

POLÍTICA DE POBLACIÓN Y LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Manuel URBINA FUENTES*

SUMARIO: I. El papel de la política de población en la planificación familiar. II. Papel de la planificación familiar en la política de población. III. Desarrollo de los programas de planificación familiar.

En primer término, deseo agradecer la gentil invitación de mis estimados amigos el doctor Diego Valadés y la doctora Luz María Valdés para participar en este seminario. Es un honor estar acompañado de quienes han construido y escrito por 30 años la historia de nuestra política de población y de los programas de planificación familiar.

Por la continuidad tanto de la política como del programa, podemos dar testimonio de su planeación, implementación y continuidad con hechos y resultados.

Esta continuidad ha implicado la participación de centenares de personas, como los tomadores de decisiones en todos los niveles, particularmente en el ámbito de la administración pública; desde el presidente de la república hasta el más modesto trabajador del equipo de salud.

Asimismo, los resultados se pueden aquilatar por la sociedad, el núcleo familiar, la pareja y por cada persona que ha tenido la opción de decidir de manera libre acerca de su participación.

Por esto, reitero que es un privilegio poder dar testimonio y compartir con ustedes algunas reflexiones y anécdotas derivadas de la fortuna de haber vivido como estudiante, copártcipe y observador del inicio y la evolución de la política de población en México.

* Ex secretario del Consejo Nacional de Población, 1990-1994.

En 1970, siendo aún estudiante de medicina, el entonces director de nuestra facultad, el maestro José Laguna García, hombre visionario y con una gran capacidad para analizar los problemas sociales y económicos, y su efecto en la salud de la población, me pidió que asistiera a un curso sobre planificación familiar (PF) en la Fundación de Estudios para la Población, FEPAC, que impartiría la doctora Blanca Raquel Ordóñez de la Mora.

Recuerdo cómo me impactaron dos hechos: el primero, que yo no sabía nada sobre anticoncepción y el aborto, y el segundo, el énfasis que la doctora hizo sobre la “explosión demográfica” y el futuro en el desarrollo del país.

A partir de entonces, mi curiosidad e interés por el tema fueron en aumento, lo mismo me atraían las lecturas que publicaba la Fundación Mild Bank y el Banco Mundial; los libros de proyecciones de población, como el de Tomás Freijka, que el maravilloso clásico *Historia de las doctrinas de la población* de Rene Gonnard, que el maestro Gilberto Loyo recomendaba en su cátedra de Política Demográfica en la Escuela Nacional de Economía de nuestra universidad.

Asimismo, al ver personalmente el impacto negativo en la salud de las mujeres por su alta fecundidad y el no-acceso a métodos anticonceptivos para su control en las zonas rurales de los estados de Morelos y Tlaxcala, donde realizábamos los estudios e investigaciones sobre morbilidad y mortalidad para el programa de servicio social y de medicina familiar de la Facultad de Medicina.

Todo esto me motivó para que mi formación en salud pública la orientara hacia la epidemiología y los estudios de población, con la fortuna de haber profundizado en cursos como el de Demografía Médica, en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical en Londres.

En esos años de estudiante en los Estados Unidos de América (1974), en una reunión de la Asociación Mundial de Población, en Washington, DC, tuve el privilegio de conocer a don Antonio Carrillo Flores, quien coordinaba el programa principal donde eran presentadas dos distinguidas mujeres líderes en la promoción de las políticas demográficas en sus países, la señora Imelda de Marcos, esposa del presidente de Filipinas, y la licenciada Luisa María Leal, primera secretaria general del Conapo. Debo decir de ambas que se distinguieron por su personalidad y elegante presencia, junto con su buen discurso.

En esa ocasión descubrí la importancia de la nueva política de población y el liderazgo de nuestro país en el ámbito internacional, debido en muy buena parte por el excelente papel de don Antonio, antes y durante la Conferencia Mundial de Población de 1974 en Bucarest.

