

# SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXIII

EPOCA III

Num. 89

## CUARTO CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

TOMO I

SEPTIEMBRE—OCTUBRE

1974

MEXICO, D.F.

PUBLICACION BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. ORGANO DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.

## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.



ASUNCION - PARAGUAY

**IV CONGRESO AMERICANO  
DE MEDICINA  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL  
CISS - AISS**

Auspiciado y Organizado por:

**INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL**

**22 al 30 de Septiembre de 1974**

	Página
TERCERA SECCION. DISCUSION Y APORTACIONES SOBRE EL TEMA .....	387
INFORME FINAL DE LA TERCERA SECCION .....	389
CUARTA SESION PLENARIA .....	391
LA PLANIFICACION FAMILIAR COMO FACTOR DE PROTECCION MATERNO INFANTIL EN LOS REGIMENES DE SEGURIDAD SOCIAL.	
Documento preparado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y la Comisión Regional Americana Médico Social .....	393
PROTECCION MATERNO INFANTIL Y SU PROYECCION EN LAS POLITICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR.	
Documento preparado por la Organización Internacional del Trabajo .....	415
PROTECCION MATERNO INFANTIL Y SU PROYECCION EN LAS POLITICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR.	
Documento preparado por The Population Council Western Hemisphere .....	443
CUARTA SECCION. DISCUSION Y APORTACIONES SOBRE EL TEMA .....	455
INFORME FINAL DE LA CUARTA SECCION .....	457

## CUARTA SESION PLENARIA

Presidente:

Dr. Américo Velázquez.  
Honorable Diputado Nacional,  
Presidente de la Comisión de Justicia,  
Trabajo y Seguridad Social  
de la Cámara de Diputados de la  
Nación Paraguaya.

Presidentes Alternos:

Dr. Jorge Brenes.  
Jefe de la División de Seguridad  
Social y Bienestar Social.  
Departamento de Desarrollo  
Social e Institucional.  
Organización de los Estados Americanos.

Dr. Guido Miranda Gutiérrez.  
Sub-Gerente Médico de la Caja  
Costarricense de Seguro Social.

Dr. Jorge Pellecer Gómez.  
Sub-Gerente de Administración  
de Prestaciones del Instituto Guatemalteco  
de Seguridad Social.

Dr. Adolfo Rosevics.  
Director del Departamento de  
Unidades Sanitarias.  
Secretaría de Salud Pública del  
Estado de Paraná, Brasil.

Secretarios Técnicos:

Dr. Juan B. Elizeche,  
Dr. Vicente Bataglia.

TEMA:

“PROTECCION MATERNO INFANTIL Y SU  
PROYECCION EN LAS POLITICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR”.

PONENCIAS OFICIALES:

**COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
Y COMISION REGIONAL AMERICANA MEDICO SOCIAL**

“LA PLANIFICACION FAMILIAR COMO  
FACTOR DE PROTECCION MATERNO IN-  
FANTIL EN LOS REGIMENES DE SEGURI-  
DAD SOCIAL”.

Dr. Luis Castelazo Ayala  
Dr. Arturo Scárpita Herrera

**ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO**

“PROTECCION MATERNO INFANTIL Y SU  
PROYECCION EN LAS POLITICAS DE PLA-  
NIFICACION FAMILIAR”.

Dr. Ramiro Molina Cartes

**THE POPULATION COUNCIL WESTERN HEMISPHERE**

“PROTECCION MATERNO INFANTIL Y SU  
PROYECCION EN LAS POLITICAS DE PLA-  
NIFICACION FAMILIAR”.

Dr. Luis A. Sobrevilla

## **“LA PLANIFICACION FAMILIAR COMO FACTOR DE PROTECCION MATERNO INFANTIL EN LOS REGIMENES DE SEGURIDAD SOCIAL”\***

**Dr. Luis Castelazo Ayala\*\***  
**Dr. Arturo Scárpita Herrera\*\*\***

### **Introducción**

La idea central que se destaca en este documento es que si bien es cierto que el cuidado de la salud materno infantil sólo se concibe dentro de un marco de desenvolvimiento general de los países, y de que el subdesarrollo representa el problema fundamental que los latinoamericanos deben afrontar y resolver, el rápido aumento de la población es, en última instancia, uno de los factores que interfieren los esfuerzos para alcanzar el progreso económico y social del Continente.

### **Antecedentes**

Ya la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos, celebrada en Teherán en 1968 señaló que la aceleración del crecimiento demográfico afecta especialmente a los países menos desarrollados, la mayor parte de cuyos esfuerzos auténticos en pro del progreso no llegan a proporcionar educación suficiente, empleo productivo, salud satisfactoria ni mejores condiciones de vida a la población cada vez más numerosa.

Posteriormente, en la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, celebrada en Santiago de Chile en octubre de 1972, se reconoció que los grupos expuestos a riesgos en el campo de la salud materno infantil, que incluyen las mujeres en edad fértil y los menores de 15 años, constituyen el 63% de la población de América Latina, y que su crecimiento demográfico acelerado hará aumentar, en particular en los grupos mencionados, la demanda de servicios sociales, incluidos los de salud.

