino.⁽⁸⁶⁾

En el documento se señala que el estado buscará nuevas fórmulas que permitan volver reales los derechos reconocidos por el marco jurídico. Procurando auspiciar el establecimiento de jornadas de trabajo con horarios adecuados que contribuyen a su desarrollo social, económico y cultural, que puede capacitarse para ocupar mejores posiciones de su trabajo, que perciba salarios igual por trabajo igual.⁽⁸⁷⁾

6.- Dar mayor oportunidad de empleo. El ingreso al campo laboral bajo condiciones óptimas de capacitación permitirán a la mujer no solo el ingresar al área laboral; si no competir con el varón ya que existen condiciones tanto tecnológicas como industriales para lograrlo. Además se señala la necesidad de brindar oportunidades para que la mujer cumpla con sus actividades personales y familiares, sin ser un limitante en un trabajo.

7.- Atender especialmente a las mujeres del campo. En relación a este tema el Estado propone la revaloración de la mujer campesina en la familia y en la comunidad y nuevas

86) Instituto de Estudios Políticos, Económicos y Sociales.
Op. cit. p. 25

87) Idem. p. 25

formas de participación de éstas en las actividades agrestes. Sólo nos queda agregar que para poder lograr lo anterior se deberán romper con esquemas culturales y psicológicos que hasta el momento subsisten y que hacen imposible cambios en cualquier aspecto.

Abrir mayor espacio para la participación política de la mujer, la importancia de que la mujer se involucre verdaderamente en el ámbito político nacional es primordial, no sólo por el hecho de que es un derecho y una obligación a la vez, si no porque históricamente ha luchado por ello ganándose un sitio básico ya que posee la capacidad intelectual para intervenir con habilidad en la política nacional. En la actualidad su intervención es apreciada, sin embargo, la mujer y la sociedad en que se desenvuelve no ha logrado desprenderse de conductas e ideas profundamente establecidas de tal forma que la mujer aún cuando ocupe puestos políticos importantes no se ha logrado desarrollar tal y como debe de ser; ha caído en demagogias que le impiden tomar decisiones concretas.

Es importante la valoración de la mujer por la misma mujer y por los demás ya es tiempo de que intervenga directamente en la política del país y no sea simplemente un reflejo de

la idiosincrasia masculina. Cuando señalamos que debe intervenir directamente, hacemos referencia que aunque ésta ha participado activamente en movimientos políticos y sociales y hasta ha sido importante, mayoritaria en algunas ocasiones y exclusiva en otras; su participación no deja de centrarse en los roles asignados desde como lo son mujeres cuya participación se basa en la demanda de servicios básicos, aquellas que hacen demandas en pos de los hijos, o bien en movimientos laborales o feministas. Estos últimos le han permitido un mayor desarrollo como sujeto particular, sin embargo, aún no han llegado a concretarse del todo.

3.5 Aspectos socioculturales sobre el embarazo, el parto y el puerperio.

Se define como embarazo al período comprendido desde la fecundación hasta el momento del parto, cuya duración es aproximadamente de 280 días o cuarenta semanas.⁽⁸⁸⁾

Los cambios fisiológicos, bioquímicos y anatómicos que ocurren durante el embarazo son extensos y pueden ser generales o locales. Sin embargo, la mayor parte de los

(88) Olds, Sally. Enfermería Materno-Infantil. p. 181

cambios presentados desaparecen al término del embarazo y la mujer recupera el estado que tenía antes de éste durante las seis semanas posteriores al mismo.

Las alteraciones fisiológicas que se producen durante el embarazo conservan un ambiente sano para el feto pero no ponen en peligro la salud de la madre. Entre los cambios presentados se encuentran: A nivel digestivo los cambios que se generan implican aspectos fisiológicos como resultado del útero en crecimiento, es así que entre los de mayor relevancia se encuentra la disminución de la motilidad de vías gastrointestinales en general, así como incremento en la producción de jugos gástricos.⁽⁸⁹⁾

Aparato Respiratorio: El embarazo induce un grado pequeño de hiperventilación al incrementarse el volúmen de ventilación pulmonar de manera sostenida durante todo este período. La capacidad vital se incrementa durante todo el embarazo en tanto se conserva constante la adaptabilidad y difusión pulmonar, las mediciones de la resistencia de las vías respiratorias manifiesta una disminución notable durante el embarazo como reacción a las concentraciones elevadas de progesterona esto permite que se incremente el

89) Benson, Ralph. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétrico. p. 128.

consumo de oxígeno, la producción de dióxido de carbono y la reserva respiratoria funcional.⁽⁹⁰⁾

Aparato Urinario: Los cambios que se producen a nivel de éste aparato son tanto anatómicos como fisiológicos, entre los cambios anatómicos encontramos incremento en la longitud del riñón en 1.5 cm aproximadamente con aumento concomitante de su peso, dilatación de uréteres por lo tanto se incrementa la estasis urinaria, puede haber hasta 200 ml. de orina residual en el sistema colector dilatado. Esto a su vez es resultado de concentraciones elevadas de progesterona que contribuye a la hipotonía del músculo liso uretral. Respecto a lo fisiológico se tiene diversos cambios lo cual puede deberse al aumento de hormonas maternas y placentarias tales como la adreno-corticotrópica, antidiurética, aldosterona, cortisol, somatomamotropina coriónica humana y hormona tiroidea, así también contribuye el aumento del volúmen plasmático es así que éste deriva en cambio aumento de la filtración glomerular, debido a que se requiere eliminar con mayor eficiencia productos de desechos materno-fetal, incremento de absorción resultado de las necesidades de nutrientes y minerales por parte de la madre y el feto.⁽⁹¹⁾

90) Olds. Op. Cit. p. 224

91) Benson. Op. Cit. p. 130

Aparato Cardiovascular: El volúmen sanguíneo aumenta de manera progresiva desde el primer trimestre y lo hace rápidamente durante el segundo trimestre y más lento durante el tercero, para llegar a un nivel de 30 a 50% por arriba del nivel gestacional a término.

Los estrógenos estimulan la secreción suprarrenal de aldosterona, con lo que ocurre retención de sal y agua. La presión venosa femoral se incrementa lentamente al ejercer el útero cada vez más presión sobre el flujo sanguíneo de retorno. Aumenta la tendencia hacia el estancamiento de sangre en las extremidades inferiores, con lo que ocurre edema de las partes más bajas y tendencia a la formación de venas varicosas en piernas, vulva y recto durante la parte final del embarazo. La mujer embarazada es más propensa al desarrollo de hipotensión postural a causa de aumento del volúmen sanguíneo en las extremidades como resultado de hemodilución. Aunque la concentración es menor el volúmen total de eritrocitos se incrementa en realidad en 33% aproximadamente. El valor de hematocrito disminuye en un promedio de 7%, pero la cantidad total de heomoglobina se incrementa entre 12 y 15% por arriba de los niveles previos al embarazo.

La producción de leucocitos es igual o ligeramente mayor

que el aumento del volúmen sanguíneo. La cuenta promedio de leucocitos es de 10,000 a 11,000 por mm^3 .⁽⁹²⁾

Por lo anteriormente expuesto es comprensible como estos cambios presentados durante la gestación, con intervención de otros factores pueden evolucionar hacia aspectos patológicos, por lo cual se requiere un adecuado control prenatal durante el embarazo el cual tiene por objetivo prevenir, diagnosticar y tratar mediante acciones específicas la presencia de cualquier alteración en la madre y/o producto.

La importancia que cada mujer le brinda al control prenatal dependerá en gran medida del medio en que se desarrolle, del nivel socioeconómico y educativo que posee, así como la cultura donde se desenvuelva.

Es así que a nivel rural, la situación entre una mujer primigesta y una multigesta varía considerablemente, aunque muestra características afines las cuales han sido transmitidas generacionalmente. Como lo son casamientos a edades tempranas, embarazos no planeados, gran desconocimiento sobre aspectos de educación sexual, oposición a acep

(92) Olds, Op. Cit. p. 226

tar el uso de métodos anticonceptivos, prevalencia del machismo, niveles de escolaridad bajos, situación económica difícil, creencias firmemente arraigadas, infraestructura deficiente todo lo cual condiciona a que la mujer no lleve a cabo una vigilancia perinatal en cualquier momento del embarazo. Recurriendo a la partera de la comunidad generalmente cuando sufre algún trastorno durante la gestación. Entre los trastornos mencionados se encuentran presentaciones anómalas, sangrado transvaginal, ausencia de movimientos fetales; etc. A este respecto cabe señalar que no existen modificaciones en su forma de vida, respecto a nutrición, higiene, actividad y vida sexual; ante lo cual pudiésemos inferir que la mujer y el producto se hayan expuestos a un mayor riesgo de morbi-mortalidad.

En lo que respecta a las mujeres que habitan en zonas urbanas se puede señalar que la forma en la que cada una responde ante el embarazo dependerá de la clase social a la que pertenezca; así como de la educación que sobre el embarazo haya recibido previamente.

Parto

Es el proceso del nacimiento. El trabajo de parto puede definirse como una secuencia coordinada eficaz de

contracciones uterinas involuntarias que da como resultado borramiento y dilatación del cuello uterino y esfuerzos voluntarios de expulsión, todo termina con la expulsión del producto de la concepción.⁽⁹³⁾

La atención del parto ocurre de manera diferente a nivel urbano y rural debido a que en el primero las condiciones de vida citadina y la infraestructura de salud con la que se cuenta han condicionado que aún la mujer de bajo nivel socioeconómico pueda asistir a una institución hospitalaria en donde se les brinda la atención, bajo condiciones de asepsia y antisepsia aceptables. La mujer urbana actualmente no concibe otra forma de atención del parto que no sea en un centro hospitalario lo que condiciona la baja participación del hombre durante esta etapa; así como a inseguridad y temor de la mujer debido a que ingresa a un medio hostil para ella; todo lo cual en cierto momento repercute en una separación entre la pareja y el recién nacido. La mujer rural generalmente atiende el parto en el hogar con la asistencia de la partera de la comunidad, el cónyuge con poca frecuencia se ve involucrado durante el mismo, no existen acciones preparativas a éste como en el caso de la ciudad; ya que regularmente no se hacen ninguna

93) Olds, Sally. Po. cit. p. 240.

ninguna clase de modificaciones en el hogar para la atención del parto y si ocurren son mínimas. Aunque en general podemos señalar condiciones enteramente desfavorables. La posición que la mujer adopta para la atención del parto varía de acuerdo a la región, aunque con frecuencia las mujeres prefieren adoptar la posición en cucullas, sosteniéndose de un lazo con el objeto de que además de servirle de soporte pueda hacer fuerzas durante cada contracción. Asimismo es frecuente observar un amarre por medio de un rebozo a nivel de fondo uterino con el objetivo de favorecer la expulsión rápida del producto.⁽⁹⁴⁾

La atención del recién nacido también varía considerablemente entre el área urbana y rural; ya que a diferencia de la primera en la que al niño se le brinda una minuciosa atención desde el primer momento, máxime si presenta algún problema de tipo respiratorio, en el campo la situación es contraria ya que si el niño nació aparentemente sano, la partera relega la atención del infante para atender el alumbramiento de la madre. Por otra parte si el recién nacido presenta algún problema respiratorio manifestado por la ausencia de llanto las acciones a seguir por la partera

94) Observación directa en la comunidad de Quechultenango, Guerrero. 10 de mayo de 1992.

son las siguientes: "aspira las secreciones nasales succionando con su boca, las secreciones bucofaríngeas son eliminadas por medio de sus dedos, también se les estimula al introducirlo a una tina con agua fría.

Puerperio

El puerperio comprende desde el momento de la expulsión del producto y extracción de la placenta y membranas hasta los 42 días posteriores. Asimismo durante este período la mujer termina su adaptación física, psicológica y recupera su estado previo al embarazo.⁽⁹⁵⁾

Las diferencias registradas entre la mujer campesina y urbana en esta etapa, apuntalan a aspectos culturales y tradicionales que cada una maneja. Es así que a nivel urbano a la mujer que se encuentra en un medio hospitalario se le estimula a la deambulacion temprana y el aseo personal inmediato, en tanto que la del campo generalmente permanece en cama ya no los cuarenta días reglamentarios de antaño, pero si durante ocho días aproximadamente; siendo realizado el aseo personal hasta entonces. Inmediatamente después de salir del hospital la mujer guarda reposo relativo y se ocupa casi exclusivamente de la atención del

95) Olds, Sally. Op. cit. p. 254.

recién nacido; aunque por supuesto, esta situación varía, dependiendo de la situación económica, social y familiar de ésta.

4. EL ENFOQUE DE RIESGO EN LA ATENCION MATERNO INFANTIL.

Partiendo de la importancia de que el proceso reproductivo se lleve a cabo bajo condiciones óptimas, desde hace tiempo se han dado a conocer diversas alternativas para lograrlo. Entre las alternativas se haya el llamado enfoque de riesgo cuyo objetivo es la detección de factores que condicionen riesgo de morbilidad a la mujer en edad reproductiva o gestante y en este caso al binomio madre e hijo en un futuro con la finalidad de implementar acciones en cualquiera de los tres niveles de atención; con el objeto de atenuar, modificar o cancelar el riesgo.

En nuestro país una muestra del auge e importancia de este enfoque lo encontramos en la formación de diferentes instituciones, basando su sustentación en dicho enfoque. Entre ellas encontramos el Centro de Investigaciones Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (C.I.M.I.G.E.N.), institución privada que proporciona atención de primero y segundo nivel a población abierta, la

que lleva desarrollando sus actividades desde hace diez años aproximadamente.⁽⁹⁶⁾

Su antecedente se encuentra en un programa promovido por el Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), bajo el mismo enfoque, con el nombre de PREVISSSTE, teniéndose como objetivo la prevención y/o corrección de factores de riesgo materno infantil.⁽⁹⁷⁾

De esta manera podemos comprender la importancia que este enfoque tiene y la forma en que se relaciona con diversos programas de salud, tal es el caso de programas de salud dirigidos a sectores específicos de la población; como es el caso del Programa de Planificación Familiar, el cual se considera como un elemento esencial dentro de este enfoque ya que favorece la fecundidad en condiciones de salud adecuadas y planeadas, coadyuvando con ello a prevenir la presencia de riesgo durante etapas tales como embarazo, parto y puerperio así como en los cinco primeros años del niño.

96) CIMIGEN. Guía de estudios para la prevención de los defectos al nacimiento. p. 3

97) Entrevista al Dr. Carlos Vargas. Director del CIMIGEN, el día 21 de julio de 1992.

Por lo anteriormente expuesto consideramos la importancia que desempeña el enfoque de riesgo como medio indispensable para prevenir o tratar diversos daños que pudiese sufrir la mujer en edad reproductiva, gestación o el infante en sus primeros años de vida. Tal vez muchos lectores consideran que existe una relación ínfima entre este tema y el que nos ocupa, sin embargo no podrían estar más equivocados al respecto, ya que entre mayor número de facilitadores se proporcionen al desarrollo de éste, se estarán abriendo con ello nuevas expectativas para el triunfo de programas prioritarios como lo es la planificación familiar.

4.1 Conceptos básicos.

Para poder abordar el tema se requiere partir de la conceptualización de términos que facilitarán la comprensión del mismo. Para ello hemos incluido conceptos vitales que a continuación se presentan.

Riesgo: Se define como la probabilidad que tiene un individuo, un grupo de individuos o una comunidad de sufrir daño.

Daño: Es la aparición, agravamiento o complicación de un proceso patológico, pudiendo también interpretarse

como el resultado, afección o situación no deseada en función de la cual se mide el daño.⁽⁹⁸⁾

La probabilidad de riesgo se estima mediante tasas de incidencia y prevalencia cuando el daño es una enfermedad, un síndrome o complicación y en tasa de mortalidad si el daño es la muerte.

Factor de Riesgo:

Se consideran factores de riesgo todas aquellas características o circunstancias que aumentan la probabilidad de que un daño ocurra, sin prejuzgar si éste es o no una de las causas del daño, aún cuando su identificación haya sido motivada por una sospecha de causalidad.

Riesgo Reproductivo:

Es la probabilidad de que uno o varios factores de riesgos previos, presentes o previstos puedan ocasionar daño a la mujer en edad fértil o a su hijo en caso de que ocurra un embarazo.⁽⁹⁹⁾

La identificación y valoración de factores de riesgo

98) CIMIGEN. Normas para la atención materno infantil. p. 3

99) Ibidem. p. 4

permiten clasificar a este mediante modelos predictivos que al ser aplicados en forma sistematizada a las mujeres en edad fértil y al recién nacido propiciarán la implantación de programas en los diferentes niveles de atención preventiva.

Riesgo bajo	En el primer nivel
Riesgo medio	En el segundo nivel
Riesgo alto	En el tercer nivel

Riesgo bajo: Es la condición en la que se detectan factores previos actuales o previstos que pongan en riesgo la salud de la mujer en edad fértil o de su hijo, los cuales pueden ser controlados con los recursos del primer nivel.

Riesgo medio: Es la condición en que se detecta la presencia previa, actual o prevista de uno o varios factores de riesgo que aumentan la probabilidad de daño para la mujer en edad fértil o de su hijo, los cuales requieren de la utilización de los recursos del segundo nivel de atención.

Riesgo alto: Es la condición en la que se detecta la presencia previa de uno o varios factores de riesgo que aumentan la probabilidad de daño para la mujer

en edad fértil o de su hijo, los cuales requieren del tercer nivel de atención para su control.

Atención materno infantil: Comprende el control y manejo de: a) Mujeres en edad fértil (14 a 49 años), b) en etapa gestacional y pregestacional y c) niño de 0 a 5 años.

Todo lo anterior no permite conocer la relevancia del tema y como faltan elementos básicos aún por conocer respecto al mismo, se ha decidido abordar cada uno de los factores de riesgo de manera concreta y específica, que permita comprender el porqué la aplicación del enfoque de riesgo para la mujer de 14 a 49 años, estando o no embarazada, o bien durante etapas como el parto y el puerperio.

4.2 Factores de riesgo durante el embarazo.

A través de observar una alta incidencia en la morbimortalidad materno infantil y al mismo tiempo contemplar incrementos en dicho indicador, dió pauta a la creación e implementación de programas específicos encaminados a tratar una problemática que iba en aumento a pesar de los esfuerzos desarrollados en materia de salud materno e infantil. Esto resulta de fácil comprensión al considerar cualquier

población rural que adolece de los servicios de salud primarios. No pasando desapercibido la magnitud de la problemática se crearon programas oficiales específicos para la población rural tomando como eje el enfoque de riesgo en la etapa perinatal.

Con ello se pretende la prevención, el diagnóstico, tratamiento y cancelación de los riesgos a que se sujeta toda mujer al cumplir con su ciclo reproductivo; al mismo tiempo se lucha por una población infantil más sana que conlleve a incrementar los índices de salud más favorables a la población en general.

En cualquier tipo de sociedad, el embarazo por su carácter normal en la vida de la mujer, ha dado cabida a la poca vigilancia que este necesita para poder llevarlo y soportar lo satisfactoriamente donde no ponga en riesgo la vida de la madre como el producto.

En la dinámica gestacional se observan cambios tanto a la fisiología materna como a la apariencia física en general, que si bien son molestos para la mujer no son vistos como anormales para la población gestante y aún más para aquella que carece de la mínima información acerca del embarazo.

Mucho se ha dicho y escrito sobre la fisiología materna durante el mismo, así también sobre los factores condicionantes que le dan el carácter de riesgo al embarazo; así como la forma de cancelar dichos factores.