El director de la Escuela de Salud Pública en la Universidad de Texas, en donde hice estudios de posgrado, quien era un prestigiado epidemiólogo y amante del tema poblacional, me presentó a Terry L. McCoy, doctor en ciencias políticas en Latinoamérica, quien durante el verano de 1971 realizó un estudio en la ciudad de México sobre la política de población y de reducción de la fecundidad.

Fue una gran oportunidad escucharlo, y saber que con ese y otros trabajos había publicado un libro: *La dinámica de la política de población en América Latina (The Dynamics of Population Policy in Latin America)*, editado por Ballinger en Cambridge, Mass.)

En uno de los capítulos, titulado “Un análisis paradigmático de la política mexicana de población”, describe lo complicado que era un cambio de la política demográfica debido a las siete variables que cito a continuación:

Sus antecedentes históricos; por las características de la política mexicana: pluralista y autoritaria.

Los intereses de los diferentes grupos que opinaban al respecto, en primer término las asociaciones privadas de planificación familiar, como la Asociación Prosalud Maternal, fundada en 1959, primera en Latinoamérica y durante algunos años la única que proporcionaba anticonceptivos; asimismo, pionera en investigación con métodos anticonceptivos al frente de la doctora Edris Rice-Wray.

Los grupos de investigadores y académicos como el Colegio de México, con don Víctor Urquidí a la cabeza, Gustavo Cabrera y José Morelos; el Instituto Mexicano de Estudios Sociales (IMES), con Enrique Brito y Maricarmen Elú; en la UNAM, con Raúl Benítez; el Celade, con la maestra Carmen Miró y María Luisa García; las Asociaciones Médicas de Ginecología y Endocrinología, con Víctor Espinosa de los Reyes, Carlos Gual, Jorge Martínez Manautou y Alfredo Gallejos.

La industria farmacéutica, con su interés por ampliar el mercado ante el Código Sanitario que prohibía su uso con fines anticonceptivos.

Los vínculos con organismos externos como la AID, el Population Council, IPPF, la Fundación Ford, la Fundación Rockefeller y Pathfinder Fund, los cuales eran sistemáticamente rechazados en la prensa nacional.

Los opositores a la planificación familiar, como los grupos religiosos, el Movimiento Familiar Cristiano y los partidos políticos de derecha e izquierda.

La influencia de la OMS y la OPS para atender la demanda de servicios de las instituciones públicas y de la apertura de los servicios específicos por motivos de investigación.

Ahora puedo afirmar que en los años de estudio que realicé en los Estados Unidos de América y en Europa, observando los temas de población y programas de planificación familiar en países socialistas como Yugoslavia y Checoslovaquia, o capitalistas como Suecia; Holanda; Dinamarca y el Reino Unido, me permitieron aquilatar la importancia del cambio que se dio en México, y que McCoy dejó plasmado en su libro.

I. EL PAPEL DE LA POLÍTICA DE POBLACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Al tomar la decisión política, el presidente Echeverría, se dio luz verde para presentar el proyecto de Ley de Población al congreso, seguramente después de muchos cabildeos, buenos oficios, el liderazgo de don Mario Moya Palencia y la capacidad técnica de su equipo de trabajo, quienes elaboraron con argumentos sólidos, datos duros y contundentes la nueva ley.

La nueva ley, después de cuestionamientos y debates, fue aprobada en lo general por unanimidad con 188 votos de los diputados el 27 de noviembre de 1973.

Durante el debate, los cuatro partidos dieron su interpretación acerca de la planificación familiar, desde sus plataformas políticas e ideológicas.

Por su importancia para la planificación familiar, en el contexto de estas tres décadas, permítanme destacar lo dicho por el diputado Rodolfo Echeverría Ruiz, del PRI, al insistir que:

Con la nueva Ley de Población, México se vincula a los programas de planificación familiar... No estamos de acuerdo con la idea del control natal imperativo porque el programa de planeación familiar debe partir de nuestra propia realidad... será auténtica y no se pondrá al servicio de los intereses imperiales que alimentan el modelo “del desarrollo en el subdesarrollo”... La contracción de la tasa de incremento demográfico se logrará con el desarrollo económico, la integración, la educación, el empleo, la participación, la vivienda, la urbanización y la alimentación.