\* Documento preparado por el CPISS—CRAMS

\*\* Presidente de la Comisión Regional Americana Médico Social y Subdirector General Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social.

\*\*\* Jefe del Departamento de Planificación Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Por su parte, la Reunión Latinoamericana Preparatoria de la Conferencia Mundial de Población, celebrada en San José de Costa Rica en abril de 1974, señaló que una de las finalidades importantes del desarrollo es mejorar el nivel de vida y la calidad de la vida de todas las personas, y que la meta y políticas en materia de población también deben contribuir a la consecución de este objetivo principal.

Por esto es que en los últimos años las diversas organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, incluyendo sus comisiones económicas regionales, han ampliado sus atribuciones y actividades para realizar programas y proyectos en materia de población.

En relación a estas atribuciones y actividades de las Naciones Unidas, se subraya que la tesis demográfica de los países latinoamericanos sustenta el respeto irrestricto a la decisión de las parejas, la no intervención de recursos transnacionales en la formulación de sus propias políticas de población, y el no señalamiento de metas cuantitativas de los países desarrollados a los del tercer mundo<sup>(1)</sup>.

Pero independientemente de los pronunciamientos y resoluciones anteriores, los Seminarios Médico Sociales celebrados en la Ciudad de México en enero de 1974, recomendaron tanto al Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social como a la Comisión Regional Americana Médico Social, promover la inclusión dentro de la agenda de este IV Congreso del tema "la planificación familiar como factor de protección materno infantil en los sistemas de seguridad social".

Al desarrollarlo se hace referencia al concepto universal de salud y su relación con la dinámica de población, de los daños a la salud materno infantil en América Latina y de las acciones de regulación de la fecundidad en los regímenes de seguridad social. De manera especial se darán a conocer algunas de las aportaciones que más han contribuído a conocer el tema "Seguridad Social y Planificación Familiar" y que fueron presentadas en enero de 1974 en México, D.F., con motivo del Congreso conmemorativo de los XXX años de iniciación de los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

### **Demografía y Salud**

Se acepta hoy que la salud es, para cada ser humano, un fin, y para la sociedad que pertenece, un medio.

Es un fin, un objeto permanente de preocupación individual, porque le permite a cada cual a realizarse. Se ha dicho que somos como lo determina nuestra herencia genética y como el ambiente lo permite. En este último

sentido, la salud revela la capacidad innata y adquirida de adaptación de cada persona. Es un proceso sutil, ininterrumpido, salvo por la aparición de enfermedades de etiología diversa que reflejan la desadaptación al ambiente interno y al que nos rodea.

Es un medio porque constituye un componente del desarrollo, esto es, de la conjunción de esfuerzos que conducen al bienestar social. Este último es mucho más que lo expresan el incremento de la economía, las reformas institucionales, los cambios en las estructuras, entre otros factores. Todo ello, si bien muy importante, nos singulariza claramente lo que para nosotros es esencial, cual es el significado espiritual de la salud, que algunos consideran la auténtica infraestructura de la felicidad como cada cual la siente.

Por estas razones se proclama hoy la salud como un derecho de todos y no el privilegio de algunos. Se reconoce que es una aspiración, que no ha alcanzado aún ninguna sociedad en cuanto a la aplicación continua de los mejores conceptos y métodos de la ciencia y de la técnica para prevenir y curar las enfermedades que afectan al hombre. Ello no obsta para que éste sea el propósito fundamental en el cometido de los trabajadores de la salud, la responsabilidad de los gobiernos, instituciones y organismos internacionales interesados. Porque la salud no es un atributo del hombre aislado; por el contrario, la comunidad está influida, total o parcialmente por el estado de salud de sus componentes. Los individuos que la integran aportan al bienestar común su energía física e intelectual. La disminución de esta energía está en relación directa con la dinámica económica y social del Estado. En consecuencia, la atención de la salud es un derecho de la población y el gobierno tiene la responsabilidad de velar porque sea igual para todos.

Pero este derecho de la población y esta responsabilidad de los gobiernos de algunos países, conforme ya ha sido expresado, frecuentemente son anulados por un crecimiento demográfico acelerado en casi todos ellos. De aquí que el subdesarrollo y el exagerado crecimiento de la población representen un reto imperioso a la imaginación creadora de los pueblos latinoamericanos.

Precisamente porque el hombre de nuestros tiempos no ha podido darles una solución adecuada, los citados problemas continúan afectando muy seriamente a los 308 millones de latinoamericanos<sup>(2)</sup>, determinándoles un ambiente que les impide concurrir activamente a su propio desarrollo integral.

Hace apenas unas décadas poco importaban los fenómenos demográficos y menos sus correlaciones con el desarrollo y la economía de los pueblos. En gran parte se justificaba esta situación porque el crecimiento demográfico fue siempre lento y paulatino<sup>(3)</sup>.

En la actualidad los criterios han cambiado totalmente. De acuerdo con las metáforas más usuales, se coincide en que se enfrenta una verdadera explosión demográfica sin precedente, y este hecho ocupa la atención mundial porque sus inmediatas consecuencias aterran, si se piensa que la supervivencia del hombre en el planeta está seriamente comprometida.