Observando un modelo de atención para dichos transtornos, podríamos citar que gran parte de éstos se previenen o se diagnostican a tiempo a través de un buen control prenatal y una atención estricta que conduzca a la eliminación de los factores creadores del riesgo perinatal. Pero ubicados en un área donde la multiparidad no es considerada como un incremento en las posibilidades de sufrir daño tanto a la madre como al producto y al tener tantos hijos como se puedan su cumple con una tradición tanto cultural como familiar, es por ello que se empleen en modificar dichas conductas no serán del todo fructíferos.

Al considerar que el embarazo no es del todo normal en aquellas mujeres que presentan características con deficiencias tanto alimenticias, de desarrollo emocional, físico y psicológico, como en aquellas que ostentan embarazos a edades tempranas o avanzadas se instrumentó el factor de riesgo que como ya se mencionó antes dió pauta a la creación de verdaderos programas encaminados a cancelar el riesgo perinatal.

Son muchos los factores de riesgo que desencadenan verdaderos trastornos durante el embarazo, parto y puerperio. Ubicándonos en un área rural a continuación se mencionan los factores que son más frecuentes en dichas áreas.

4.2.1 Edad materna

Tomando en cuenta los embarazos en las mujeres adolescentes vemos la problemática que éstos representan en esta edad, ya que son mujeres con falta de desarrollo físico completo que repercute en la talla, configuración pélvica, osificación de la pelvis, falta de madurez para aceptar un cambio de estado así como la falta de atención prenatal por ocultar el embarazo. A su vez, las mujeres en esta edad tienen un riesgo mayor de tener hijos con bajo peso a causa de una alimentación deficiente en elementos necesarios para el desarrollo de un embarazo.

Un embarazo, en edad materna avanzada de 35 años y más, es más probable que se acompañe de problemas similares a las de mujeres adolescentes, pero son más frecuentes, las anomalías cromosómicas, niños prematuros o niños con bajo peso al nacer.

4.2.2 Desnutrición

La nutrición de la madre es un factor importante para el desarrollo del feto y para ello es necesario el suministro constante para conservar la función y estructura del cuerpo ya que durante el embarazo aumentan las necesidades corporales de nutrientes, especialmente las proteínas y minerales.

La suficiente calidad de los alimentos que consume la mujer embarazada va a contribuir al desarrollo normal del feto y de la propia madre. Durante el embarazo una de las causas primordiales de la desnutrición son las carencias alimenticias y de sus componentes principalmente la ausencia de hierro.

Dentro del área rural, la mujer embarazada sufre estos trastornos por deficiencia en la calidad de sus alimentos y con gran frecuencia se observa un grado moderado de desnutrición el cuál para ellas no implica un factor de riesgo, considerando éstos síntomas normales del embarazo.

4.2.3 Multiparidad

La mujer múltipara es aquella que ha tenido dos o más

hijos, considerándose uno de los factores de alto riesgo ya que en dicho evento se pueden generar una diversidad de problemas tanto maternos como fetales. Generalmente, en las mujeres que tienen más de dos hijos es frecuente encontrar patologías asociadas al embarazo, tales como: anemia, desnutrición, infección de vías urinarias, hijos con bajo peso al nacer y hemorragias. El objeto de resaltar este hecho obedece a que con gran frecuencia estas mujeres no acuden a consulta prenatal por considerar que su embarazo es una condición habitual y que su evolución va a ser normal.

La multiparidad conlleva a la sobredistensión de los músculos involucrados en el sostén del producto, pudiéndose originar desde inercia uterina hasta hemorragias postpartos y partos precipitados, implicando en ello traumatismos tanto a tejidos maternos como fetales.⁽¹⁰⁰⁾

4.2.4 Intervalo intergenésico corto

El período intergenésico corto está considerado como el tiempo menor al adecuado que se deja pasar de un embarazo a otro, el que en condiciones normales se espera que sea de 2

100) Cfr. Mondragón, Castro Héctor. Obstetricia básica ilustrada. p. 654-655.

a 3 años, coadyuvando con ello a la recuperación materna para afrontar en condiciones óptimas un nuevo embarazo. La sucesión de un embarazo a otro (intervalo intergenésico corto) va orillando a la mujer a la predisposición de un riesgo mayor, incluyendo al producto. Siendo la multiparidad subsecuente del intervalo intergenésico corto pueden ocurrir traumatismos de tejidos blandos y ocasionar sobredistensión de los tejidos abdominales. Al predisponer al útero a un nuevo embarazo, sin que exista la recuperación total de los órganos que intervinieron durante la etapa gestacional y el parto, los músculos abdominales no recuperarán ni conservarán su tono muscular, tomando en consideración embarazos rápidamente sucesivos.

4.2.5 Nivel socioeconómico bajo

Las mujeres de nivel socioeconómico bajo, suelen tener escolaridad baja, hábitos higiénicos deficientes, que condicionan la baja atención prenatal. Tomando en cuenta el medio en que se desenvuelve nuestra población rural que subsiste en condiciones marginadas y fuera del alcance de todo servicio de salud es poco factible que la mujer acuda por atención médica, lo cuál se ve condicionada por la atención de su salud por la partera.

4.2.6 Infecciones de vías urinarias.

En el embarazo, ocurren marcados cambios en la función renal, todo lo precedente puede contribuir al relativo estasis de la orina en los uréteres, pelvis renales y al mismo tiempo en la vejiga, que a su vez predispone a la infección del tracto urinario. La mujer embarazada se queja frecuentemente de aumento de la micción durante esta etapa, la frecuencia de micciones es común y puede ser confundido con un síntoma temprano de cistitis. Este aumento de la micción, probablemente es debido al aumento de vascularización vesical, así como el descenso de la capacidad vesical producido por el crecimiento fetal. Las bacterias que causan las infecciones de vías urinarias se originan por lo general, en la vagina o el recto.⁽¹⁰¹⁾ Cabe señalar que durante el embarazo son frecuentes las infecciones de vías urinarias, las cuáles predisponen a su vez a abortos, partos prematuros y ruptura prematura de membranas.

4.2.7 Varices

Las venas varicosas es un trastorno que se presenta en cerca de 20% de personas adultas. La mayoría de las mujeres notan

101) Cecil. Tratado de Medicina interna. p. 410

la presencia de venas varicosas durante el embarazo. Las venas más afectadas son de las extremidades inferiores por efecto de la gravedad sobre la presión venosa.

En personas con venas varicosas de las extremidades inferiores, se ha encontrado aumento de la elasticidad venosa y disminución en la cantidad de la colágena.⁽¹⁰²⁾

En el área rural, este padecimiento no es factor de riesgo para la mayoría de las mujeres en la etapa gestacional, ya que además del trabajo del hogar se dedican al trabajo del campo, lo que requiere la mayor parte del día y por ésta razón este problema es asintomático sobre todo en fases tempranas del padecimiento y en ocasiones presentan molestias en las extremidades inferiores con edema, siendo ésto un síntoma normal del trabajo realizado durante el día y no un padecimiento que pudiera surgir durante el embarazo.

4.3 Factores de riesgo durante el parto

Los factores de alto riesgo durante el trabajo de parto, incluyen las implicaciones maternas y fetales, encontrándog

102) Cecil. Tratado de Medicina interna. p. 410

se las hemorragias, el trabajo de parto prolongado y las presentaciones anómalas del producto.

El trabajo de parto es un proceso dinámico caracterizado por contracciones uterinas que aumentan en regularidad, intensidad y duración para causar dilatación progresiva y borramiento del cuello uterino y permitir el descenso del producto por el conducto del parto.

En condiciones normales la duración del trabajo de parto para primigestas se establece de 8 a 12 horas en tanto para las multíparas se sitúa entre 6 y 8 horas.⁽¹⁰³⁾ Tomando en cuenta lo anterior podemos definir al trabajo de parto prolongado como el parto real, que dura más de 24 horas, la prolongación del trabajo de parto no es debida únicamente a la insuficiencia de la función miometrial si no que obedece a múltiples factores entre ellos la desproporción céfalopelvica y anomalías cromosómicas.

En circunstancias normales, el cérvix compuesto casi enteramente de tejido conectivo fibroso denso, es firme e inflexible, hasta las últimas semanas del embarazo, en que se aprecian por vez primera reblandecimiento y borramiento.

103) Benson, Ralph. Manual de Gineco-obstetricia. p. 380

Si este proceso no llega a producirse pueden dar lugar a una distocia cervical.

En el parto prolongado pueden ocurrir elevada incidencia de infección, deshidratación grave y hemorragia postparto debido a atonía uterina y laceraciones del conducto vaginal. ⁽¹⁰⁴⁾

4.4 Factores de riesgo durante el puerperio

Las complicaciones más graves del puerperio son las laceraciones del canal del parto, hemorragias e infecciones.

La hemorragia postparto, puede ser causada por atonía uterina, retención de restos placentarios o desgarros del conducto del trabajo de parto, existiendo una pérdida sanguínea de 500 ml o más después del nacimiento del producto. ⁽¹⁰⁵⁾

Entre las causas de hemorragias postparto se incluyen atonía uterina, laceraciones y retención de restos placentarios.

104) Idem. p. 381

105) Mondragón Héctor. Obstetricia básica ilustrada. p. 410

Atonía uterina.- La hemorragia postparto es controlada fisiológicamente por las constricciones de las fibras miometriales entrelazadas que rodean vasos sanguíneos que abastecen el sitio de implantación placentaria. Hay atonía uterina cuando el miometrio no se puede contraer. ⁽¹⁰⁶⁾

Laceraciones.- La hemorragia excesiva por las laceraciones pueden ser causadas por un parto precipitado o no controlado del cual las laceraciones de los vasos sanguíneos situados debajo del epitelio vaginal o vulvar produce hematomas.

Retención de restos placentarios.- La retención de tejido placentario y membranas causa 5 a 10% de los casos de hemorragia postparto. ⁽¹⁰⁷⁾

Infección puerperal.- La morbilidad de las infecciones puerperales afecta de 2 a 8% de las puérperas y es más común en las de estado socioeconómico bajo. ⁽¹⁰⁸⁾

Una de las causas primordiales de las infecciones puerperal

106) Idem. p. 415

107) Idem. p. 416

108) Benson. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico. p. 535, 536, 543.

les en el área rural, son los hábitos higiénicos deficientes en esta etapa, debido a que por costumbres de esta región el aseo personal es hasta después de los ocho días del nacimiento del producto con total reposo; condicionando con ello la proliferación de microorganismos patógeno, aunque debe señalarse que a pesar de estas condiciones adversas, es bajo el índice de infección puerperal a nivel rural.

5. LA PLANIFICACION FAMILIAR COMO UNA ESTRATEGIA

ANALISIS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

El crecimiento poblacional en México se haya en íntima relación con aspectos de tipo económico, social, político y cultural que han determinado el desarrollo del país. Es por ello que el Estado reconoce y valora la importancia de la población en el desarrollo de la nación y cita que la población en su dinámica de crecimiento natural, en su movilidad y en su patrón de distribución territorial es sujeto y objeto fundamental de desarrollo.⁽¹⁰⁹⁾ En el Plan Nacional de Desarrollo se habla sobre la necesidad de aprovechar el potencial productivo de los mexicanos para elevar sus condiciones de vida; mediante la creación de empleos, atención de las demandas prioritarias de bienestar social, protección del ambiente y erradicación de la pobreza extrema, de tal manera que la población se convierta simultáneamente en el recurso básico para el desarrollo y en su beneficencia.⁽¹¹⁰⁾ Sin embargo el lograr ésto resulta sumamente complicado por la importante explosión demográfica registrada en el país a partir de 1823 en donde la política en materia de población era poblar un

109) Consejo Nacional de Población. Programa Nacional de Población. 1989-1994 p.6

110) CONAPO. Plan Nacional de Desarrollo. 1989-1994 p. 27

territorio de cuatro millones de Km², que apenas estaba poblado por seis millones de gente; todo ello con el fin de mantener la defensa de los límites geográficos en el territorio nacional. A partir de ello se influyó en la idiosincracia de la población con patrones culturales en donde la idea principal era la procreación y la importancia de la misma para la felicidad de la pareja, la familia numerosa estuvo en auge desde ese tiempo hasta los años treinta, en donde las políticas de salud, económicas y sociales apuntaban a favorecer la natalidad y a disminuir la mortalidad. Entre los años 40 y 70 se consigue lograr el objetivo trazado; más no así los resultados son satisfactorios en el aspecto de migración poblacional, en donde ya desde entonces se presentaba emigración intensa de la población hacia áreas metropolitanas y ciudades medias. Ahora, a partir de inicios de los 70s cuando se repara, en que el crecimiento demográfico no va acorde a los recursos económicos y naturales del país y es así que se formula una ley sobre población en 1974; en ella se asienta el objetivo básico de la política poblacional, como lo es el regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo,

económico y social.⁽¹¹¹⁾ Para logra lo anterior se formularon una serie de acciones encaminadas a obtenerlo, entre ellas se fundamenta la plena igualdad entre el varón y la mujer; aunque a este respecto quisiéramos agregar que desde ese tiempo, no se ha pasado de la simple formulación en donde en lugar de planear e implementar acciones específicas para lograrlo, se concretó a ser un postulado más en un papel en donde poco o nulo valor tenía en la familia de ese tiempo, y por que no decirlo, en la de este tiempo también. Asimismo se brinda especial atención a la promoción de la organización y el desarrollo de la familia y eleva a rango de garantía individual el derecho que tiene toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamento de sus hijos.⁽¹¹²⁾ Para alcanzar ésto, se tiene como medio la antes rechazada planificación familiar, y es un medio y no un fin como se cita en el Programa Nacional de Planificación Familiar; porque permitirá el controlar una población que estaba siendo incontrolable en el aspecto económico, ya que entre menos sea el crecimiento demográfico menor gasto del gobierno en educación, salud, asistencia social, etc. Asimismo en el aspecto político, ya que se facilita

111) CONAPO. Programa Nacional de Población. 1989-1994 p.21

112) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
p. 6

plantear una línea política para un pueblo pequeño y controlado que todo lo contrario. Así también, en dicho documento se señala la relevancia de un control de la migración interna que descansa en tres áreas principales que hasta hoy se mantienen vigentes: retención de la población, reorientación de corrientes migratorias y reubicación de la población, así como el desarrollo de ciudades medias.

Para nadie es oculto, el que la planificación familiar se ha hecho ver como la solución de todos nuestros problemas, a partir de que se redoblaron esfuerzos y acciones para favorecer ésta, se ha logrado una aceptación mayor y la situación en la que vive la mujer tanto familiar como laboral, la ha orillado a incluirse en el grupo de la planificación familiar ante esto, nosotros creemos que la planificación familiar aporta y brinda oportunidades de desarrollo personal y profesional a la mujer, no estamos en contra si no a favor de la misma. Más algo que no podemos pasar por alto son los embustes que el gobierno promueve para encubrir sus verdaderos fines y que al fin y al cabo seamos muchos o pocos tiene a la población viviendo en la misma forma sino es que mucho peor.

Ya desde 1982 en donde se presentó la situación económica más difícil que ha atravesado el país con la deuda externa en crisis, la inflación desatada y la devaluación de nuestra moneda; no hemos podido superar ni conseguir mejores condiciones de salud y vida para los mexicanos de entonces, ni para los 81.1 millones de mexicanos que eramos para 1990 y los que seremos actualmente al registrarse un crecimiento de 1.7 millones anual.⁽¹¹³⁾

Se habla sobre cumplir con el Acuerdo Nacional para el Mejoramiento Productivo del Nivel de Vida, para ello se promueven dos objetivos: El primero disminuir el crecimiento demográfico impulsando el descenso de la fecundidad y la mortalidad infantil; y el segundo el propiciar una distribución de la población, congruente al aprovechamiento eficiente de los recursos territoriales, a través de moderar la migración y fortalecer el crecimiento de las ciudades medias.⁽¹¹⁴⁾

Respecto al primer objetivo, se tiene que según datos proporcionados por el XI Censo de Población y Vivienda, el 38% de la población tiene menos de 15 años incluyendo

113) Secretaría de Salud. Programa General de Planificación Familiar. 1989-1994 p. 9

114) CONAPO. Programa Nacional de Población. p. 41

población pre-escolar, escolar y unos 700 mil jóvenes de entre 12 y 14 años que trabajan o buscan trabajo, lo cual nos habla de una población potencialmente en riesgo reproductivo antes o después de un tiempo; el 58% de la población total entre 15-64 años, participa en su mayoría como población económicamente activa; el 4% de la población tiene más de 65 años. Según se nos indica gracias a la importancia que ha adquirido la planificación familiar actualmente se ha logrado el que los grupos de 15 a 64 años aumente, en tanto que los otros disminuyan, ya que ha descendido la natalidad y la tasa de fecundidad; así como ha aumentado la esperanza de vida a 72.9 años para la mujer, y a 69.4 años para el hombre, gracias a la tecnología, urbanización e infraestructura adquirida por el país.⁽¹¹⁵⁾

Más a pesar de que se cita el aumento en la cobertura de la planificación familiar a 9.5 millones de usuarios no dejamos de sentir que la información carece de veracidad y exactitud, y nos cuestionamos esto ya que como se ha dicho las mejoras en las condiciones de vida de la población, en el ámbito salud, economía, educación trabajo son exiguas; asimismo; la realización de un programa familiar más operativo y viable, con metas y objetivos fijados en base a los recursos con los que se cuenta son deficientes, tanto a

115) CONAPO. Idem. P. 41

nivel nacional como a nivel estatal; todo ello condiciona a que los programas que se formulan no pasen de ser trámites de escritorio en los cuales los resultados logrados se enmascaran con tal de quedar bien de un nivel a otro.

Es por ello que nosotros deseamos tratar ciertos puntos de dicho programa para poder entender de mejor manera los alcances que hasta el momento; ha tenido el mismo.