Lo manifestado por el diputado Eugenio Ortiz Walls, del PAN:

Con relación a la realización de programas de carácter meramente indicativo y jamás compulsivo de planeación familiar, con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y las libertades individuales consagradas en nuestra Constitución y preservando siempre la dignidad de la familia.

Lo afirmado por el diputado Pánfilo Orozco Álvarez, del PPS:

Un partido como el nuestro... no se puede manifestar... contra una política de regulación familiar, ni contra una política de paternidad responsable; pero sí está en contra, sin ninguna concesión, de la doctrina social del neomalthusianismo que el imperialismo... en diversas formas y por diferentes caminos trata de implantar a los países subdesarrollados y achaca todos los males e injusticias sociales.

Lo planteado por el diputado Alejandro Mújica Montoya, del PARM:

Rechazando de antemano la idea, como subraya la iniciativa, de que la reducción de la natalidad pueda sustituir a la compleja empresa del desarrollo... pensamos que sólo la paternidad responsable tendrá estímulos, y por paternidad responsable, el PARM entiende simple y llanamente que las familias deben tener el número de hijos que puedan mantener y educar.

Posteriormente, los senadores aprobaron la nueva ley en diciembre de 1973.

Los principios que sustentan la política de población le dan a la planificación tres componentes fundamentales:

Un respaldo jurídico del más alto nivel, como garantía individual, al plasmarse en el artículo 4o. de la Constitución y tener una Ley Reglamentaria.

Haber creado el Conapo como un órgano colegiado normativo integrado por los responsables del desarrollo social y económico —creo que es el único en Latinoamérica—.

Contar con un marco programático para su implementación.

Debemos recordar que, como lo dijo desde 1971 doña Carmen Miró: “una política demográfica adquiere sentido en la medida en que se incorpora a la planeación del desarrollo y que, por tanto, su correcta instrumentación presupone la existencia de dichos planes”.

Considero que esta premisa se cumplió con la planificación familiar, ya que después de contar con el reglamento de la ley, en noviembre de 1976, y al inicio de una nueva administración, en octubre de 1977, el Conapo presentó los principios y objetivos de la política de crecimiento natural. Además estableció la meta de reducir la tasa de crecimiento del país de un nivel de 3.2% en 1976 a 2.5% en 1982, a 1.9% en 1988 y a 1% en 2000.

Por su parte, las instituciones de salud bajo la entonces Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar fijaron metas de cobertura de servicios. No existen precedentes de esta naturaleza en países que llevan a cabo programas voluntarios como en el caso de México, como lo consigna Francisco Alarcón Navarro en el libro que editó el IMSS bajo la dirección de Jorge Martínez Manautou.

II. PAPEL DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA POLÍTICA DE POBLACIÓN

Quiero resaltar que la planificación familiar ha sido el elemento central de la política de población desde su establecimiento y, también, durante su implementación.

La promulgación de la nueva ley se da con programas privados que ya operan, y con una cobertura anticonceptiva por las farmacias de 900,000 MEF, incluso con actividades gubernamentales en marcha: la SSA y el IMSS comenzaron la prestación de servicios de planificación familiar en 1972, y el ISSSTE en 1973.

En los inicios de la PF, se intentó utilizar el concepto de salud reproductiva (limitado a la atención materno-infantil + PF), aunque posiblemente más como un eufemismo para lograr la aceptación de la PF.

En los preparativos de El Cairo, se intentó introducir, sin éxito, el concepto de “salud sexual”; quedó como “salud reproductiva”, lo cual es un avance porque se incluyen ahora ETS, CaCu y de mama, de un modo más integrado, pero tal denominación no deja de ser un eufemismo.