En el programa se cita la importancia de disminuir la fecundidad y la mortalidad infantil, redistribuir la población en el territorio nacional. Respecto al control de la fecundidad se busca disminuir el número de hijos que la mujer puede tener al término de su vida reproductiva, la cual se sabe fué de 3.2 hijos por mujer para 1990. A nuestro parecer este dato sería aplicativo a zonas urbanas en donde las condiciones en que se vive ha promovido lo anterior, más a nivel nacional esto no impera; las condiciones económicas, educativas, culturales, sociales y políticas y la heterogeneidad de la población hacen difícil el creer en ello; ya que a nivel rural se mantienen las altas tasas de fecundidad las cuales son superiores a 4 hijos por mujer, asimismo; se sabe que el uso de anticonceptivos en mujeres sin escolaridad en zonas rurales

es sólo el 17%, mientras que las que estudiaron secundaria y habitan en las áreas urbanas son casi el 71%.⁽¹¹⁶⁾ Para lograr disminuir la fecundidad se busca el que se cambien patrones de reproducción por la pareja, que vincule a la población, al desarrollo y que se consoliden servicios de educación y comunicación, sin embargo; aunque estas acciones se escuchan excelentes hasta la fecha no se han logrado operativizar como es debido, ya que resulta difícil cambiar las concepciones que sobre fertilidad tiene la pareja lo cual si es complicado en la ciudad lo es aún más en el campo, ya que no existen acciones específicas para lograrlo y para erradicar un mal que desde antaño ha acechado; el machismo, asimismo; existe la creencia de los políticos demagogos sobre su capacidad de cambiar todo, sólo porque ellos consideran que así debe ser, al parecer el cambio de patrones culturales implica la consolidación de los servicios de salud y educación, aspecto que hasta el momento no ha sido resuelto, ya que a pesar del avance tecnológico y en infraestructura de salud, aún son muchos los de protegidos en esta materia; y la calidad de la atención proporcionada resulta deficiente. Respecto a la educación se pretende que con la reforma educativa se logre mejorar

116) Secretaría de Salud. Programa Nacional de Planificación Familiar. P. 22

la calidad y la utilidad de la educación que se proporciona pero son muchas las deficiencias encontradas tanto en el área urbana como en la rural, en donde la educación que se brinda resulta limitada a la enseñanza de conocimientos prácticos; en donde el nivel educativo desigual de los profesores rurales dificulta una enseñanza uniforme; y la supervisión a su trabajo es mínima, en donde no se hace una correcta evaluación del aprendizaje del alumno. Así también la falta de recursos de la familia y los patrones culturales que se tiene en torno a la educación promueven el que los jóvenes sólo tengan posibilidad de asistir al nivel básico y no aspirar a un nivel medio; favoreciendo que estos sigan el mismo patrón de vida que sus padres como son educación deficiente, subsistencia gracias a la actividad primaria, casamientos a edades tempranas, embarazos frecuentes y familias numerosas, situación económica difícil que implica tener lo mínimo para subsistir, acceso limitado a los servicios de salud condicionando a morbilidad elevada. Es aquí donde se valora correctamente la necesidad de que se lleven a cabo cambios en el sistema educativo y en las concepciones que maneja la familia sobre educación, ya que es necesario que la gente se concientice gradualmente de la problemática social y económica que enfrenta el país. Asimismo; actualmente se habla sobre la

importancia que entraña la educación sexual a los jóvenes como un medio para disminuir la fecundidad y los índices de natalidad que corresponden a 27.02 nacimientos por 1000 habitantes;⁽¹¹⁷⁾ más a pesar de ser formulados como los objetivos primordiales en los programas de planificación familiar que a partir de 1974 hasta la fecha se han elaborado, no se ha dado la importancia que merece, tal vez por los múltiples tabúes sobre la sexualidad y el erotismo que hasta ahora cargamos a costas, tal vez por las diversas ideas moralistas de nuestra sociedad o porque somos y seremos irremediablemente religiosos; más no importando la razón, e caso es que los jóvenes mexicanos siguen ocultando su erotismo y considerándolo como algo prohibido que no debe ser tratado en público; esto es lo que persiste hasta la fecha en que la censura de la sociedad impide que los jóvenes conozcan el significado de sexualidad, erotismo, relación sexual y método anticonceptivo; esto queda comprobado en cualquier nivel social no importa si somos profesionistas o campesinos. Es necesario romper con esta barrera que impide a los adolescentes conocer lo esencial sobre su sexualidad; no es posible que lo mantengamos como algo oculto o sucio, sino por el contrario es humano, y debe de imperar la

117) CONAPO. Programa Nacional de Población. p. 43

responsabilidad hacia nosotros mismos y hacia la pareja. Es por ello que si deseamos logros por parte de la juventud respecto a la planificación familiar es necesario que verdaderamente se les brinde una educación sexual esencial y no visiones fragmentadas de todo. Ya no basta ponerlo en un papel si no llevarlo a la práctica, es tiempo de que se tome en cuenta que los adolescentes de 10 a 19 años son los que representan actualmente casi la cuarta parte de la población del país y que se están registrando aproximadamente 430 mil embarazos anualmente,⁽¹¹⁸⁾ y todo ello por no brindar una adecuada orientación y educación sobre la función reproductiva.

Respecto al objetivo sobre disminuir la mortalidad infantil consideramos importante señalar que actualmente se mantiene en niveles altos como son: 38 defunciones por mil nacidos vivos, ante lo cual el Estado afirma que los índices aún son elevados y se expresa claramente que en las áreas rurales los infantes tienen doble probabilidad de morir que en la ciudad. Se sabe que anualmente en el campo están muriendo alrededor de unos 53,000 menores de un año y se conoce que de éstos se podrían salvar unos 31 000.⁽¹¹⁹⁾ Si se les proporcionaran condiciones de salud similares al de

118) Secretaría de Salud. Oc. Cit. p. 22

119) Estimaciones Elaboradas por el Consejo Nacional de Población. 1991.

las zonas más avanzadas del país. La cifra anterior es importante si se toma en consideración que el país dispone de la tecnología médica y sanitaria para salvarlos.⁽¹²⁰⁾ Más ante ello desearíamos exponer varios señalamientos como son: la manía de las gentes que tienen el poder del país, en suponer que la salud del pueblo radica en el aumento en el número de hospitales de segundo y tercer nivel que hay en el país, sin darle la importancia que realmente tiene el primer nivel de atención, no descartamos que a diferencia de antaño se ha avanzado en la prevención, más ésta no ha podido consolidarse como la mejor manera de mantener al pueblo sano, los esfuerzos y los medios son insuficientes y deficientes en calidad, el personal de las comunidades que tiene a su cargo esta importante tarea no está ni convencida ni comprometida; hemos escuchado comentarios por parte del personal de salud, que lo comprueban al mencionar, que es inútil dar pláticas sobre planificación familiar, higiene o salud a la gente si no lo entiende, si sigue enfermando para que esforzarse con algo que nunca cambiará. Y tal vez le damos cierta parte de razón, ya que genera frustración el que la tarea emprendida no brinde resultados pronto y visibles, más algo que debemos inculcar a la gente de salud, es que pasará largo tiempo antes que la gente

120) Programa Nacional de planificación Familiar. p. 17

modifique sus patrones de conducta. Otros de los señalamientos, es que jamás valoramos las concepciones que el pueblo tiene sobre salud-enfermedad, ya que a diferencia de la ciudad en donde la utilización de los medios masivos de comunicación han permitido crear conciencia en las madres sobre la importancia de prevenir enfermedades o tratarlas a tiempo; esto no es lo que encontramos a nivel rural, en primer término por que la madre considera al infante enfermo o a ella misma, cuando no puede levantarse de la cama, más no da por sentado que su hijo puede estar enfermo si arroja lombrices, tiene una infección ocular o simplemente una pediculosis, y si a ello agregamos las deficientes vías de comunicación de sus lugares de residencia hacia los municipios o ciudades y la insuficiencia de centros de salud para satisfacer los requerimientos de la población, además de las carencias en cuanto a recursos materiales y humanos de salud nos daremos cuenta del porqué la mortalidad infantil es aún elevada. Además quisieramos señalar la importancia que mantienen las parteras y curanderos para la población; quienes prefieren ser atendidos por éstos que por el personal de salud, ya que la gente aún conserva sus multiples creencias fantásticas sobre la etimología de las enfermedades, y se lo atribuyen a todo menos lo que realmente es, además de que

el personal de salud aún no logra ganar la confianza de la población lo que nos da pauta para comprender el porque la población no acaba de aceptar los métodos anticonceptivos.

Quisieramos agregar que desde nuestro punto de vista la planificación familiar brinda posibilidades bastante extensas para el mejoramiento de la salud de la población ya que contribuye hasta cierto punto a que la mujer se responsabilice con un número pequeño de hijos, en vez de tener que atender a un grupo numeroso, consideramos que esto a la par de mejoras en las condiciones de vida, creará el camino adecuado para una población más sana y creativa. ⁽¹²¹⁾

En lo relacionado por la situación actual por la que atraviesa la planificación familiar en el país, los datos más recientes son los que corresponden al año de 1990, señalándose que el 52.7% de las parejas unidas utilizan algún método anticonceptivo, de ello se conoce que el grupo

121) Actualmente se conoce que entre menos hijos tenga la mujer existe mayor probabilidad de que ésta se integre al campo económico, social, laboral y político permitiendo el que desarrolle actividades que antes le eran ajenas. Aunque al parecer todo ello depende del nivel de desarrollo alcanzado por el país y por la forma en que son manejadas las tensiones de clase.

de edad que ocupa mayor cobertura es el de 30-34 años con un 62.3%, posteriormente se encuentra el que va de 35 a 39 años con un 61.3%, el grupo de 40 a 44 años ocupa un 60.2%, el que ocupa coberturas más bajas es el de 15 a 19 con un 30.2%. Lo cual resulta paradójico ya que es el grupo de mayor riesgo reproductivo y riesgo de morbilidad materno-infantil. Asimismo; se señala que el grupo rural continua estando por debajo de los grupos urbanos. En el diagnóstico operativo del programa se señala que los resultados en planificación familiar no son homogéneos en todo el país ya que ha obstaculizado el éxito de la misma varios factores, entre ellos; la insuficiente información que sobre la planificación familiar se tiene en en el área rural que ha impedido que las parejas acepten algún método anticonceptivo, a esto se añadiría que aparte de múltiples deficiencias que se encuentran en el sistema de comunicación para la divulgación de la información sobre planificación familiar que tiene la gente que se encarga de llevar a cabo las acciones propias de promoción y educación en las comunidades, no lo hacen eficientemente en su gran mayoría por que se considera que es una pérdida de tiempo que no trae resultados eficaces; y para comprobar lo anterior basta consultar los logros alcanzados respecto a pláticas impartidas. Además que influye de sobremanera la

poca participación de los medios masivos de comunicación en la difusión de la información sobre planificación familiar.

Asimismo, se señala que otro de los factores obstaculizadores ha sido el que la labor de los prestadores de servicios en el medio rural, se ha enfrentado entre otros problemas a la limitación de los recursos y a la falta de material educativo específico para la promoción del programa. Con respecto a lo anterior, cierto es que el país a pesar que se dice va saliendo de la peor crisis económica registrada en la historia, aún continúan con serios problemas que han llevado a que los mexicanos en general, encuentran que su salario ha sido devaluado a la mitad y por lo tanto no pueden comer ni comprar como antes lo hacían, y si esto pasa a nivel familiar que esperamos a nivel de instituciones gubernamentales, entre ellas la Secretaría de Salud, cuyo presupuesto otorgado resulta insuficiente para las múltiples necesidades existentes; sin embargo, admirablemente a ello se sigue trabajando, pero habría que cuestionarnos que clase de resultados se obtienen. Por ello no resulta extraño que el trabajador labore a medias sólo para sacar el trabajo y no perderlo; ya que después de todo le da para ir sobreviviendo, y si a ello le agregamos el poco convencimiento que el personal de campo tiene en la labor

que realiza, debido a que desde antaño la formación del personal de salud se inclina más hacia el área clínica que hacia la comunidad, por lo que no es extraño que su trabajo no sea tan eficiente como debería ser. En relación a la falta de material educativo para la promoción del programa, se sabe de la existencia de este problema, más algo que resulta reprochable es que los pocos recursos que se tienen no se utilicen como es debido; en primer lugar porque existe una distribución deficiente, el tiempo de almacenamiento es prolongado y cuando son entregados su vigencia ha pasado, y en segundo lugar por que se utilizan inadecuadamente tanto folletos, carteles, trípticos como todo tipo de material de información. En relación a los mensajes que se manejan en dicho material, en ciertas ocasiones éstos no son del todo específicos ni objetivos y generalmente no establecen diferencias de acuerdo al grupo social al que va dirigido.

Es un aliciente saber que existe la preocupación por elaborar mecanismos para mejorar la motivación del personal prestador de servicio, tanto para la atención de usuarios como para la promoción del programa. Ya que este grupo es uno de los pilares donde se sustenta el éxito del programa de planificación familiar; mientras no se logre que el

personal encargado se involucre por entero en los objetivos que entraña el programa y se concientice en que su esfuerzo en unión de otros permitirá el éxito de éste, será difícil cambiar el panorama que hasta hoy se tiene, porque no sólo se lucha en contra de patrones culturales de la población que impiden la plena aceptación de la planificación familiar sino también contra la mentalidad cerrada del trabajador.

Estamos de acuerdo en que se requiere de una capacitación continua al personal comunitario, sin embargo; los problemas económicos también han intervenido en ello, ocasionando que los cursos programados hayan sido reducidos, retrasados o suspendidos y esto es aplicable a cualquier área.

En relación a la referencia de pacientes entre instituciones como se señala en el programa, esta no se ha dado en forma ágil y oportuna ya que existe un gran desconocimiento a nivel operativo de este acuerdo interinstitucional, para proporcionar en forma gratuita la atención a toda persona que solicite los servicios de planificación familiar,⁽¹²²⁾ ésta es una situación que encontramos tanto

122) Secretaría de Salud. Programa General de Planificación Familiar. p.21

a nivel urbano como rural pero con mayor incidencia en este último.

Se hace énfasis en la necesidad de ofrecer más opciones de métodos anticonceptivos con el propósito de elevar la calidad de la atención y lograr una mayor aceptación del programa. Esto viene valorándose y formulándose desde sexenios atrás y seguimos en las mismas condiciones, en primera instancia porque no existe una investigación científica suficiente par poder lograr lo anterior; encontrándonos que el reducido presupuesto con que se cuenta prefiere destinarse en la resolución de diferentes problemas de diferentes programas que la Secretaría de Salud maneja, ante esta situación lo único que nos queda es aguardar pasivamente a que en Estados Unidos y Europa se descubran otros métodos anticonceptivos, que con nuestros recursos se puedan adquirir.

Entre los retos políticos que enfrenta el gobierno y que a tres años de elaborado el Programa de Planificación Familiar no se haya podido consolidar, aunada a la limitada participación en el desarrollo de acciones específicas por parte de los gobiernos estatales y municipales.

También: a pesar de que en todo momento se proclama la utilización de los medios masivos de comunicación aún no se ven resultados de ello ya que éstos no se utilizan ni un 20%;⁽¹²³⁾ y los programas de planificación que se hacen para radio y televisión son vistos y escuchados por poca gente debido a que los mensajes no resultan atractivos para la audiencia además de que los horarios y espacios son inadecuados; es por ello que nos cuestionamos la infima valiosa ayuda que han proporcionado.

Al parecer la cadena televisora y radial nacional no consideran relevante el problema poblacional que atravesamos y por ello no se incluyen programas específicos e interesantes para promover a todos los niveles la planificación familiar.

La misma situación acontece respecto a la importancia que hasta el momento se le ha brindado al diferencial urbano y rural tanto en cobertura de usuarios como en el descenso de la fecundidad, es así que se busca promover una mayor difusión en las zonas rurales, algo que hasta el momento no se ha logrado, como ya se ha señalado la falta de recursos económicos, las deficiencias en el hacer del personal de salud y los patrones culturales de la población impiden que

123) CONAPO. Programa Nacional de Población 1989-1994. p.32

éstos acepten el control de su fertilidad como la respuesta a sus problemas. La cuestión ante esto es que la mujer no considera un problema el tener una familia numerosa, por el contrario para ella la situación es natural; aquí es donde debe radicar el cambio ya que al modificar todos aquellos conceptos culturales ideas que sobre procreación se tienen, se logrará la aceptación de la planificación familiar. También es necesario que se deje de considerar a ésta como una de las formas para lograr mayor bienestar a los estratos sociales que más lo requieren ya que contrario a ello se ha observado que esto no siempre ocurre, de tal manera que se le debe brindar un enfoque más integral y cualitativo, es decir, la planificación familiar es un medio que permitirá la reducción de la fertilidad, que aunado a condiciones de desarrollo suficientes permitirá una mejor vida para las familias mexicanas.

Algo que resultó interesante de comentar sobre el Programa de Planificación Familiar General, son las implicaciones cualitativas que se manejan sobre lo mismo, señalándose que ésta debe ejercer su papel como agente de cambio en aspectos fundamentales de nuestra sociedad, su aceptación y práctica de modificaciones en el comportamiento intrafamiliar comenzando por la planeación de su tamaño; ante esto

quisiéramos señalar que a nivel urbano es más factible que la pareja utilice algún método para espaciar el primer embarazo y planear el tamaño de la familia, aunque se debe denotar que no toda la población urbana maneja esto; sin embargo, en las áreas rurales la situación es totalmente diferente ya que el control de la fertilidad está a cargo de mujeres que tienen una familia que si no es numerosa si es media (de 4 a 6 hijos); y que generalmente no se puede objetar que planearon el tamaño de la familia, simplemente que ya no deseaban más hijos y que con gran frecuencia planifican sin el consentimiento del cónyuge; y por el contrario aquellas jóvenes que acaban de casarse, realmente les resulta imposible pensar en planificar antes de tener el primer hijo. Tomando en cuenta que el 50% de nuestra población tiene menos de 20 años y que se registran anualmente aproximadamente cerca de 400 mil nacimientos de madres entre trece y veinte años que representa el 16% del número total de nacimientos que ocurren en el país, se infiere que falta un buen tramo para conseguir no solo el control de la fertilidad si no el espaciamiento de embarazos. ⁽¹²⁴⁾

Consideramos que a la par de lograr esto se logrará valorar

124) Programa de Planificación Familiar. 1990-1991 p. 45

el rol de la mujer que le permita tener una vida sexual más sana, además de resaltar la importancia que tiene para ella una mejor educación, alimentación, vivienda y salud.

Entre los retos operativos del programa de planificación familiar general se encuentra el mejorar y ampliar la calidad de los servicios, asimismo se señala que la calidad se asocia a la mayor cantidad de métodos disponibles, aspecto que aún deja mucho que desear; también se maneja la calidad de la información que se proporciona a los usuarios, la capacitación técnica y profesional de los prestadores de servicios, y las relaciones interpersonales con los usuarios; a nuestro parecer todo ello se encuentra en íntima relación.

Insistimos en que la mayor participación de la mujer rural en la planificación familiar se logrará a través de un cambio en su entorno, iniciando por modificar las concepciones que tenemos sobre nuestra superioridad cultural e intelectual respecto de las poblaciones rurales; ya que ésto es una completa falsedad y mientras no comprendamos que esa gente tiene una cultura bien definida la cual se opone a la planificación familiar no podremos cambiar esta situación. Asimismo contribuirá a la solución de este

problema, la integración de personal que desee trabajar en primer nivel y que haya sido preparado para ello; ya no se puede permitir que en una función básica como lo es el primer nivel se encuentre gente que no esté capacitada para ello, igualmente el que en las escuelas de medicina y enfermería la preparación se enfoque hacia el área comunitaria y clínica. A nuestro parecer, si deseamos que las parejas acepten la planificación familiar se debe partir de lo anterior para que se pueda incidir en la forma de pensar de los hombres y mujeres con los que se trabajará.

Los objetivos del programa ya han sido tratados a lo largo de este capítulo más quisieramos tratar aquellos que hasta el momento no hemos mencionado: promover la participación del varón en el programa; resulta paradójico que a pesar que se cita ésto en los programas de población y planificación familiar a nivel nacional, esto no ha podido lograrse, iniciando porque los métodos van dirigidos en su gran mayoría a las mujeres, y que el personal de salud, está acostumbrado a trabajar exclusivamente con las mujeres, al considerar que es más fácil trabajar con ellas que con los hombres; también porque querámoslo o no,

nuestra población en general aún se halla bajo la sombra que promueve la superioridad del hombre respecto a la mujer, y es que tanto se nos ha repetido esto durante siglos que ya lo consideramos una verdad irrenunciable.

Como personal de salud nos sentimos inseguros al salir a campo y tratar con mujeres que no hacen de nuestra forma de pensar la suya al no aceptar la planificación familiar y desear tener más hijos. Imaginemos lo difícil que resulta para el personal tratar con los varones, pero éste es algo que no se ha podido superar la mujer, ya que resulta difícil acercarse al varón y hablarle sobre planificación familiar, siendo pocas las personas que en contadas ocasiones promueven la planificación familiar con el sexo opuesto. Generalmente utilizamos a la mujer para que realice una función que nos compete, como informar al varón de los métodos anticonceptivos existentes y sobre la importancia de la planificación familiar; no es posible que desliguemos nuestras obligaciones en personas que en primer lugar no se hayan preparados para el tema y en segundo por que el hombre da poca importancia a lo que la mujer diga, negándose a planificar y a su vez reprimiendo a la mujer por ello. Es por esto que consideramos que debemos cambiar nuestra forma de pensar y ampliar nuestro criterio respecto

al varón y no considerar a la mujer como el centro de la planificación familiar, si no como una parte esencial y al hombre como la otra parte con la que se requiere trabajar profundamente para que acepte la planificación familiar. Es necesario realizar acciones educativas e informativas continuas que le permitan al hombre decidir conscientemente si acepta o no a ésta.

En el programa General de Planificación Familiar ocupa un lugar relevante el objetivo que se refiere a contribuir a una mayor sensibilización sobre los problemas de planificación, con el propósito de desarrollar actitudes tendientes a mejorar las condiciones de vida. Ante ello, nosotros planteamos la verdadera utilización de los medios masivos de comunicación para hacerle conocer a la población en general la problemática que se vive debido a la explosión demográfica, así como las repercusiones que sobre la salud de la mujer o de los infantes tiene la procreación elevada, no bastan esos anuncios esporádicos y simples que son transmitidos por radio y televisión sino por el contrario se requiere del uso exhaustivo de los medios de comunicación con mensajes objetivos y comprensibles para todo tipo de público, en donde la información proporcionada sea la esencial para explicar a la pareja lo que es la pla-

nificación familiar, los métodos anticonceptivos, las indicaciones, contraindicaciones y reacciones secundarias de los mismos, además de explicar los riesgos que se corren con embarazos tempranos o bien a edades tardías.

Entre las metas que se plantean en el Programa General de Planificación Familiar se encuentra la disminución de la fecundidad para 1994, estimándose una tasa global de fecundidad de 2.8 hijos por mujer; asimismo se plantea la disminución de la tasa bruta de natalidad a 25.1 nacimientos anuales por 1000 habitantes.⁽¹²⁵⁾ Si consideramos que en la actualidad la tasa global de fecundidad se haya en 3.2 hijos por mujer, podemos señalar que se plantea una reducción baja, y si a su vez lo relacionamos con los 20 millones de nacimientos que aproximadamente se registran anualmente pudiésemos pensar que persistirán las mismas condiciones demográficas actuales.

En lo que respecta al impacto del programa en la salud, de acuerdo al diagnóstico realizado, se asociaron tres variables a la salud materna e infantil, el inicio tardío, el espaciamiento y la terminación temprana de la fecundidad. Ante esto se plantea el que la Secretaría de

125) Secretaría de Salud. Programa General de Planificación Familiar, p. 31

Salud incremente acciones en materia de planificación familiar y cuantifique el impacto sobre la salud en ese grupo de población específico.

Existen las metas de cobertura que comprende el número de usuarias activas de planificación familiar que se pretende lograr, para ello las metas se plantearon a nivel nacional y por entidad federativa. Para calcular la meta a nivel nacional se relacionó el uso de métodos anticonceptivos y la fecundidad. De esta forma se determinó que para alcanzar una tasa global de fecundidad de 2.8 en 1994, se estima que el 63.8% de las mujeres en edad fértil unidas estén utilizando algún método anticonceptivo para regular la fecundidad a fin de este año. Se conoce que de 15 267 942 mujeres casadas de 12 a 49 años, 9.4 millones planifican⁽¹²⁶⁾ al parecer ésto sería indicativo de que se está muy próximo a la meta trazada de 10.3 millones de usuarias activas a fines de 1994; sin embargo, estos resultados no nos dejan de parecer un tanto irreales, debido a que si consideramos la situación por demás diferente que se vive en el área urbano-rural en el aspecto educativo, económico y familiar, así como lo indicado por la Secretaría de Salud respecto al 2.4% de la incidencia de la fecundidad en zonas

126) Diario Oficial. 40. Informe de Gobierno. 1992. p. 36

rurales respecto a las zonas urbanas, así como el 17% de la población rural que planifica en contraste con el 73% de las áreas urbanas,⁽¹²⁷⁾ podremos objetar porque, estos datos nos parecen un tanto inexactos, lo cual conduce a su vez al planteamiento de metas mayores e imprecisas que no permitirán alcanzar resultados adecuados; por lo que la información que se proporcione mostrará múltiples deficiencias. Algo que resulta paradójico teniendo como antecedentes esta situación es el planteamiento realizado en el Programa General de Planificación Familiar sobre lo elevado de la meta de cobertura, ya que del total de mujeres en edad fértil unidas, hay que considerar que aproximadamente un 10.9% están embarazadas, un 9.3 amenorreícas y un 6.1 infértiles, es decir que un 26.3% están expuestas al riesgo de un embarazo, por lo cual el restante 73.7%⁽¹²⁸⁾ (11 252 463) representan el universo real de ser cubierto, ante lo cual se precisará que las acciones propuestas para lograr la mayor participación de la mujer se lleven a cabo; más se deja de lado por completo en dichas acciones, a los 10 729 388 millones de mujeres de 12 a 49 años solteras, ya que ellas se encuentran bajo un riesgo reproductivo alto.

127) Secretaría de Salud. Programa General de Planificación Familiar. 1989-1994 p. 49

128) Idem. p. 56

Entre las líneas de acción propuestas se hayan en tres categorías lo referente a: I) información y educación II) Prestación de servicios y III) Planeación.

Respecto al área información y educación ya se ha señalado que hasta el momento no se ha establecido un sistema de capacitación en los niveles medio y superior a pasantes de enfermería, medicina, trabajo social y psicología que les permita conocer durante la carrera o antes de iniciar el servicio social, los contenidos técnicos necesarios, así como objetivos y prioridades del Programa General de Planificación Familiar. Prevaleciendo la misma situación respecto a establecer coordinación con la Asociación Nacional de Padres de Familia y concretarla en diferentes acciones, como lo es la difusión a través de manuales y materiales didácticos de apoyo tanto para los padres como para los adolescentes. Sin embargo, deseamos señalar que no basta con difundir entre los jóvenes la información sobre sexualidad y planificación familiar, sino que se requiere de un trabajo arduo con los padres de familia, sobre temas de sexualidad y planificación familiar, que les permita a su vez a éstos orientar a sus hijos. Es necesario concientizar a los padres sobre la importancia de orientar a sus hijos sobre estos temas si se desea prevenir embarazos no deseados.

Algo que consideramos importante, es la concertación con los diversos grupos empresariales del país, en torno a la difusión de materiales educativos sobre planificación familiar fundamentalmente entre la población obrera, debido a que ésta por las condiciones socioeconómicas y educativas que posee es un grupo expuesto a un alto riesgo reproductivo.

En relación a las acciones sobre prestación de servicios hasta el momento no brindan resultados satisfactorios como lo son el promover a través de agrupaciones sindicales y empresariales, la prestación de servicios de planificación familiar en empresas que cuenten con servicio médico. Asimismo, se encuentra el extender la prestación de servicios de salud orientación sexual y planificación familiar a la población adolescente, a todas las ciudades mayores de 200 000 habitantes, con el apoyo de las asociaciones privadas de planificación familiar. Esto equivale a que las ciudades con menor cantidad de habitantes no tendrán acceso a estos recursos.

En el área rural se vive una situación complicada debido a que la mujer no lleva durante el embarazo un adecuado control prenatal, limitándose a realizar visitas

esporádicas a la partera o al médico, ante lo que la atención que se brinda no es la idónea y no se puede promover en la embarazada la utilización de anticonceptivos post-parto.

En lo referente a la acción de incrementar la capacidad de prestación de servicios de planificación familiar en las zonas rurales, por medio de auxiliares de salud voluntarios se requiere la capacitación continua a este personal y que la misma cumpla con ser lo más completa y concreta posible ya que en la facilidad con que estas personas manejen los conocimientos, mejor atención brindarán a la población, así también, se señala la incorporación de personal comunitario para brindar atención de salud como lo son las parteras empíricas, a nuestro parecer esto representa un gran avance para el país en materia de salud, ya que se reconoce a aquellas mujeres las cuales cuentan con un gran cúmulo de conocimientos empíricos necesarios para proporcionar una atención. Sin embargo, algo que deseamos señalar es que la capacitación a estas personas además de ser continua debe de ser más real, es decir, no tratando de cambiar prácticas que durante mucho tiempo la partera a empleado y que le han permitido salir adelante, si no tratando de modificar conductas y procedimientos que vayan en contra del

bienestar de la paciente y el producto.

Respecto a las acciones sobre planeación que se enuncian quisieramos comentar dos puntos que a nuestro parecer son sumamente importantes debido a implicaciones que poseen una de ellas es la forma en que se llevará a cabo el seguimiento de las actividades del programa de planificación familiar, ya que se cita que ésta se hará con base en los registros institucionales, así como la definición de proyectos necesarios para la evaluación del impacto del programa y de actividades estratégicas específicas. Ante ello deseamos señalar que los registros que actualmente se manejan a nuestro parecer son los adecuados, ya que han facilitado la sistematización de la información, sin embargo se requiere además de mejoras en dicho sistema de información el que se cree un sistema para evaluar las actividades realizadas ya que son muchas las fallas existentes debido a que las actividades de supervisión en todos los niveles, carecen en primer término de un encauce correcto con objetivos, metas y actividades bien definidas, y en segundo término el presupuesto para la misma es deficiente condicionando a que ésta no se lleve a cabo de la forma correcta y el trabajo no se evalúe y retroalimente en forma eficiente; dando por resultado que la información

obtenida no exprese la realidad que se tiene estamos convencidos que se requiere un sistema de evaluación más preciso y flexible.

En relación a la realización de una encuesta nacional para evaluar la cobertura del programa y su impacto en la fecundidad y en la salud, así como la medición de otras variables sociodemográficas relevantes que la CONAPO planeaba realizar para 1992, hasta el momento no se ha llevado a cabo, es aquí donde valoramos la poca importancia que el programa tiene para nuestras autoridades no importando la problemática que en relación al aumento de población que se vive; y teniendo como antecedente la situación económica existente.

Quisieramos mencionar que las características geográficas de nuestro país con sus 2 millones de km² que aproximadamente tiene ha favorecido que la población pueda vivir respecto a espacio adecuadamente, ya que si consideramos la densidad poblacional de 43 habitantes por Km².⁽¹²⁹⁾ podemos señalar que esta resulta apropiada en ciertas regiones del país; sin embargo, aunque resulte paradójico es ahora cuando deseamos argumentar la

129) INEGI. XI Censo de Población y Vivienda. p. 12

importancia de la planificación familiar, ya que pese a la extensión del territorio nacional la población no se haya distribuida de la mejor forma; debido a la existencia de constantes emigraciones de gente de provincia hacia ciudades de tal manera que actualmente se registran sobrepoblaciones en el D.F. que con el 0.2% del territorio nacional alberga al 18.5% de la población total del país, Monterrey con un 2.8% del territorio concentra al 3.5% de la población y Guadalajara con un 2.6% concentra al 2.2% de la población. Todo ésto nos habla de situación económica difícil de esta gente en sus lugares de origen, a lo cual si contemplamos las altas tasas de fecundidad superiores al 3.2 hijos por mujer que indica el Estado, así como a los niveles educativos bajos que se tienen en las áreas rurales y suburbanas del país, las que representan un 65% del territorio nacional, así como a las altas tasas de morbimortalidad materno e infantil, todo aunado al deficiente desarrollo en el primer nivel de atención así como a las deficiencias presentes en el segundo y tercer nivel de atención y a la presencia de cada día más desempleo y subempleo y por consiguiente a la disminución cada día más marcada del poder adquisitivo de la población en general; todo ello nos lleva a suponer que no importa cuan grande sea nuestro territorio, es necesario concienti-

zarnos que nuestra población es de aproximadamente 83.8 millones y que cada año se irá incrementando más que si actualmente sufrimos carencias que esperaremos en el futuro. Es necesario que se valore con seriedad que el contexto demográfico actual y futuro exige que se valore la realidad económica y social y los recursos naturales del país, se requiere que verdaderamente se implementen los programas que desde 1974 se tienen contemplados éstos son: Educación y Comunicación en Población, Programa de Orientación y Comunicación en Población de la CONAPO, programa del Sistema para la Divulgación Escolar y Extraescolar de los Problemas de Población y de los Medios para resolverlos, Programa de Motivación y de Conciencia Social en materia de Población y Planificación Familiar. Programa de Investigación, Desarrollo y Capacitación en Comunicación sobre Población, Programa Nacional de Educación Sexual, y el Programa Nacional de Educación de Población.⁽¹³⁰⁾ Es una lástima que hasta el momento no se hayan implementado eficientemente, ya que pese a que se señala que los programas han sido abordados desde ángulos diversos, teniéndose desde un simple enfoque de información hasta una estrategia amplia de comunicación integral en aspectos demográficos; hasta el momento no han mostrado resultados satisfactorios.

130) CONAPO. Programa Nacional de Población 1989-1994. p.42

Es importante que verdaderamente se abarquen materias que comprendan la difusión de la información relacionada con el volumen crecimiento, estructura y distribución de la población en México, la promoción de un cambio de actitud, respecto a la adopción del papel de la mujer, el mejoramiento en la condición de la mujer, las motivaciones y decisiones de emigrar y la educación sexual, todos ellos aspectos que hasta el momento se han dejado de lado, y por ello insistimos en la importancia de retomarlos si deseamos ver resultados favorables en el campo de la planificación familiar.

DISCUSION - ANALISIS

El análisis que a continuación se presenta es resultado de la información obtenida a través de la aplicación de 700 encuestas a mujeres de 14 a 49 años que residen en las localidades que integran los módulos de Chilapa I y II, Quechultenango y Teloloapan I y IV en el Estado de Guerrero. De las 700 encuestas efectuadas 528 corresponden a mujeres casadas en tanto que 172 a jóvenes solteras.⁽⁶⁾ Es por ello que dependiendo del estado civil se estructuraron siete cuadros en donde se contempla la información referente a frecuencia y porcentaje sobre: aspectos socioeconómicos en las mujeres no importando su estado civil. Posteriormente, específicamente para las señoras se aborda lo referente a antecedentes ginecoobstétricos y aspectos de educación sexual; asimismo se incluye la información referente a planificación familiar. Por último se trata lo relacionado a aspectos socioculturales en relación al embarazo, parto y puerperio.

En algunos cuadros, por la importancia que plantea resaltar

(6) NOTA: La decisión de trabajar con mujeres casadas y solteras surgió debido a la necesidad de identificar las concepciones que sobre diferentes aspectos de la investigación que nos ocupa, maneja la joven antes del matrimonio.

cierta información, se hizo necesario dividir a la población de acuerdo a grupos quinquenales, que permitieran saber en que grupo de edad se presentaba con mayor incidencia una determinada situación.

Finalmente se elaboró un cuadro exclusivamente para jóvenes solteras en donde se tratan preguntas básicas sobre educación sexual y planificación familiar.

En lo referente al miembro de la familia que se encarga del sostén familiar se encontró que en el 74% (518) es el esposo quien sostiene la familia, mientras que el 22.85% (160) es el padre, y con un 3.1% (22) se encuentra la mujer entrevistada como la persona encargada de proporcionar el sustento al grupo familiar. De este último dato se tiene que un 13.6% (3) le corresponde a aquellas mujeres que son viudas, el 31.81% (7) lo ocupan aquellas que sus esposos emigraron y no les envían dinero, el 18.19% (4) le concierne a madres solteras, y 36.36% (8) de las jóvenes que sostienen la familia.

Es de gran relevancia observar el importante flujo migratorio que se presenta a nivel estatal, el 26% de la población emigra anualmente, principalmente hacia Estados

Unidos de América y zonas metropolitanas de México; lo cual trae repercusiones económicas y familiares para la mujer, orillándola a incorporarse al mercado de trabajo en condiciones poco favorables para sostener a la familia.

Sin embargo, es significativo señalar la dependencia económica que el 96.86% de las mujeres tiene respecto al esposo o padres, lo que ocasiona una dependencia familiar y social.

En relación con la ocupación del miembro de la familia que se encarga del sustento de la misma, se halló que el 65% (455) le corresponde a aquellas que se dedican al campo, el 18.57% (130) se ocupan como jornaleros, el 13% (91) trabaja como albañil, el 1.42% (10) se dedican a vender productos de pequeñas hortalizas y/o productos de la cosecha, y el 2% (14) se contratan como sirvientas.

Resulta interesante observar que el 3.14% (22) de las mujeres de la población entrevistada tienen un trabajo remunerado; en contraste con el 96.86% (578) que dependen económicamente del cónyuge o los padres, lo que nos permite percatarnos de la gran dependencia económica y familiar existente por parte de la mayoría de estas mujeres lo cual

a nuestro parecer responde a la cultura propia del lugar. Sin embargo, cabe señalar que aunque la mujer no desarrolle un trabajo remunerado sus actividades van mucho más allá de las tareas del hogar. Ya que colabora con el esposo en las actividades agrícolas de siembra y cosecha durante el temporal, asimismo contribuye al sostén familiar a través de la elaboración y venta de cinta de palma (por la que recibe \$300.00 por un rollo de 20 metros). También trabaja en la venta de algunos productos cosechados, en los mercados municipales.

Respecto a la pregunta realizada a las mujeres con la finalidad de conocer las condiciones en las que viven, se encontró que el 64.42 (451) de las mujeres casadas viven con el esposo e hijos, el 8.85% (62) viven con los suegros y el 2.14% (15) viven con sus padres; el 100% (172) de la mujeres solteras viven con sus padres. Es importante observar como un 14.58% (77) de las mujeres casadas aún viven con sus padres, o bien abandonaron su hogar para habitar en el de sus suegros; ésto nos hace suponer la existencia de patrones culturales que condicionan esta situación o bien la falta de recursos económicos para resolver sus necesidades familiares.

En lo concerniente al nivel de escolaridad, del total de

mujeres entrevistadas el 45.85% (321) corresponde a analfabetas, el 28.57% (200) tiene primaria incompleta, el 20% (140) tiene primaria completa y el 5.57% (39) pertenece a aquellas con otros estudios incluyendo secundaria, bachillerato o carrera técnica.

En lo relativo a la escolaridad del padre y la madre, del total de entrevistadas podemos señalar que poseen bajos niveles de escolaridad, el 91.56% (641) de las madres tienen primaria incompleta o son analfabetas, mientras que el 90.28 (632) de los padres tienen primaria incompleta o son analfabetas. Respecto al término de la instrucción primaria u otros estudios, los resultados hallados muestran la preponderancia que desde siempre la familia ha brindado a la preparación escolar del hombre en relación a la mujer, ya que se considera que este debe contar con conocimientos elementales para poder desarrollarse en el ámbito laboral, en tanto que para la mujer no se hace indispensable el permanecer en el hogar. Esto se puede constatar a través de observar resultados obtenidos respecto a la escolaridad del padre en donde se encontró que 9.7% (68) de ellos cuentan con primaria completa u otros estudios, mientras que el 8.42% (59) de las madres tienen primaria completa u otros estudios.

En la actualidad, esta situación al parecer está cambiando aunque aún son limitados los resultados respecto a aumento de escolaridad de la población femenina; y es así que a comparación de la madre que ocupa un 8.42% (59) respecto a primaria completa u otros estudios, la mujer entrevistada tiene un 25.57% (179) con la misma escolaridad. En relación a primaria incompleta o analfabetismo han disminuido su frecuencia mientras la madre ocupa un 91.56% (641), la joven tiene el 79.92% (521)

En el grupo de mujeres casadas (528), se encontró que con respecto a la escolaridad del cónyuge el 44.5% (335) tienen primaria incompleta, el 24.43% (129) corresponde a analfabetas, el 23.48% (124) cuentan con primaria completa y el 7.57% (40) tienen otros estudios.

Resulta interesante observar como el cónyuge posee mayor escolaridad que la mujer, encontrándose que el 44.% (235) tiene primaria incompleta, mientras que la mujer ocupa el 25.37% (134). Respecto a estudios de primaria completa el hombre ocupa el 23.48% (124) y la mujer 11.17% (59). En relación a otros estudios el varón posee el 7.57% (40) y la mujer el 2.65% (14). Y por último en lo concerniente al analfabetismo se encontró que el 24.43% (129) de los

esposos son analfabetas encontrándose con el 60.79% (321) de las mujeres.