Un logro importante es que se aceptó el concepto de “derechos reproductivos”, aun cuando la intención original era introducir el concepto de “derechos sexuales” (la reproducción es parte de la sexualidad = género, erotismo, vinculaciones afectivas y reproducción).

La PF deberá enmarcarse en el futuro en ese concepto más amplio.

III. DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

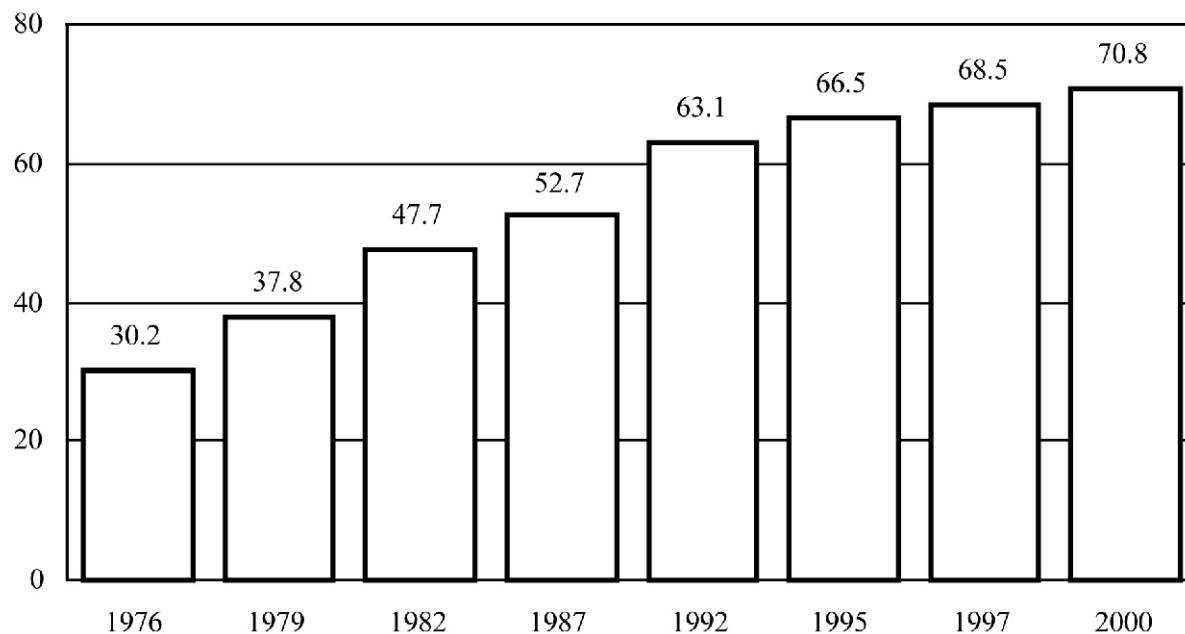
Los avances de la planificación familiar han sido significativos por su amplia cobertura que pasó de 30.2% MEFU en 1976 a casi 71% en 2000.

Sin embargo, esta cobertura sigue siendo mayor en las áreas urbanas en donde alcanza un 73% en contraste con el 53.6% en las zonas rurales.