Con el objetivo de obtener información importante para la realización de esta investigación se estructuraron una serie de preguntas que permitieron conocer los antecedentes ginecoobstétricos de la mujer así como las concepciones socioculturales que ésta maneja en torno a diferentes aspectos en relación al embarazo, parto y puerperio.

En relación a la pregunta realizada a las mujeres entrevistadas si saben por que se embaraza la mujer, se encontró que el 53.21% (281) desconocen porque se efectúa un embarazo, mientras que el 46.76% (247) indicó que sí sabe; cabe destacar que el grupo de mujeres con mayor desconocimiento se encuentra representado por el de 45 a 49 años, seguido por el de 14 a 19 años.

En relación a la información sobre antecedentes ginecoobstétricos, se encontró que un 56.5% (267) iniciaron una vida sexual entre los 15 y 17 años, asimismo el 29.3% (155) indicó haber iniciado entre los 18 y 20 años, el 10.4% (55), principiaron entre los 12 y 14 años y por último se tiene a aquellas mujeres que han tenido su primera relación

de los 21 años en adelante, las cuales ocupan un 9.6% (51). Lo anterior es indicativo de la gran dependencia que existe por parte de la mujer rural al matrimonio a edades tempranas, aspecto que consideramos solo responde a patrones culturales y modos de vida propios del campo.

En lo relativo al tiempo que transcurre desde el inicio de la vida sexual de la mujer hasta el primer embarazo, se encontró que el 75.80% (398) se embarazaron en el primer año en que inició su vida sexual; el 20.57% (108) tardaron dos años en embarazarse y el 3.6% (19) se embarazaron tres años después de iniciar su vida sexual. Todo esto nos habla al parecer de la deficiente educación sexual que maneja la joven al casarse, de la insuficiente información que sobre planificación familiar recibe, como primer término y en segundo las concepciones culturales manejadas en torno a la procreación.

En lo referente al número de embarazos de las mujeres casadas que integran una parte de la muestra en estudio, se encontró que el 50% (264) han tenido de 4 a 9 embarazos, el 40.53% (214) se han embarazado de 1 a 3 veces y un 9.46% (50) lo han hecho en más de 10 ocasiones.

Resulta interesante observar como las mujeres que han

tenido de 4 a 9 embarazos, tiene de 20 a 49 años; siendo indicativo de que el 50% de la población casada se encuentra expuesta a un riesgo reproductivo alto, y si consideramos que solo el 24.5% (127) de ésta población planifica, el riesgo es aún mayor.

Sobre la persona a la que acuden las mujeres cuando sufren algún problema durante su embarazo, se halló que el 76.13% (402) acuden con la partera, y el 21.78% (115) asisten con el médico. En lo que se refiere a la atención del parto se halló que del 100% (528), el 86.74% (458) se atienden con la partera, y el 13.25% (70) lo hace con el médico. Es importante destacar la preponderancia que tiene la partera en la comunidad sobre el médico, en primer término porque este personaje responde a patrones culturales fuertemente arraigados y en segundo lugar, por que el personal médico no ha logrado compenetrarse como profesional con la población rural, tampoco se haya entre sus expectativas el ir a trabajar al primer nivel; por lo tanto se requiere que personas de la comunidad se capaciten en forma continúa con la finalidad de brindar una atención de mayor calidad a la mujer.

En lo referente al significado que tiene un nuevo embarazo

para las mujeres, se encontró que el 52.08% (275) indicó que es algo que no se puede evitar y se tiene que aceptar, el 38.25% (202) contestó que el embarazo es algo planeado por que se desea, y el 9.66% (51) refirió que el embarazo es estar sintiéndose mal durante el transcurso del mismo.

En lo concerniente al número de partos se obtuvo que el 40.70% (257) han tenido de 4 a 9 partos, el 43.52% (225) han tenido de 1 a 3 y el 6.76% (35) señala haber tenido de 10 a más partos.

En lo que respecta al tiempo que permanece en cama la mujer después del parto se encontró que el 59.85% (316) permanecen de 1 a 5 días, el 28.59% (151) de 6 a 15 días y el 11.55% (61) de 16 a 40 días; de lo anterior se destaca como la mujer ya no contempla a la cuarentena como parte importante para su recuperación, debido a que sus actividades en el hogar y en el campo se han multiplicado, haciendo necesario que ésta se integre a su vida diaria antes de tiempo.

Respecto al tiempo transcurrido antes de iniciar la lactancia materna, el 75.94% (409) indicaron que la iniciaron inmediatamente después del parto, el 17.99% (95) al

segundo día posparto y el 6.06% (32) lo hacen después del tercer día. Entre la causa principal por la que estas mujeres retardan el amamantamiento al niño, se encuentra en el desconocimiento que sobre los beneficios del calostro se tienen y por no conocer las acciones requeridas para aumentar la producción de leche materna, cuando existe insuficiencia de la misma.

En relación al tiempo en que se prolonga la lactancia materna se encontró que el 8.71% (46) lo llevan de 6 meses a 1 año en contraste con el 91.28% (482) que lo prolongan hasta los 2 años. Por lo anterior se pensaría que dicha prolongación estuviese encaminada al espaciamiento de los embarazos; sin embargo, al cuestionar sobre el mismo, se encontró que el 53.03% (280) indicaron no utilizar este método, mientras que el 46.96% (248) señaló que si lo utilizan.

Resulta interesante señalar como en las zonas rurales, en comparación con las ciudades, son mínimas las prácticas de cesáreas, ya que solo un 2.27% (12) las refirió.

Respecto a la frecuencia registrada de abortos, se encontró que el 22.15% (117) manifestó haber tenido de 1 a 3

abortos. Sobre las causas de los mismos, éstas no podrán ser precisadas en este trabajo; ya que en los objetivos de esta investigación no implican su obtención, sin embargo, por la relevancia de la información, consideramos que se requeriría a futuro una investigación que esclarezca esta problemática.

Con respecto a la opinión que las mujeres tienen sobre las relaciones sexuales antes del matrimonio, se halló que un 58.33% (308) respondieron que era malo, el 25.75% (136) se negaron a contestar y un 15.90% (84) contestaron que era bueno. En relación a las respuestas obtenidas, podemos señalar que aún imperan ideas y costumbres arraigadas desde antaño sobre la virginidad y el matrimonio, para poder tener una vida en pareja.

En lo referente a la edad que la mujer considera estar preparada para formar una familia, el 67% (364) manifestó que lo ideal sería casarse entre los 18 a 21 años, el 24.43% (129) opinaron que la edad adecuada era de 14 a 17 años y por último 6.62% (35) se hallaron las que van a favor del matrimonio de los 22 años en adelante. Es representativo el predominio de patrones culturales sobre el matrimonio a edad temprana que aunado a la presencia de embarazos en el primer año de matrimonio condiciona altas

tasas de fertilidad para la mujer a edades maduras. Todo ello nos habla de que deben planearse acciones educativas e informativas que permitan romper con este patrón cultural.

Sobre el cuestionamiento realizado a las mujeres casadas respecto a la forma en que ellas hubiesen actuado en caso de presentarse un embarazo antes del matrimonio, el 60% (315) indicaron que acudirían a la ayuda de sus padres, el 37% (195) señalaron que harían lo posible para que su novio "le cumpliera" y 3.40% (18) manifestó que lo habría abortado. Resulta importante observar la dependencia de la mujer respecto a los padres antes del matrimonio y con gran frecuencia aún después de éste. Respecto a la población soltera (172) 100%; el 64.53% (111) indicó que recurriría a la ayuda de sus padres, el 28.48% (49) haría lo posible para que su novio le cumpliera y el 6.97% (12) lo abortaría.

En lo referente a la pregunta que se les realizó a las mujeres sobre si conocían o no los métodos anticonceptivos, un 64.39% (340) contestó positivamente, mientras que el 35.60% (188) respondieron negativamente. Cabe mencionar que mientras un 64.39% (340) indicaron conocer los métodos anticonceptivos, solo un 37.35% (127) utilizan un anticonceptivo actualmente.

En lo que respecta a la utilización de métodos anticonceptivos por parte de la mujer, aún sin el consentimiento del esposo se encontró que el 69.69% (368) manifestó que no utilizaría ningún método sin la aprobación de éste y el 30.30% (160) indicó que los utilizaría aún sin su consentimiento. Lo anterior permite observar como la cultura propia del lugar condiciona la dependencia económica y social de la mujer hacia el cónyuge.

Sobre la opinión que las mujeres tienen sobre los métodos anticonceptivos el 53.97% (285) contestó que son buenos ya que evitan el embarazo si no se desea, el 46.02% (243) opinó que no son buenos ya que "le provocan enfermedad". Lo anterior nos hace suponer deficiencias en los programas de planificación familiar a nivel nacional y estatal, respecto a acciones educativas e informativas hacia la población, ya que las actividades educativas son limitadas y no están orientadas a grupos de edades específicas, restringiéndose básicamente a dar información general sin reparar en las características del grupo a quien va dirigido.

El personal adscrito a los programas de planificación familiar (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc.) no se halla del todo preparado para brindar educación sobre planificación familiar a la población rural condicionando que las acciones educativas se conviertan en informativas. Algo que es primordial en dicha problemática, es la tendencia de las autoridades de salud, a nivel nacional y estatal a elaborar programas sobre situaciones ideales y no reales, lo cual trae como resultado la baja aceptación de la pareja al programa de planificación familiar.

Lo anterior queda por demás manifestado con el 46.02% (243) de las mujeres que consideran que el anticonceptivo provoca enfermedad; y si a esto le agregamos que el 66.69% (368) manifestaron que no utilizarían métodos anticonceptivos sin la aprobación del cónyuge, en comparación con el 30.30% (160) de las que indicaron que si la utilizarían sin el consentimiento del esposo; esto nos da pauta para reconocer la existencia de patrones machistas, y de acciones educativas respecto a planificación familiar que deja mucho que desear. Además de confirmar de que el hombre queda en un lugar secundario respecto a la mujer en los programas de planificación familiar, lo que condiciona el desconocimiento del hombre y por ende la no aceptación.

Analisis general sobre la información obtenida respecto a planificación familiar.

Del total de mujeres casadas el 39% (206) señalaron que utilizan o utilizaron algún método anticonceptivo, de éstas el 38.4% (79) indicó haber abandonado el método; el 17.96% (37) manifestó haber utilizado pastillas, con respecto a la prescripción del mismo se conoce que al 13.5% (5) se lo indicó ella misma, el 51.35% (19) se lo indicó la Auxiliar de Salud (A.S); el 78.94% (15) recibieron orientación mientras que el 21.05% (4) no. Al 21.62% (8) se lo indicó la Supervisora de Auxiliares de Salud (S.A.S); el 62.5% (5) recibió orientación y el 37.5% (3) no; al 13.6% (5) se lo indicó el médico, de ellos al 80% (4) le dieron orientación y al 20% (1) no.

En relación a las mujeres que abandonaron la inyección se

sabe que el 17.60% (36) lo dejaron, de éstas el 2.78% (1) fué ella quien se lo indicó, el 61.11% (22) fué la A.S., el 54.54% (12) manifestó haber recibido orientación mientras que el 45.45% (10) no. Al 19.44% (7) se lo indicó la S.A.S., encontrándose que el 42.85% (3) recibió orientación y el 57.14% (9) no. Al 16.66% (6) se lo prescribió el médico y todas recibieron orientación.

Se sabe que el 20.91% (6) abandonaron el DIU, de éstas al 50% (3) se lo indicó la S.A.S.; el 33.33% (1) recibió orientación, el 66.66% (2) no. Al 50% restante (3) se lo indicó el médico; 66.66% (2) recibió orientación y el 33.3% (1) no.

Causas de Abandono.

Entre las causas se encuentra que: el 44.30% (35) lo abandonaron por considerar que les provocaba enfermedad, el 15.19% (12) lo abandonaron ya que durante su utilización se embarazaron, el 13.92% (11) lo dejó debido a que deseaba otro embarazo, mientras que un 11.92% (9) indicaron haberlo abandonado tras la emigración del cónyuge a otra región con el objeto de conseguir otro empleo, el 8.86% (7) manifestó haberlo dejado al ser descubierta por el esposo. Cabe mencionar el problema potencial que representa para el programa de planificación familiar, el que las mujeres abandonan el método tras la emigración del cónyuge, debido a que con gran frecuencia se presentan embarazos no deseados, tras el regreso inesperado del cónyuge. Ante lo cual se requerirá a futuro la implementación y realización de acciones por parte del personal de salud correspondiente, tendientes a evitar desertión de la mujer

tras la emigración del esposo. Por último con un porcentaje de 6.33% (5) se encuentran aquellas mujeres que lo abandonaron tras el fallecimiento del cónyuge, se les practicó la salpingoclasia o bien llegaron a la menopausia.

En relación al total de mujeres 127 (100) que actualmente utilizan algún método anticonceptivo se conoce que el 45.67% (58) utiliza las pastillas; en referencia a la persona que indicó el método y si recibió orientación o no se encontró que el 5.17% (3) la mujer fué quien se lo indicó; al 63.80% (37) se lo indicó la A.S., de éstas el 89.18% (33) recibieron orientación y el 10.81% (4) no. Al 12.06% (7) se lo indicó la S.A.S., el 42.85% recibió orientación y el 57.14% (4) no. El 18.96% (11) fué el médico quien lo indicó, de éstos el 81.8% (9) recibió orientación y el 18% (2) no.

El 29.92% (38) utilizan la inyección al 5.26% (2) se lo indicó ella misma, al 55.26% (21) se lo indicó la A.S.; de éstas el 90.47% (19) recibió orientación y el 9.52% (2) no. Al 18.42% (7) se lo indicó la S.A.S., de ellos el 28.57% (2) recibió orientación, el 71.42% (5) no. Al 21.05% (8) se lo prescribió el médico; de éstos el 62.5% (5) recibió orientación y el 37.5% (3) no.

El 4.72% (6) de los hombres utilizan el preservativo; al 16.66% (91) se lo indicó el mismo, el 16.66% (1) se lo indicó la A.S., y no recibió orientación, al 50% (3) se lo indicó la S.A.S.; de éstos el 33.33% (2) recibieron orientación y el 16.66% (1) no. Al 16.66% (1) se lo indicó el médico y recibió orientación.

El 7.87% (10) utilizan el DIU al 10% (1) se lo indicó la

J.A.S., y no recibió orientación, al 90% (9) se lo indicó el médico, de estos el 77.77% (7) recibió orientación y el 22.22% (2) no. El 11.81% (15) utilizan el método del ritmo para planificar.

En lo referente al tipo de método anticonceptivo más utilizado se encontró a las pastillas con un 45.67% (58), con el 4.72% (6) el preservativo o condón; Y a nivel nacional de 9.5 millones de parejas que utilizan la planificación familiar solo el 1.11% de los hombres utilizan el preservativo, con 7.87% (10) el DIU y con un 11-81% (15) el ritmo. Resulta interesante observar la baja aceptación que tiene el preservativo, lo que nuestro parecer nos hace inferir que a pesar de que los programas de planificación familiar formulados hasta el momento promueven la importancia de la participación activa del varón en la planificación familiar, hasta el momento no se ha logrado consolidar dicho objetivo ya que son muchos los factores que se encuentran en contra del mismo; primero la no existencia de acciones educativas específicas dirigidas al varón en cualquier medio, urbano o rural, los bajos niveles educativos que la pareja observa, la dependencia económica de la mujer hace que el hombre y el machismo prevalescente son algunos de ellos.

Otro de los aspectos a señalar es la baja aceptación que el DIU tiene en la mujer rural; 8.25% (17), lo que nos permite inferir que el rechazo a este método está sustentado en el temor de la mujer a que se le introduzca el aparato contraceptivo al cuerpo lo que a su vez es indicativo de una mala información por el personal de salud hacia ésta, así mismo, por las múltiples creencias y concepciones culturales que maneja la mujer que se oponen a dicho

método. Del total de encuestas realizadas a 528 mujeres casadas se encontró que 322 no utilizan métodos anticonceptivos, a continuación se mencionan las causas de la no utilización: El 27.64% (89) no utilizan métodos por que consideran que le provocan enfermedad, el 20.19% (65) indicó que ellas no desean planificar, el 17.39% (56) señaló que desconocen los métodos de planificación, el 7.14% (23) desean tener más hijos, el 4.04% (13) manifestaron no requerirlo ya que tienen embarazos espaciados, el 1.24% (4) señaló que no necesita planificar ya que su esposo emigró y por último el 2.17% (7) lo ocupan aquellas mujeres que sus esposos han fallecido, se encuentran en la menopausia o se les practicó la salpingoclasia.

A estas mismas mujeres se les cuestionó sobre sus ideas religiosas, como causa secundaria a la no utilización de métodos anticonceptivos, encontrándose que el 64.28% (207) señaló que el número y espaciamiento de los hijos es voluntad de Dios, mientras que el 33.71% (115) contestó que la planificación familiar es decisión de la pareja y no influyen aspectos religiosos.

A las 528 mujeres, total de la población casada se les preguntó sobre la utilidad que tenía para ellas la planificación familiar, el 21.78% (115) indicó que es beneficiosa por que se tienen los hijos que se desean, el 18.56% (98) refirió que la familia vive mejor, el 10.79% (57) expresaron que se evitan los embarazos no deseados, el 5.49% (29) indicó no saber nada sobre la planificación, el 5.11% (27) manifestó que hay más oportunidades para todos, el 33.94% (137) se negó a

responder, el 6.25% (33) indicó que la planificación familiar no le es útil ya que desean tener más hijos, por último con el 6.06% (32) se ubican a aquellas mujeres que expresaron categóricamente que no les sirve la planificación familiar negándose a manifestar la causa.

Análisis específico sobre la información obtenida respecto a Planificación Familiar.

Con el objeto de esclarecer de manera más específica la información obtenida sobre planificación familiar, se decidió ordenar tres grupos de estudio, a partir de la 528 mujeres casadas que integran parte de la muestra, objeto de estudio; de ésta manera se retoma con precisión a aquellas mujeres que abandonaron el método anticonceptivo por diversas causas 15% (79), el 24% (127) que continúan planificando y 61% (322) que nunca han planificado.

En los tres grupos formados se decidió estudiar aquellas características tales como edad, escolaridad, sosten económico y antecedentes Gienco-obstétricos específicamente gestaciones; que consideramos pudiesen influir en la decisión de la mujer a desertar, continuar planificando o negarse en definitiva a la utilización de anticonceptivos.

El 15% (79) de las mujeres casadas abandonaron el anticonceptivo tras de planificar en un lapso que va de 6 meses a 2 años aproximadamente entre las causas de abandono se encuentra: la creencia de la mujer de que el método le provoca enfermedad, la presencia de un embarazo aún durante su utilización, el deseo de otro embarazo, la emigración del cónyuge, el descubrimiento del esposo a la mujer que planifica sin su consentimiento, el que la mujer haya

llegado a la menopausia, le hayan practicado la salpingoclasia o el esposo haya fallecido.

Entre las características que poseen se encuentra que el 75.95% (60) son analfabetas, el 5.06% (4) tiene primaria completa, el 13.92% (11) no terminaron su educación primaria y el 5.06% (4) poseen otros estudios tales como secundaria, preparatoria o carrera técnica.

Respecto al número de gestas que estas mujeres han tenido se encontró que el 73.41% (58) han tenido de 1 a 3 embarazos el 24.05% (19) ha tenido de 4 a 9, y el 2.53% (2) ha tenido 10 a más gestas. En relación al sostén económico se encontró que el 91.15% (72) es el esposo quién sostiene a la mujer, mientras que el 8.86% (7) se sostiene ella misma, de éstas (2) mujeres 2.53% son viudas y (5) 6.32% su esposo emigró.

El 24% (127) corresponde a las mujeres que continúan planificando, de éstas, el 65.35% (83) son analfabetas, el 14.18% (18) terminó la educación primaria, el 12.59% (16) no posee instrucción primaria completa, y el 7.87% (10) tienen otros estudios. El 66.14% (84) de estas mujeres han tenido de 1 a 3 embarazos, el 25.98% (33) han tenido de 4 a 9, y el 7.87% (10) han tenido 10 o más embarazos. Respecto al sostén económico el 100% de las mujeres depende del cónyuge.

El 61% (322) corresponde a mujeres que nunca han planificado argumentando como causas de su rechazo: el considerar que les provocan enfermedad los anticonceptivos, el negarse sin expresar sus motivos a planificar, el desconocer los métodos anticonceptivos, el deseo de tener

más hijos, el espaciamiento de los embarazos aún sin planificar, la emigración del esposo, el fallecimiento del cónyuge o bien porque llegaron a la menopausia El 55.27% (178) son analfabetas, el 11.50% (37) tiene primaria completa y el 32.22% (107) no terminó su instrucción primaria. El 22.36% (72) se ha embarazado de 1 a 3 veces, el 65.83% (212) lo han hecho de 4 a 9 ocasiones, el 11.80% (38) han tenido de 10 o más embarazos. Respecto al sostén económico se encontró que el 99.06% (319) de las mujeres dependen del esposo, en tanto que el 0.93% (3) dependen de ellas mismas, debido a que su esposo emigró 0.62% (2), o porque es viuda 0.39% (1).

Resulta interesante observar como en el grupo de mujeres que nunca han planificado existen niveles de escolaridad muy bajos que comprende al 54% (285) de la población femenina casada, asimismo se encuentra el mayor porcentaje de mujeres que han tenido de 4 a 9 embarazos así como al igual que en los otros dos grupos, se encontró que ocupa un gran porcentaje aquellas mujeres que dependen económicamente del esposo 99.07% (319). Todo lo anterior nos permite reconocer los obstáculos que mantienen a la mujer alineada a la sombra del hombre y que le han impedido valorar a la planificación familiar como una posible solución a sus problemas. Más también nos permite reconocer cónspicuamente la incapacidad de las acciones referentes a planificación familiar implementadas, así como del personal de salud a quién le compete realizarlas. Hablamos de incapacidad no solo al referirnos a que cada una de las acciones planeadas no se inclinan hacia la concientización de la población en general sobre el problema demográfico que se vive; sino tampoco han logrado

entablar una comunicación adecuada con la gente que permita entender a la planificación familiar como un medio que permitirá mayores expectativas de cambio personal y familiar.

De lo que se pudiese señalar sobre las mujeres que continúan planificando y las que desertaron podemos objetar que respecto a las características en estudio, no existe ningún dato que pudiese ser determinativo para explicar la permanencia o la deserción en el programa, ya que ambas comparten cierta afinidad en la información obtenida. Sin embargo, en este caso estos datos no son determinativos, específicamente podemos señalar que los niveles bajos de escolaridad de la mujer confluyen para que ésta acceda o rechaze el uso de métodos anticonceptivos. Asimismo la dependencia económica que la gran mayoría presenta hacia el cónyuge y los patrones culturales manejados que apuntalan a la importancia de una elevada fertilidad crean el marco perfecto para la reproducción histórica de patrones culturales cuyo objetivo es la subordinación de la mujer al hombre.

Aspectos generales de educación sexual en la mujer soltera.

En relación a la ocupación de las mujeres solteras que integran una parte de la muestra en estudio, se tiene que el 100% (172) se dedican exclusivamente al hogar.

Respecto a los conocimientos que las jóvenes tienen sobre el funcionamiento de sus órganos genitales, el 90.11% (155) manifestaron no conocer nada al respecto mientras que el 9.88% (17) indicó conocer ciertos aspectos sobre el tema pero no con profundidad.

Sobre la opinión que las mujeres solteras expresan en torno a las relaciones íntimas antes del matrimonio, encontramos que el 81.39% (140), indicó que estaban mal, en tanto que el 15.69% (27), no contestaron, y el 2.90% resolvió estar de acuerdo.

En relación a la pregunta que se hizo a las jóvenes sobre la edad que ellas consideraban pertinente para formar una familia se encontró que el 74.41% (128) contestaron que lo adecuado sería casarse entre los 18 a 21 años, mientras que el 22.09% indicó que lo apropiado sería entre los 14 y los 17 años.

Siguiendo con la pregunta de cómo afrontaría la mujer un embarazo estando soltera, los resultados obtenidos fueron: el 64.53% (111) indicaron que recurrirían a la ayuda de sus padres, mientras que el 28.48% (49) manifestaron que harían lo imposible para que su novio les cumpliera, por último un 6.97% (12) dijo que lo abortaría.

En lo que se refiere al conocimiento de métodos anticonceptivos un 65.69% (113), los desconocen aunque han oído hablar de ellos, en tanto que un 34.30% (59) si los conocen. Asimismo, con respecto a la opinión que las mujeres tienen sobre los métodos anticonceptivos se encontró que un 69.76% (120) indicó que eran malos por considerar que provocaban enfermedad, mientras que un 30.23% (52) contestó que son útiles en el espaciamiento y planeación de los embarazos.

En lo concerniente a la pregunta del porqué se embaraza la mujer, se encontró que un 81.97% (141) respondió que no saben, mientras que un 18.02% (31) respondió positivamente.

En relación al cuestionamiento realizado en torno a si era voluntad de Dios el número y el espaciamiento de los hijos se halló que el 59.30% (102) señaló que sí era voluntad de Dios, mientras que el 40.69% (70) señaló que era decisión de la pareja. Asimismo, sobre la pregunta realizada sobre si la planificación familiar era ir en contra de Dios, se encontró que el 61.62% (106) indicó que no, mientras que el 38.37% (66) resolvió positivamente.

En relación a la opinión que tiene las jóvenes en torno a si desean que se les hable sobre sexualidad se obtuvo que el 59.88% (103) indicaron que estaría bien, en tanto que el 40.12% (69) manifestaron no desearlo.

Por último, sobre la opinión que tiene la mujer acerca de que el hombre tenga otras mujeres se encontró que el 84.84% (146) manifestó que era malo, mientras que un 15.16% (26) respondió que era normal.

Los anteriores datos nos permiten inferir que la joven campesina no cuenta con conocimientos adecuados sobre sexualidad que en un momento determinado pudiese utilizar en diferentes situaciones de su vida; lo cual relacionado a su vez con los múltiples prejuicios y tabúes existentes en

torno no sólo a la sexualidad sino a la planificación familiar, y a los patrones culturales existentes; condicionan a la reproducción de los mismos modos de vida llevados por las madres y abuelas de éstas jóvenes; modos de vida en donde imperan matrimonios a edades tempranas, presencia de embarazos no planeados ni espaciado, que a su vez conducirá a la existencia de mujeres jóvenes multíparas, con familias numerosas, con niveles de escolaridad bajos, recursos económicos insuficientes; y presencia de problemas nutricionales y de salud graves para ella y su familia.

CONCLUSIONES:

La vida cotidiana propia de las zonas rurales condiciona directamente la heterogeneidad de resultados respecto a la planificación familiar en contraste con las áreas urbanas. Se puede señalar que entre los factores que influyen en la decisión de la mujer a planificar se encuentran:

La dependencia económica de la mujer al cónyuge o a los padres lo que condiciona que gran parte de sus decisiones entre ellas el control de su fertilidad se vean influidas por ellos.

La principal actividad económica de estas zonas se haya limitada al sector primario, condicionando un sistema de autoconsumo total o parcial de la producción para subsistir, supeditando a nivel económico bajo, niveles de escolaridad exiguos imperancia de costumbres y tradiciones que crean un círculo vicioso en la repetición de patrones culturales que pugnan por la subordinación del sexo femenino al masculino, y a la exaltación de la procreación como elemento primordial de la vida en pareja, todo ello apoyado en un incipiente desarrollo económico y social que repercuten directamente en factores como son: alimentación,

educación, vivienda, salud, servicios y seguridad. Todo lo cual, nos lleva a comprender el porque de casamientos a edades tempranas, paridad elevada y rechazo a la planificación familiar. Contrario a lo que suponíamos sobre la existencia de un gran desconocimiento sobre planificación familiar por parte de la mujer rural. Podemos señalar que ésta posee diversos grados de información, sin embargo, ésta en sus características es inadecuada e imprecisa impidiéndole a la mujer comprender lo que es la planificación familiar y los métodos anticonceptivos, y decidir verdaderamente de manera libre, responsable e informada sobre el control de su fertilidad, resulta interesante el observar cómo la calidad de la información que se proporciona al sexo femenino sobre planificación familiar influye en su decisión de aceptar o rechazar el programa, o bien en su permanencia en el mismo; esta situación es por demás corroborable a través de observar a aquellas mujeres que abandonaron el método por considerar que les provocaba enfermedad, porque se embarazaron durante su utilización, o porque el cónyuge las descubrió, esta situación responde a su vez como ya ha sido señalado a patrones culturales patriarcales, a la difícil situación económica que atraviesan la mayoría de las poblaciones rurales, a su bajo nivel educativo y a modos de vida parti-

cularmente tradicionalistas además de relacionarse con la elaboración de programas sobre planificación familiar a nivel nacional y estatal fuera de un contexto real que permita definir acciones concretas, líneas de acción y estrategias para el tipo de población al que van dirigidas.

Consideramos que dentro de el programa de planificación familiar no se puede continuar limitando el aspecto educativo a un nivel superficial como lo es la información, se requiere de concientizar y crear cambios de conducta en la población sólo logrados por una educación objetiva y práctica, a través de recursos humanos capaces no solo de planear sino de implementar las acciones sobre planificación familiar.

Consideramos necesario reparar en la necesidad de una capacitación de mayor calidad dirigida a todos los miembros del equipo de salud, incluyendo a la auxiliar de salud, ya que ésto permitirá el que la atención que se proporcione a la población mejore considerablemente permitiendo mejores resultados encausados hacia el logro de los objetivos del Programa General de Planificación Familiar.

La gran mayoría de las mujeres que actualmente planifican

son aquellas cuya edad fluctúa entre los 36 - 49 años, son señoras que han tenido de 4 a 9 embarazos o incluso 10 o más, lo que nos permite señalar que la labor realizada con jóvenes casadas que no pertenecen a este rango de edad resulta deficiente; por lo que consideramos primordial el que la mujer este informada sobre la planificación familiar, aún antes del matrimonio, de tal forma que sea capaz de decidir junto con su pareja sobre su fertilidad, es decir la planificación familiar debe de ser un medio para planificar y espaciar el número de hijos, y no valorarse como un medio tajante para dar por terminada la natalidad, precediendo a ésta una situación de alto riesgo caracterizada por multiparidad y pobreza.

La escolaridad de la mujer contrario a lo que sosteníamos no influye decisivamente en la aceptación de la mujer a planificar, ya que encontramos por igual mujeres que planifican y son analfabetas o tienen primaria completa; sin embargo, deseamos señalar que existe una mayor disposición a obtener información de aquellas que han concluido su educación básica. Aquí quisieramos hacer un paréntesis para señalar la importancia de mejorar la educación que se brindan a los jóvenes en las comunidades rurales, ya que no basta con enseñarlos a leer, escribir y hacer operaciones aritméticas simples, como lo han estado

haciendo desde antaño, se requiere brindar una educación más integral y objetiva que prepare a los jóvenes a enfrentarse de manera crítica a la problemática existente en su contexto histórico y que le brinde la posibilidad de desarrollarse, además de romper con estereotipos machistas que promueven la superioridad del hombre sobre la mujer.

Entre las mujeres que actualmente planifican, se encontró que la gran mayoría opta por el uso de anticonceptivos hormonales dejando de lado métodos como el DIU, la salpingoclasia, y la vasectomía, lo cual podría ser atribuible a los prejuicios y tabúes que sobre la sexualidad maneja la pareja. Se sabe que en la gran mayoría de las ocasiones fue la auxiliar de salud quien prescribió el método y con gran frecuencia la orientación proporcionada a las usuarias no fue suficiente ni adecuada, ésta situación no sólo se encuentra respecto a la auxiliar de salud, sino inclusive con el médico y la supervisora de auxiliar de salud ocurre lo mismo, consideramos necesario el que se capacite de forma más eficiente a la auxiliar, debido a que ella como miembro integrante de la comunidad tiene mayor posibilidad de lograr el convencimiento de la pareja para integrarse al programa de planificación familiar.

La participación del varón es sumamente limitada, esto es corroborable si comparamos el porcentaje de mujeres que planifican en contraste con el del hombre, esta situación obedece a nuestro parecer a varias razones como son: subsistencia de patrones culturales machistas y que han creado una enagenación tal sobre el sexo femenino que no sólo la subordina al sexo masculino, y que la ha hecho un

objeto y no un sujeto crítico y conciente de su realidad, capaz de tomar sus propias decisiones entre ellas el control de su fertilidad; y si existe enagenación de la mujer también la encontramos en el varón, en los cuales se repite incensantemente un ciclo que los condiciona a creer que ellos son la imagen de fuerza, poder, inteligencia y trabajo y que gracias a él la mujer puede sobrevivir lo cual nos lleva a la creación de un sistema de dominación opresión, ante ello no resulta difícil de comprender el porque de su negativa a ser él quien utilice el método. Ante esto, las acciones propuestas por el Estado en los programas de planificación familiar, no pasan de ser palabras en un texto, ya que no existe una formulación real y objetiva de acciones precisas para lograr la participación del varón al programa y se sigue enfocando como centro de atención al sexo femenino, por considerar que al ser ella la que se embaraza, será más fácil su conquista, más esto no es verdad ya que mientras no se rompa con el ciclo de relaciones de dominación opresión, las acciones planeadas jamás serán tan eficaces para lograr que la mujer acepte la planificación familiar; y es aquí donde afirmamos que se requiere planear acciones dirigidas por igual a las parejas, en las que están sustentadas las necesidades de la población a la que van dirigidas. A este respecto quisieramos señalar que lo ideal en esta situación sería la planeación de acciones acordes a un mayor desarrollo nacional a nivel de economía, salud y educación, sin embargo, esto es complicado pero proponemos que se brinde educación sexual y sobre planificación familiar en centros de trabajo y escuelas.

Los resultados obtenidos muestran que la utilización de métodos anticonceptivos por parejas de comunidades rurales

es mínimo, ésto es atribuible a varios factores no solo por parte de los programas de planificación familiar, formulados a nivel nacional y estatal que como ya ha sido abordado son elaborados sin tomar en cuenta las necesidades particulares de la población, interviniendo en ello de manera preponderante los bajos niveles educativos, la mínima o nula educación sexual que los jóvenes reciben, asimismo, los múltiples tabúes sobre la sexualidad y el erotismo que los mantienen como temas ocultos, lo que aunado a la permanencia de relaciones de superioridad del hombre sobre la mujer, a la situación económica presentada y al bajo desarrollo rural, influyen en la negativa de la mujer a la posibilidad de planificar su familia atribuyendo su negativa a diversas razones como son: el que el anticonceptivo les provoca enfermedad, el que sus embarazos son espaciado, el que desea tener más hijos o sencillamente que no desea planificar, ésto como ya ha sido señalado responde a la forma de vida propias de áreas rurales, ante lo cual consideramos se deberá actuar en forma total en cada uno de los aspectos que involucra ésta, como son relaciones familiares, educativas, económicas, políticas y sociales, si se desea cambiar la manera de pensar de la pareja respecto a la planificación familiar.

SUGERENCIAS:

Las propuestas que a continuación se formulan, se han realizado no solo con base en los resultados obtenidos, tomando en cuenta diversos factores encontrados a través de la realización de la investigación que se ha presentado.

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) cuya función es formar profesionales en el área materno-infantil, no sólo en aspectos clínicos sino docentes se ha preocupado porque el pasante adquiere conocimientos esenciales y prácticos que le permitan desarrollar de una manera más eficiente sus actividades en éstas áreas durante el servicio social, es por ello que consideramos que el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia es el indicado en unión con los docentes de las zonas rurales para implementar temas específicos sobre sexualidad y planificación familiar a niños y jóvenes que cursan el nivel básico, la información proporcionada dependera del grado escolar del alumno, así mismo los mensajes deberán ser precisos y sencillos, favoreciendo su fácil comprensión, además de fomentar la capacidad crítica del infante y del adolescente permitiéndole comprender la realidad en la que vive, así

como la problemática que enfrenta; además de permitirle eliminar aquellos prejuicios y concepciones sobre la sexualidad y la planificación familiar existente, es importante que se eduque en este tema a los niños ya que ésto permitirá que se rompan en forma paulatina los patrones culturales que pugnan por matrimonios a edades tempranas y altas tasas de fertilidad, no basta con informar a la gente adulta que de una u otra forma ya tiene valores y concepciones bien cimentadas que dificultan el cambio en su modo de pensar; y por el contrario en los niños existe una alta posibilidad de desarrollar cambios conductuales a través de la educación ya que no debemos olvidar que después de todo son ellos los usuarios potenciales del programa de planificación familiar en un futuro próximo.

Considerando que los pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia participan prestando atención materno-infantil y capacitando a la auxiliar de salud en áreas rurales que se encuentran contempladas en la Estrategia de Extensión de Cobertura creemos que de éste depende promover a su vez en unión con las autoridades del centro de salud correspondiente y profesores de las comunidades acciones sobre educación sexual y planificación

familiar a los padres de familia, en donde por igual se les explique de forma concreta aspectos cotidianos prácticos sobre el tema, que les permita no sólo comprender la importancia de la planificación familiar como un medio para una fertilidad más sana, sino que lo concienticen sobre el papel fundamental que juega la planificación familiar en el aspecto familiar, económico y educacional. Esta acción tiene por objetivo el trabajar por igual con la pareja no podemos continuar tomando a la mujer como centro del programa, se requiere integrar al varón en forma completa al trabajo si deseamos que mayor número de parejas rurales se incluyan al programa de planificación familiar.

La función principal del pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia que realiza el servicio social dentro de la Estrategia de Extensión de Cobertura consiste en capacitar a la auxiliar de salud en los diferentes subsistemas que integran el programa general. Asimismo, uno de los objetivos elementales de la Secretaría de Salud es la capacitación a éste personal por ello, consideramos que el trabajo debe ser más sistematizado y coordinado, con técnicas docentes y recursos didácticos facilitando con ello el aprendizaje por parte de la auxiliar de salud así como su óptima integración. Además de la coordinación en

la capacitación que señalamos consideramos debe existir una supervisión periódica al pasante (tres veces al año como mínimo durante la pasantía), por parte de la ENEO, que le permita una retroalimentación continua en sus funciones de capacitación, asimismo, consideramos que el personal de la Secretaría de Salud, requiere un proceso más eficiente de supervisión continua y minuciosa de sus actividades por parte del personal estatal y central a quien le competa.