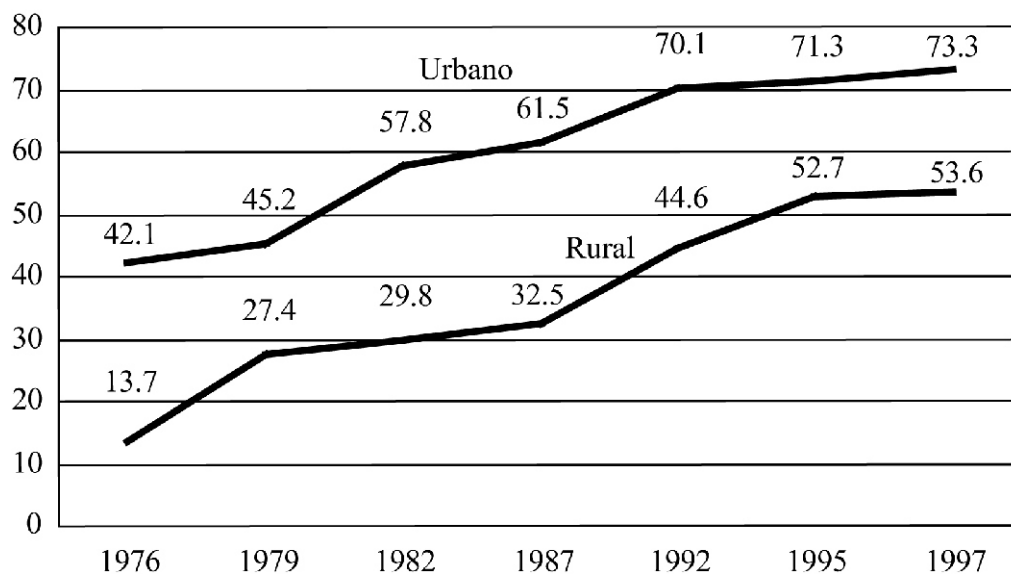
1. *¿Por qué ha tenido éxito?*

a) *Existía una demanda a la que se dio respuesta.* La fecundidad inició su descenso desde la segunda mitad de los sesenta.

Gráfica 1. Porcentaje de mujeres en edad fértil, unidas,
que usa métodos anticonceptivos, 1976-2000



Gráfica 2. Porcentaje de mujeres en edad fértil, unidas, usuarias de métodos anticonceptivos según lugar de residencia, 1976-1997



Los avances iniciales se dan en las zonas urbanas y para limitar los nacimientos; en menor medida para espaciarlos.

La labor del sector salud fue exitosa en este sentido: capacitación, logística, comunicación, ampliación de la cobertura de servicios: se extendieron los servicios a las zonas rurales; incluso, por su prioridad, PF fue punta de lanza para llevar servicios de atención primaria de la salud a localidades rurales dispersas con programas comunitarios.

b) *La labor de IEC (cine, TV, radio, impresos, telenovelas educativas, teleseries, fotonovelas)* propició un incremento de la demanda. El mayor logro de estas actividades fue convertir a la PF en una práctica socialmente aceptable: en los setenta, y entre algunos grupos todavía recientemente, la anticoncepción y temas relacionados no formaban parte abierta de lo cotidiano y de lo que podía comentarse en cualquier ámbito. Con estas estrategias se logró.

Otro avance importante en el sentido de incidir sobre la demanda, fue dar a conocer la existencia de metodología anticonceptiva a amplios grupos de población, más allá de los grupos de clase media urbana, que ya conocía algunos métodos y que constituían la demanda potencial en un inicio.

c) *En términos del apoyo que ha recibido el programa de PF*, tal vez la principal razón por la que inició con un gran impulso, y que éste se haya mantenido a lo largo de los años, ha sido por su prioridad dentro de la política de población.

Asimismo, el hecho de que haya sido parte, desde un inicio, de dicha política, ayudó a que todas las instituciones del sector salud actuaran conjuntamente, y que lo hicieran bajo principios y objetivos comunes.

Pero también contribuyó el hecho de que el sector salud adoptó como propio al programa de PF desde que éste se inició, y formalmente a partir de 1984. En ese año se reformó la Ley General de Salud y su reglamento, para considerar a la planificación familiar como un objeto de salubridad general. A partir de entonces, el Programa Nacional de Planificación Familiar se constituyó formalmente, en términos de política gubernamental, en un programa de población y de salud a la vez.

2. *Prioridades actuales y perspectivas*

A. *Los propósitos*

Desde hace 30 años, al menos, se identificaron, entre otros, tres retos prioritarios de la planificación familiar en México. Estos persisten en cierta medida, y uno de éstos tal vez en la misma magnitud que en aquel entonces:

El primero es reducir la demanda insatisfecha de información y de metodología anticonceptiva accesible. En este sentido, aun cuando este reto no ha sido totalmente eliminado, la información disponible muestra claras y fuertes reducciones.