Establecer una coordinación estrecha entre la ENEO y la Secretaría de Salud que permita hacer más eficiente las acciones del pasante de enfermería en la Estrategia de Extensión de Cobertura, además de ampliar sus funciones permitiéndole integrar de una forma total los conocimientos adquiridos durante la carrera. Es por ello que se propone que la capacitación otorgada no se limite únicamente a la auxiliar de salud sino que se dirija también a la familia y al programa, partiendo de que la formación en México es expresión de las necesidades de las instituciones que se dedican a la práctica de la salud y de la determinación que éstas ejercen sobre los planes de estudio vigentes; que se traduce con gran frecuencia en el divorcio de la educación y los problemas reales de salud en el país; y que generalmente esta centrada en la enfermedad y no en la

salud, condicionando poca relación con el primer nivel en las comunidades, podemos señalar a este respecto que existe un campo sumamente fructífero para el licenciado en enfermería, ya que se encuentra preparado para desarrollar una importante labor en este campo, pensamos que ya no se puede sostener esta situación de preparar profesionales para áreas clínicas y continuar marginando la salud pública, ya que los cambios sólo se lograrán si actuamos directamente en la comunidad; es por ello que consideramos que la ENEO debe poner mayor énfasis en asignaturas concernientes a salud pública, además de estimular y motivar al pasante para que labore en ese campo. Desde nuestro punto de vista particular el servicio social dentro de la Estrategia de Extensión de Cobertura ofrece al pasante una magnífica oportunidad para desarrollarse en ese campo, sin embargo, se deben brindar mejores oportunidades al pasante, no limitando su actividad a la capacitación, ya que aunque ésta es sumamente importante, no ocupa todo su tiempo, y éste puede y está capacitado para desarrollar actividades asistenciales y docentes en la comunidad, mismas que no sólo le servirán a él profesionalmente, sino a la comunidad en sí. Este esfuerzo sería por demás provechoso, si la Secretaría de Salud, ofreciera campo laboral a los pasantes que al terminar el servicio social

deseara quedarse a trabajar en esta área, pudiendo continuar con ello su labor inicial ya que a nuestro parecer no pueden continuar trabajando el primer nivel gente que no posee la suficiente preparación, resulta interesante como países desarrollados como Israel contemplan como punto clave de su Programa General de Salud; el área destinada a la salud pública y no dejamos de cuestionarnos porque el nuestro no lo hace, tal vez por que hasta el momento no se ha valorado la importancia del primer nivel de atención como una solución a la problemática de salud que actualmente presenta el país, o porque los profesionales que se forman continúan en la anacrónica creencia de que lo que importa es curar, tal vez porque es esa misma gente la que ocupa los puestos de mando lo que condiciona que los programas formulados no pasen de ser simples demagogias sin resultados y ahora, se han propuesto el que gente de la comunidad ofrezca los servicios de salud, ya que es más fácil responsabilizar a la misma población sobre el cuidado de su salud que invertir recursos humanos y materiales en proporcionar una adecuada atención para la salud a la población. Consideramos que la auxiliar de salud dentro de sus limitadas posibilidades ofrece a la Secretaría de Salud la posibilidad de que mayor número de población que no contaba

con servicios de salud, los tenga, pero eso a nuestro parecer no es el caso, ya que no se trata de medio atender o de procurar que no se enfermen tanto como lo hacian antes, sino de verdaderamente proporcionar una buena atención a la comunidad y es aquí donde nos preguntamos qué pasa con los egresados que año con año salen de las facultades de medicina y de las escuelas de enfermería que existen en el país, y que no encuentran un empleo aumentando por consiguiente las listas de desempleados. Y nos cuestionamos porque no emplearlos en esta gran tarea, como lo es el primer nivel de atención, pero no perdemos de vista que ésto resulta complicado debido a que por su formación estos egresados menosprecian el trabajo en salud pública; y no se haya entre sus intereses personales y profesionales laborar en comunidad, es por ello que repetimos que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe tomar bajo su responsabilidad esta tarea.

Impartición de un seminario sobre educación sexual básica durante el último año de la licenciatura de tal manera que el alumno pueda dilucidar con precisión aspectos específicos sobre su sexualidad que sea aplicable no sólo en su vida personal sino profesional, dicho seminario deberá ser impartido por personal profesional especializado.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- AGUILAR, CITLALI, ET. AL. Textos y pretextos, once estudios sobre la mujer. Ed. Colegio de México. 1992
- 2.- ALVARADO, LOURDES. El siglo XIX ante el feminismo. Una interpretación positiva. UNAM de México, 1991.
- 3.- BRUNNER. Tratado de enfermería. Ed. Interamericana. 3ra. ed. México, 1986.
- 4.- CASTELUM GAXIOLA. MA. DE LOS ANGELES. Agenda de los derechos y obligaciones de la mujer. Concejo Nacional de Población. México, 1987.
- 5.- CECIL. Tratado de Medicina Interna. E Interamericana. 17a. ed. México, 1986.
- 6.- C. LEVY, CLAUDINE. Reflexiones en torno a la mujer, la familia y la educación. Ed. Universidad Pedagógica Nacional. México, 1990.
- 7.- CLINOY, ELY. La sociedad. Ed. Fondo de cultura económica. México, 1980.
- 8.- HERNAN, SAN MARTIN. Salud y enfermedad. 4a. ed. Ed. Prensa Médica Mexicana, México, 1984.
- 9.- HERNANDEZ NORIEGA, IRMA. Consumo de anticonceptivos, hormonales y malformaciones congénitas. ENEO. México, 1986.

- 10.- JURADO GARCIA, EDUARDO, et. al. Gua de estudios para la prevención de los defectos al nacimiento. UNAM. México, 1989.
- 11.- K. KLOOSS, M. VOGUEL. Patología del período perinatal. Barcelona España, Ed. Salvat, 1978.
- 12.- LAGARDE, MARCELA. Cautiverios de las mujeres madres-esposas, monjas, presas, putas y locas. UNAM. México, 1990.
- 13.- L. BEALS. Introducción a la antropología. Ed. Aguilar 3ra. Ed. México, 1981.
- 14.- La Salud de la mujer en las Américas. Organización Panamericana de la salud. Organización Mundial de la Salud, 1985.
- 15.- L. GAMIZ MATUK, ARNULFO. Bioestadística. Ed. Editor. México. 1992
- 16.- MILLER, BURT. Salud Individual y Colectiva. El Hombre y la sociedad actual. Ed. Interamericana. 3ra. Ed. México, 1986.
- 17.- MONDRAGON CASTRO, HECTOR. Obstetricia Básica Ilustrada. Ed. Trillas, 4a. Ed. México, 1986.
- 18.- MONDRAGON CASTRO, HECTOR. Ginecología. Ed. Trillas. 1ra. Ed. México, 1988.
- 19.- N. DANFORTH, DAVID. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Ed. Interamericana, 4a. Ed. México, 1986.

- 20.- OLDS, B. SALLY Enfermería Materno-Infantil. 4a. Ed. México, 1989.
- 21.- RODRIGUEZ MEGA, MA. DEL CARMEN. Estudio analítico prospectivo longitudinal sobre los efectos colaterales de la Salpingoclasia en las mujeres que viven en la Colonia Popular Liberación de Celaya. UNAM. México, 1987.
- 22.- ROJAS SORIANO, RAUL. Guía de Investigación Social. Ed. Trillas, 4a. Ed. México, 1990.
- 23.- SANCHEZ AZCONA, JORGE. Familia y sociedad. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1980.
- 24.- SANCHEZ BEDOLLA, GRACIELA. Seminario sobre la participación de la mujer en la vida nacional. UNAM. México, 1989.
- 25.- SERRALDE GRANADOS, SILVIA. Atención de enfermería durante el puerperio de alto riesgo en pacientes menores de 20 años y mayores de 33 con nivel socioeconómico medio bajo. UNAM. México, 1984.
- 26.- SERENA, NANDA. Antropología Cultural. Adaptaciones Socioculturales. Ed. Wod Swort-Iberoamericana. México, 1980.
- 27.- TENORIO BAHENA, JORGE. Redacción, conceptos y ejercicios. Ed. Mc. Graw Hill. México, 1987.

- 28.- T. QUEENAN, JHON. Normas para la atención del embarazo de alto riesgo. Ed. Manual Moderno. México, 1984.
- 29.- TORTORA, GERARD J. Principios de anatomía y fisiología. Ed. Harla, 3ra. Ed. México, 1984.
- 30.- WILLIAMS. Obstetricia. México D.F., Ed. Salvat, 3ra. Ed. 1986.

ANEXOS

CUADRO No. 1

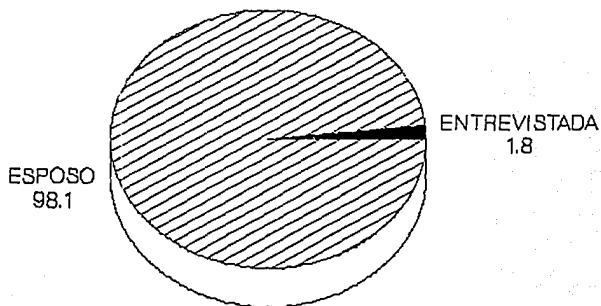
Persona que se encarga del sostén familiar en los módulos de Chilapa I y III, Quechultenango y Teloloapan I y IV del Estado de Guerrero.

Persona que se encarga del sostén familiar	Fo.	%
Esposo	518	98.1
Entrevistada (casada)	10	1.8
Total	528	100%

FUENTE: Encuestas realizadas a mujeres que habitan en las localidades que integran los módulos de Chilapa I y III, Quechultenango y Teloloapan I y IV del Estado de Guerrero, en el mes de Agosto de 1992.

GRAFICA No. 1

PERSONA QUE SE ENCARGA DEL SOSTEN FAMILIAR EN LAS
COMUNIDADES QUE INTEGRAN LOS MODULOS DE CHILAPA I Y III,
QUECHULTENANGO Y TELOLOAPAN I Y IV DEL ESTADO DE GUERRERO



Fuente: Misma del cuadro número 1

CUADRO No. 1'

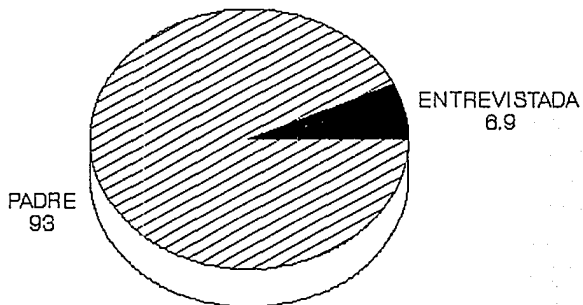
Persona que se encarga del sostén familiar en los módulos de Chilapa I y III, Quechultenango y Teloioapan I y IV del Estado de Guerrero.

Persona que se encarga del sostén familiar	Fo.	%
Padre de la entrevistada	160	93.1
Entrevistada (soltera)	12	6.9
Total	172	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 1'

**PERSONA QUE SE ENCARGA DEL SOSTEN FAMILIAR EN LAS
COMUNIDADES QUE INTEGRAN LOS MODULOS DE CHILAPA I Y III,
QUECHULTENANGO Y TELOLOAPAN I Y IV DEL ESTADO DE GUERRERO**



Fuente: Misma del cuadro número 1

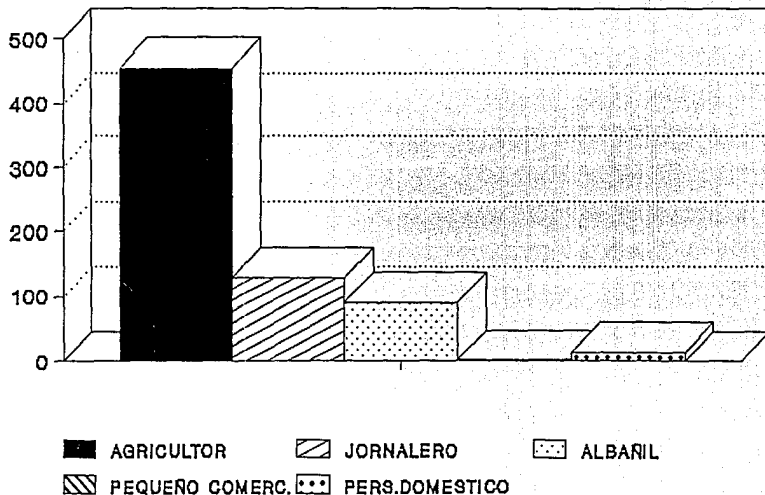
CUADRO No. 2

Ocupación de las personas que se encargan del sostén familiar

OCUPACION	SEXO			
	MASCULINO		FEMENINO	
	Fo.	%	Fo.	%
Agricultor	455	65		
Jornalero	130	18.67		
Albañil	91	13		
Pequeño comerciante	2	0.28	8	1.14
Personal doméstico			14	2
Total	618	96.85	22	3.14

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 2
OCUPACION DE LAS PERSONAS QUE SE ENCARGAN DEL SOTEN FAMILIAR
EN LAS COMUNIDADES QUE INTEGRAN LOS MODULOS DE CHILAPA I Y
III, QUECHULTENANGO Y TELOLOAPAN I Y IV DEL EDO. DE GRO.
Fo.



FUENTE: Misma del cuadro número 2.

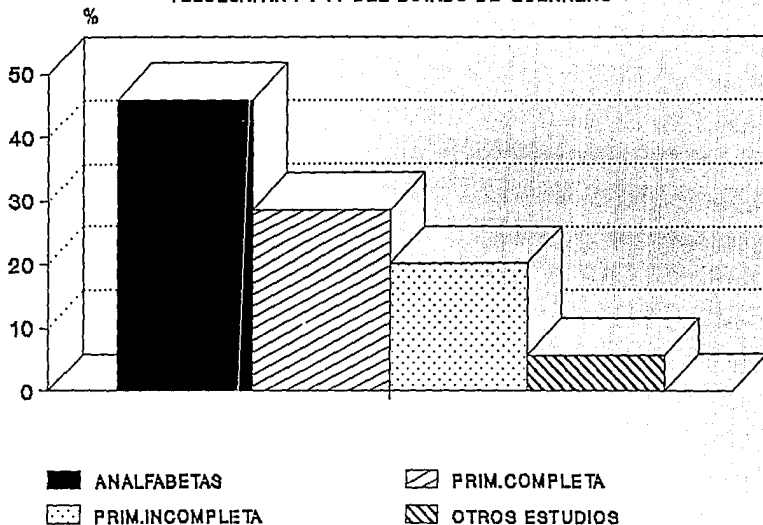
CUADRO No. 3

Escolaridad de las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Chilapa I y III, Quechultenango y Teloloapan I y IV del Estado de Guerrero.

Escolaridad	Fo.	%
Analfabeta	321	45.85
Primaria incompleta.	200	28.57
Primaria completa	140	20
Otros estudios	39	5.57
Total	700	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 3
ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS QUE PERTENECEN
A LOS MODULOS DE CHILAPA I Y III, QUECHULTENANGO Y
TEOLOAPAN I Y IV DEL ESTADO DE GUERRERO



FUENTE: Misma del cuadro número 3

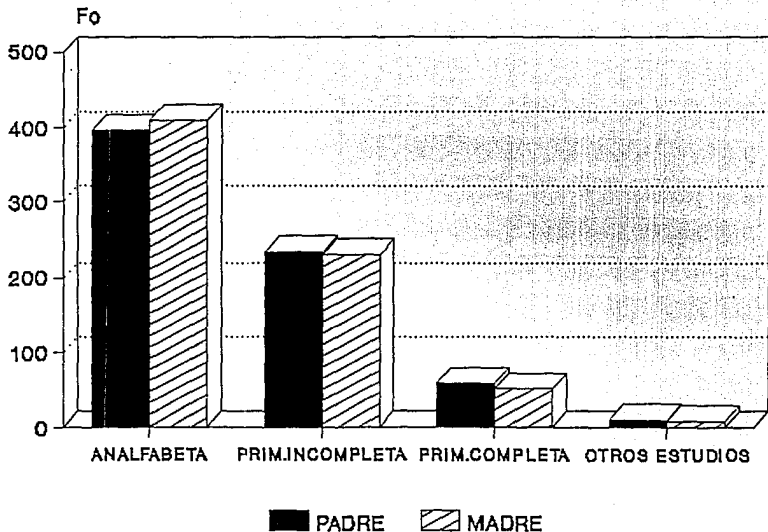
CUADRO No. 4

Escolaridad de los padres de las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Chilapa I y III, Quechultenango y Teloloapan I y IV del Estado de Guerrero.

ESCOLARIDAD	PADRE		MADRE	
	Fo.	%	Fo.	%
Analfabeta	397	56.71	409	58.42
Primaria incompleta	235	33.57	232	33.14
Primaria completa	59	8.42	51	7.28
Otros estudios	9	1.2	8	1.14
Total	700	100%	700	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 4
ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS
QUE PERTENECEN A LOS MODULOS DE CHILAPA I Y III,
QUECHULTENANGO Y TELOLOAPAN I Y IV DEL ESTADO DE GUERRERO



FUENTE: Misma del cuadro número 4.

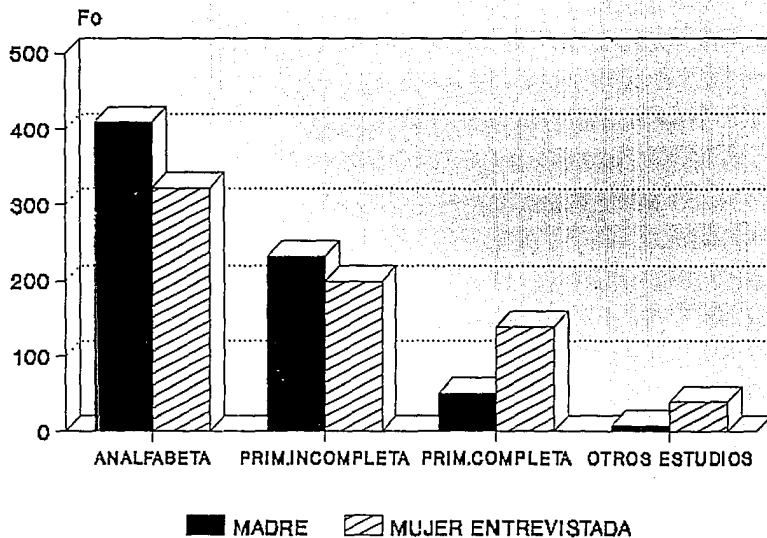
CUADRO No. 5

Relación de la escolaridad de la madre y de la mujer entrevistada.

ESCOLARIDAD	MADRE		MUJER ENTREVISTADA	
	Fo.	%	Fo.	%
Analfabeta	409	58.42	321	45.85
Primaria incompleta	232	33.14	200	28.57
Primaria completa	51	7.28	140	20
Otros estudios	8	1.14	39	5.57
Total	700	100%	700	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 5
RELACION ENTRE LA ESCOLARIDAD DE LA MADRE Y
LA MUJER ENTREVISTADA



FUENTE: Misma del cuadro número 5.

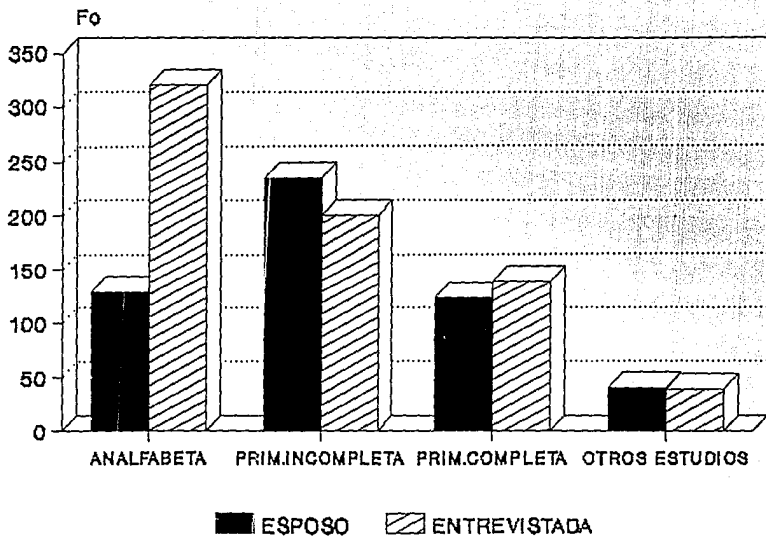
CUADRO No. 6

Relación de escolaridad del esposo y la mujer entrevistada

ESCOLARIDAD	ESPOSO		ENTREVISTADA	
	Fo.	%	Fo.	%
Analfabeta	129	24.43	321	45.85
Primaria incompleta	235	44.50	200	28.57
Primaria completa	124	23.48	140	20
Otros estudios	40	7.57	39	5.57
Total	528	100%	700	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 6
RELACION DE ESCOLARIDAD DEL ESPOSO Y
LA MUJER ENTREVISTADA



FUENTE: Misma del cuadro número 6.