El segundo se refiere a aumentar la participación del hombre en la planificación familiar. El uso de la vasectomía sigue siendo inferior a un 2%.

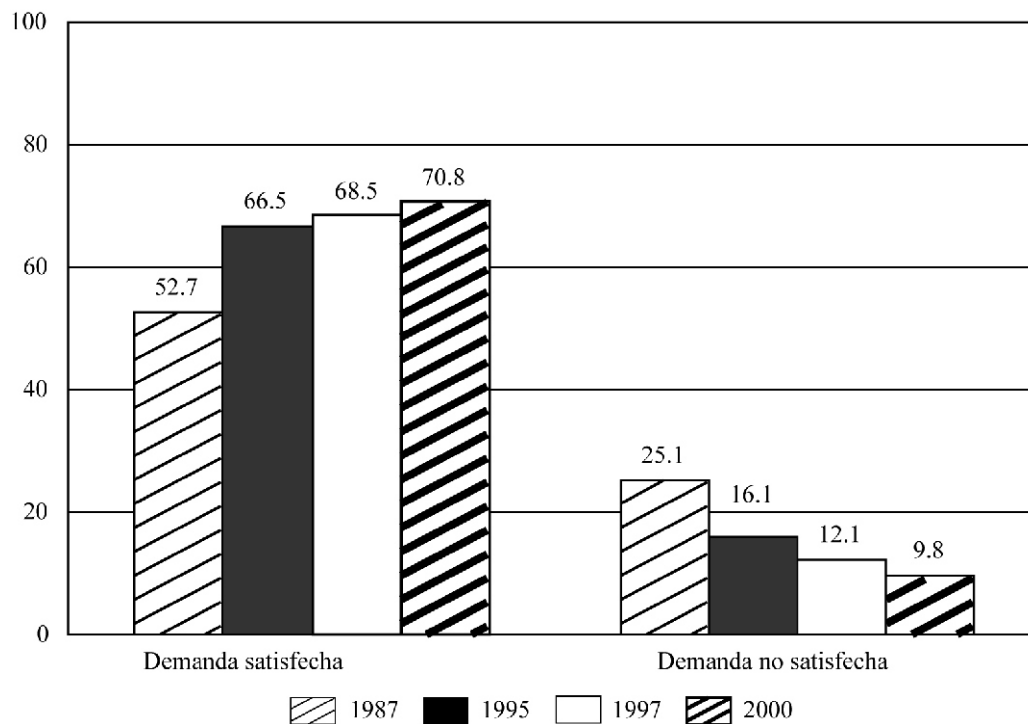
El tercer reto identificado desde hace dos decenios es el que me parece que se mantiene casi inmutable: el de la atención a los adolescentes. Parece un reto de carácter crónico; resistente a los múltiples esfuerzos que ha hecho el sector salud en estos años.

Desafortunadamente nunca se ha llevado a cabo una encuesta nacional entre adolescentes específicamente sobre temas relativos a la sexualidad y la reproducción, pero la evidencia disponible, en particular las encuestas realizadas por la SSA en el DF y por las dos de Mexfam, muestran que los servicios públicos no se han podido constituir hasta la fecha en una opción para que los adolescentes obtengan la información, la consejería y los anticonceptivos que requerirían para evitar embarazos no planeados.

El impulso a la planificación familiar siempre ha tenido dos tipos de retos: el que involucra a la organización y a los recursos para prestar servicios de salud, y el que significa enfrentar la carga ideológica del tema.

Actualmente, entre la población en general, ya es casi nula la resistencia a abordar el tema de la anticoncepción, y son sólo marginales los diversos tabúes que existían al inicio de la política de población, pero cuando nos referimos a los adolescentes el componente ideológico que persiste es particularmente fuerte.

Gráfica 3. Demanda satisfecha y demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos entre las mujeres, unidas, en edad fértil, 1987-2000



Existen varios estudios que presentan el problema de un modo que me parece muy claro. En los países escandinavos, la actividad sexual de los adolescentes es elevada, pero también el uso de anticonceptivos es alto, por lo cual la incidencia de embarazos no constituye un problema relevante.

Contrasta el caso de los Estados Unidos de América, con un alto número de embarazos adolescentes, en donde la actividad sexual en los jóvenes se ha incrementado en el tiempo pero sin que se haya registrado en paralelo un aumento proporcional en el uso de anticonceptivos. Los investigadores lo citan como un caso en que se modifican las prácticas antes que las actitudes; es decir, los adolescentes tienen relaciones sexuales, pero mantienen en buena medida el sentimiento de culpa de la realización de un acto socialmente no aceptado.

En México, la principal razón que expresan los jóvenes para no haber usado anticonceptivos en su primera relación sexual es que “no planeaban tener relaciones”. En una encuesta en la ciudad de México hace 15 años, y en la encuesta más reciente de Mexfam en 2002 en zonas urbanas del país, la preeminencia de esa causa permanece de igual modo.

Me parece claro que cualquier programa dirigido a los jóvenes debe partir del reconocimiento de las dos realidades que coexisten: del hecho de que los jóvenes tienen relaciones sexuales y de que la ideología predominante lo reprueba. La participación del sector educativo es determinante, y por lo tanto debe ampliarse.

B. El enfoque

La planificación familiar naturalmente se ha enfocado más a que las personas que no quieren tener hijos en un cierto momento puedan evitar tenerlos. En el futuro se hará más énfasis a los problemas de la infertilidad; las limitaciones financieras de la tecnología necesaria para enfrentarlos, en el ámbito amplio de la salud pública, ya no parecen insuperables, y en cualquier caso, su atención se requiere para dar cumplimiento pleno al derecho a decidir.

C. *La bioética*

México debe ser partícipe en mucho mayor medida de los debates internacionales en torno a temas como la reproducción asistida y la medicina genómica.

Investigadores de nuestro país participan en la generación y difusión del conocimiento en estas áreas, ahora que se cuenta con el Instituto Nacional de Medicina Genómica, pero el debate en el terreno ético se encuentra varios pasos atrás respecto a otros países. Tan atrás que incluso no se han superado aquí las dificultades para debatir el tema del aborto.

Si no se avanza seriamente en el terreno de la bioética, México será sólo receptor de ideas respecto a la reproducción humana; de este modo, es posible que se adopten o rechacen prácticas sin una discusión seria sobre ellas y, por tanto, sin un marco jurídico adecuado.

D. *La continuidad*

Continuar con la PF es importante, aun cuando la tasa global de fecundidad se acerque al nivel de reemplazo. Es un derecho y es necesaria para avanzar en la equidad de géneros; limitar su ampliación sería restringir los avances en cuanto a justicia social.

E. *La política*

Se ha avanzado más en el componente de la planificación familiar que es casi exclusivo del sector salud.

Es importante que la política de población continúe la planificación familiar, la salud reproductiva y la salud sexual. En el caso del componente de planificación familiar de la política de población, el meollo es visualizar cada vez más a la reproducción humana, y en general a la sexualidad humana, como parte de conceptos sociales y no sólo médicos.

Michel Rocard expresó en uno de sus discursos: “las sociedades no progresan a menos que las fuerzas políticas y sociales sepan, según la bella fórmula de Víctor Hugo, medir la cantidad exacta de futuro que se puede introducir en el presente”.

La Ley de Población ha permitido este progreso por su visión de largo plazo, pues hizo posible, al comienzo del nuevo milenio, que nuestro país contara con sólo 100 millones de mexicanos y no los 135 o 155 que se pronosticaron en noviembre de 1973, cuando ocurrió el histórico cambio de nuestra política de población.