CUADRO No. 7

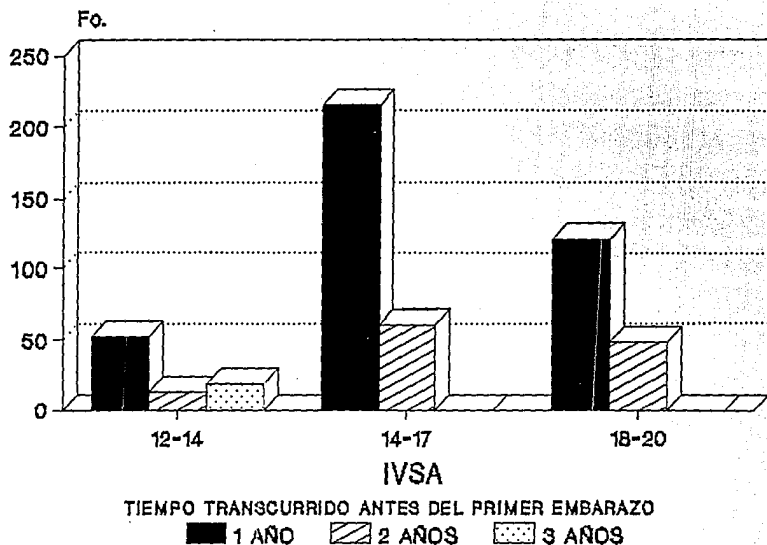
Relación entre inicio de vida sexual activa y su primer embarazo de la mujer entrevistada.

Edad de I.V.S.A	Presencia de su primer embarazo					
	1o.		2o.		3o.	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
12 - 14	52	13.40	13	10.74	19	100
14 - 17	215	55.41	60	49.58		
18 - 20	121	31.18	48	39.66		
Total	388	100%	121	100%	19	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

I.V.S.A. Inicio de vida sexual activa.

GRAFICA No. 7
RELACION ENTRE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA (IVSA)
Y EL PRIMER EMBARAZO DE LA MUJER ENTREVISTADA



FUENTE: Misma del cuadro número 7.

CUADRO No. 8

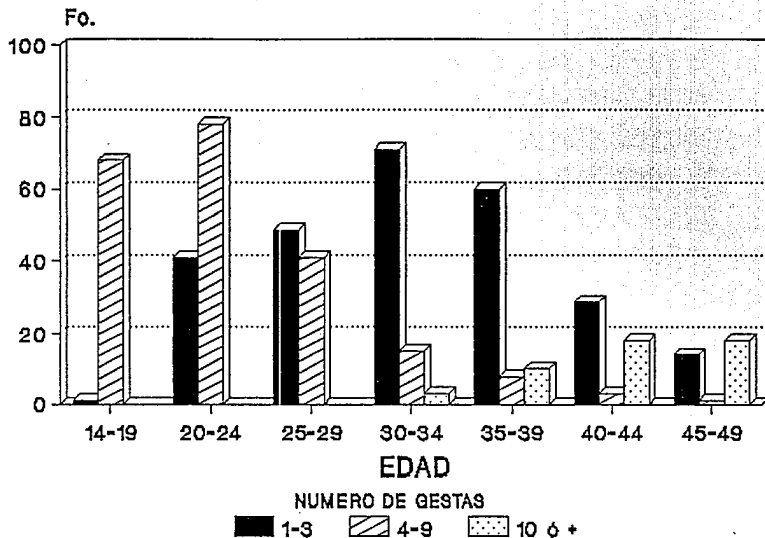
Número de gestas de la mujer entrevistada en relación a su edad.

Edad I.V.S.A	Número de embarazos					
	1 - 3		4 - 9		10 ó más	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
14 - 19	68	31.77	1	0.37		
20 - 24	78	36.44	41	15.47		
25 - 29	41	19.15	49	18.49		
30 - 34	15	7.04	71	26.79	3	6.12
35 - 39	8	3.73	60	22.64	10	20.40
40 - 44	3	1.40	29	10.94	18	36.73
45 - 49	1	0.46	14	5.28	18	36.73
Total	214	100%	265	100%	49	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

I.V.S.A. Inicio de vida sexual activa.

GRAFICA No. 8
NUMERO DE GESTAS DE LA MUJER ENTREVISTADA
EN RELACION A SU EDAD.



FUENTE: Misma del cuadro número 8.

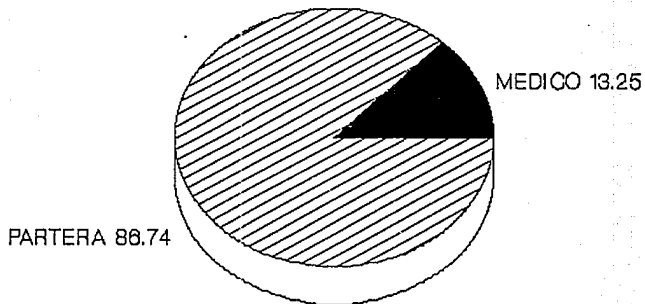
CUADRO No. 9

Persona con la que acude la mujer entrevistada para la atención del parto.

Médico		Partera	
Fo.	%	Fo.	%
70	13.25	458	86.74

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 9
PERSONA A LA QUE CUDE LA MUJER ENTREVISTADA
PARA LA ATENCION DEL PARTO



Fuente: Misma del cuadro número 9.

CUADRO No. 10

Persona que atiende el parto y relación de permanencia en cama.

Permanencia en cama Post-parto	Médico		Partera	
	Fo.	%	Fo.	%
1 - 5 días	35	50	271	59.17
6 - 15 días	25	35.71	126	27.51
16 - 40 días	10	14.28	61	13.31
Total	70	100%	458	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

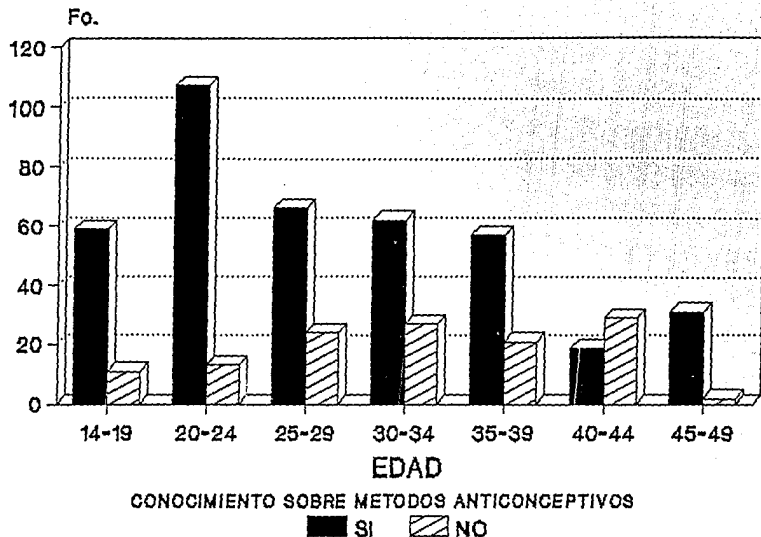
CUADRO No. 11

Relación entre el conocimiento sobre los anticonceptivos por parte de la mujer y el uso de los mismos.

Edad de la mujer entre vistada.	Conocimientos de métodos anti- ceptivos.				Utilización			
	SI		NO		SI		NO	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
14 - 19	26	7.64	44	23.40	11	2.08	59	11.17
20 - 24	79	23.23	41	21.80	13	2.46	107	20.26
25 - 29	67	19.70	23	12.23	24	4.54	66	12.5
30 - 34	74	21.78	15	7.97	27	5.11	62	11.79
35 - 39	54	15.88	24	12.78	21	3.97	57	10.79
40 - 44	29	8.52	19	10.10	29	5.49	19	3.59
45 - 49	11	3.93	22	11.70	2	0.37	31	5.87
Total	310	100	188	100				

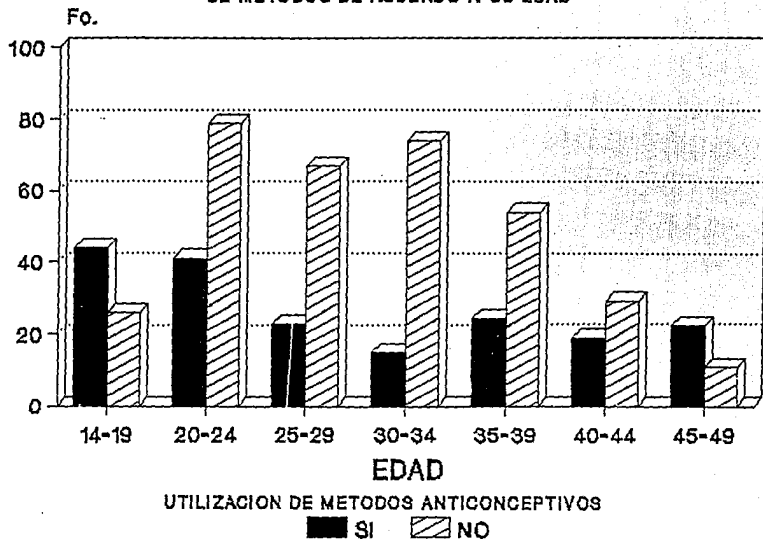
FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 11
CONOCIMIENTOS SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS POR PARTE
DE LA MUJER ENTREVISTADA DE ACUERDO A SU EDAD



FUENTE: Misma del cuadro número 11.

GRAFICA No. 11'
RELACION ENTRE EL CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
POR PARTE DE LA MUJER ENTREVISTADA Y LA UTILIZACION
DE METODOS DE ACUERDO A SU EDAD



FUENTE: Misma del cuadro número 11.

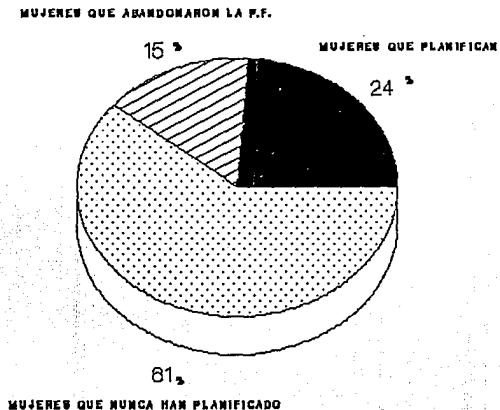
CUADRO No. 12

Clasificación de mujeres en relación a la utilización de planificación familiar.

Mujeres que planifican		Mujeres que abandonaron la P.F.		Mujeres que nunca han planificado	
Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
127	24	79	15	322	61

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 12
CLASIFICACION DE MUJERES EN RELACION A LA
UTILIZACION DE LA PLANIFICACION FAMILIAR



Fuente: Misma del cuadro número 12

CUADRO No. 13

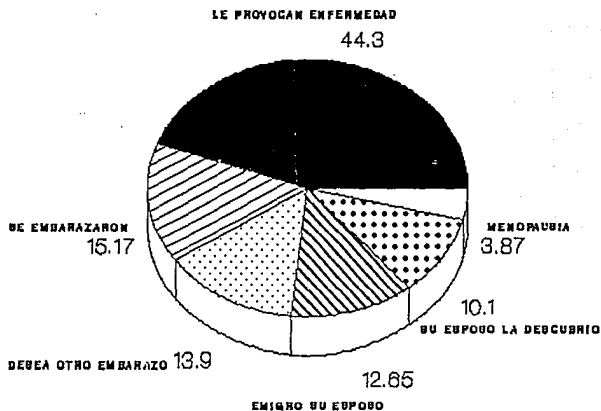
Causas de abandono al uso de métodos anticonceptivos por parte de la mujer entrevistada.

Edad	Provocan enfermedad		Se embarazaron		Desean otro embarazo		Emigró el esposo		Su esposo la descubrió	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
14 - 19							1	1.26	1	1.26
20 - 24	5	6.32	4	5.06	2	2.53	2	2.53		
25 - 29	8	10.12			3	3.79	2	2.53	1	1.26
30 - 34	7	8.86	5	6.32	5	6.32	1	1.26	2	2.53
35 - 39	7	8.86	2	2.53			2	2.53	1	1.26
40 - 44	6	7.59			1	1.26	2	2.53	1	1.26
45 - 49	2	2.53	1	1.26	1	1.26	2	2.53	1	1.26
Total	35	44.30	12	15.17	11	13.9	10	12.65	8	10.1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

S.A.S. Supervisora de Auxiliares de salud.

GRAFICA No. 13
CAUSAS DE ABANDONO AL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
POR PARTE DE LA MUJER ENTREVISTADA



Fuente: Misma del cuadro número 13

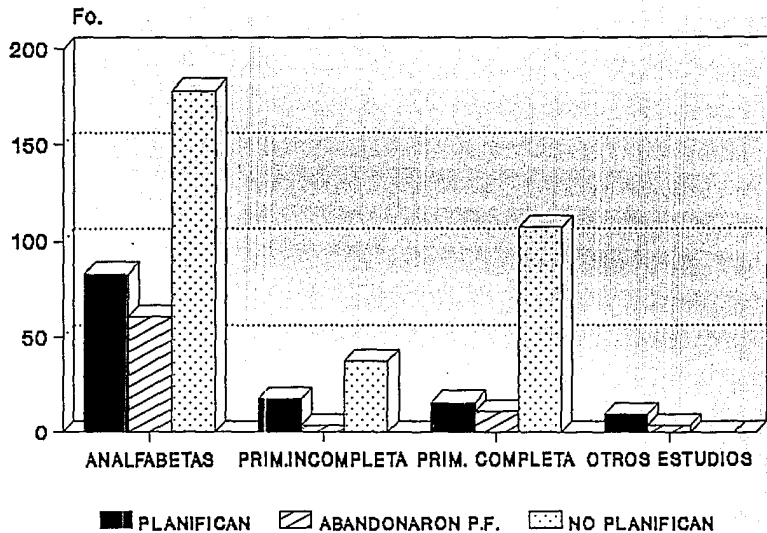
CUADRO No. 14

Escolaridad de las mujeres que no planifican en relación con las mujeres que están planificando

Escolaridad	Planifican		Abandonaron		No planifican	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Analfabetas	83	65.35	60	75.95	178	55.27
Primaria comp.	18	14.18	4	5.06	37	11.50
Primaria incomp.	16	12.59	11	13.92	107	32.22
Otros estudios	10	7.87	4	5.06		
Total	127	100	79	100%	322	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 14
ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES QUE NO PLANIFICAN EN RELACION
CON LAS MUJERES QUE ESTAN PLANIFICANDO



FUENTE: Misma del cuadro número 14.

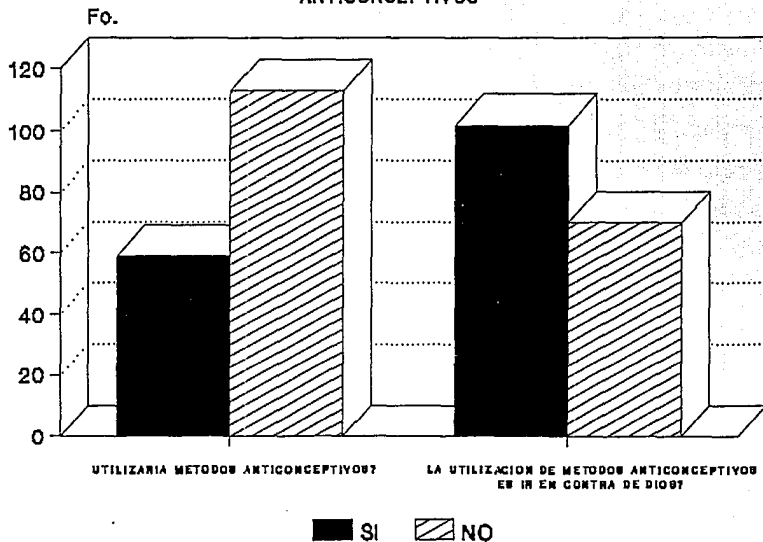
CUADRO No. 15

Relación entre las creencias religiosas de la mujer soltera y su decisión sobre la utilización de métodos anticonceptivos.

Utilizarían métodos anticonceptivos..				La utilización de métodos anticonceptivos es ir en contra de Dios			
SI		NO		SI		NO	
Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
59	34.30	113	65.69	102	59.30	70	40.67

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 15
RELACION ENTRE LAS CREENCIAS RELIGIOSAS DE LA MUJER SOLTERA
Y SU DECISION SOBRE LA UTILIZACION DE METODOS
ANTICONCEPTIVOS



FUENTE: Misma del cuadro número 15.

CUADRO No. 16

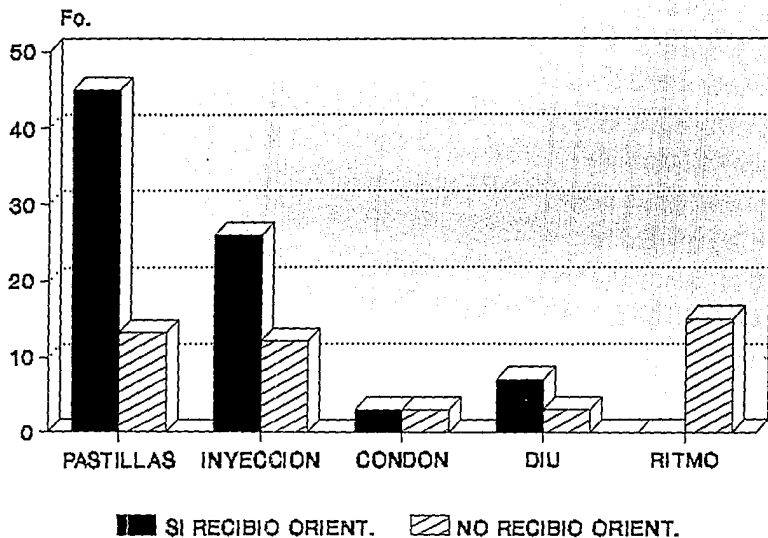
CLASIFICACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS
 POR LAS MUJERES, ASI COMO PERSONA QUIEN LO
 PRESCRIBIO Y ORIENTACION RECIBIDA.

METODO ANTICON- CEPTIVO.	AUXILIAR DE SALUD		S.A.S.		MEDICO		ELLA		RECIBIO ORIENTACION			
									SI		NO	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
PASTILLAS	37	63.80	7	12.06	11	18.96	3	5.17	45	35.43	13	10.23
INYECCION	21	55.26	7	18.42	8	21.05	2	5.26	26	20.47	12	9.40
CONDON	1	16.66	3	50	1	16.66	1	16.66	3	2.36	3	2.36
DIU			1	10	9	90			7	5.51	3	2.36
RITMO							15	11.89			15	100

S.A.S. = Supervisora de auxiliares de salud.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 16
 CLASIFICACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS
 POR LAS MUJERES, ASI COMO PERSONA QUIEN LO PRESCRIBIO
 Y ORIENTACION RECIBIDA



FUENTE: Misma del cuadro número 16.