Las cifras y proyecciones de Naciones Unidas sobre el crecimiento mundial de la población, ofrecen un desarrollo espectacular (gráfica 1).

Cada vez que la población se duplica se requieren menores lapsos. Durante casi 70 siglos de crecimiento demográfico, del año 5.000 A.C. a la fecha, las tasas de crecimiento anual presentan oscilaciones asombrosas (cuadro 1) van desde menos de .01% hasta antes de 1650, a más de 2.0% en 1973.

Como puede apreciarse en el cuadro 2, el área continental con mayor incremento anual de la población es indudablemente América Latina, la que duplicará su población en tan solo 25 años. Las tasas altas de natalidad, 38 x 1,000 hab., en contraste con la espectacular baja de mortalidad en casi todos los países, 10 x 1,000, explican el vertiginoso crecimiento de la población<sup>(4)</sup>.

### **Condiciones de Salud Materno Infantil**

El rejuvenecimiento de la población es una consecuencia de la persistencia prolongada de alta fecundidad y esta última, más que cualquier otro índice determina que los riesgos a la salud materna e infantil tengan una prevalencia del 21.3% con respecto al grupo de mujeres en edad fértil y del 42% en el de menores de 15 años<sup>(5)</sup>.

La mortalidad materna continua siendo aproximadamente 5 veces mayor en América Latina (tasa de 13,1 x 10,000 N.V.) que en Norte América (2.7 x 10,000) y sus causas, en su mayoría previsibles, se refieren a toxemias gravídicas, accidentes hemorrágicos, cuadros sépticos y de un modo especial al aborto provocado, cuya magnitud en incremento debiera cuantificarse en atención a su carácter reducible. Caben citarse los hallazgos de la investigación Interamericana de Mortalidad efectuada hace 10 años por la Organización Panamericana de Salud y los gobiernos de 9 países de las Américas, que permitió evidenciar que en algunos de ellos el aborto inducido representó hasta el 33% del total de las muertes maternas<sup>(6)</sup>. En cuanto a la repercusión asistencial del fenómeno, existe información que sugiere que en muchos países representan hasta un 20% de los egresos obstétricos totales.

Las tasas de mortalidad infantil y de preescolares tienen grandes fluctuaciones en los países latinoamericanos. Aunque las causas de defunción de estos menores 5 años son gastroenteritis, enfermedades transmisibles y bron-

coneumonías, la desnutrición siempre aparecen como sustrato que las condiciona y las complica.

La mortalidad infantil descendió entre 1970 y 1973, período en que se redujo de 66 a 52 defunciones de menores de un año por cada 1,000 nacimientos.

La mortalidad preescolar, considerada como un indicador directo de las condiciones nutricionales de la población, apenas sufrió un cambio sensible entre 1970 y 1973, período en que solo se redujo de 10,6 a 10,2 por mil defunciones en el grupo de 1 a 4 años de edad. Si se considera la situación individual de los países latinoamericanos apreciamos en el cuadro 4 que mientras Ecuador tuvo una tasa de 22, Uruguay la tuvo de 1.4 a pesar de ello se ve que la mediana de 10.2 para toda América Latina continúa siendo 9 veces mayor que la registrada en Europa que fue, para el mismo período, de 1.3.

En Latinoamérica, el medio ambiente es un factor altamente condicionante de los riesgos que afectan a la salud de madres y niños. Aunque el producto nacional bruto per cápita anual se elevó de 433 dólares en 1970 a 665 en 1973, las cifras por países todavía varían desde 180 dólares en Bolivia hasta 980 en Venezuela y 1,650 en Puerto Rico. En el mismo período, el ingreso nacional per cápita de Suiza fué de 3,320 y el de Estados Unidos de 4,760 dólares.

La atención institucionalizada del parto va desde cifras muy reducidas (Haití, 10.1%) hasta coberturas adecuadas (Cuba, 91.4%), lo que se observa claramente en el cuadro 5,. En cerca de la mitad de los países la atención técnica del parto es inferior a 50% y en 7 de ellos está bajo un 30%, situación particularmente severa, ya que los partos no atendidos en centros hospitalarios sólo son asistidos por personal empírico.

Hace muchos años que independientemente de las cifras señaladas, los países latinoamericanos reconocen que los daños a la salud materno-infantil afectan preferentemente a la población rural y a los sectores marginados de las grandes ciudades, y que esta situación les determina un habitat incompatible con su desarrollo normal.

De igual manera se acepta que en la comunidad latinoamericana, la malnutrición que se inicia durante la lactancia, prevalece debido a factores culturales y se agrava debido a factores económicos. Los factores demográficos, son, sin embargo, los responsables de mantenerla crónica, acumulativa y socialmente hereditaria<sup>(7)</sup>.

En la magnitud y complejidad de los problemas señalados se advierte claramente la naturaleza del reto que la realidad plantea, y frente al cual se

postula la necesidad de aumentar, día con día, las aportaciones de la ciencia y la tecnología al mayor bienestar del hombre, y crear como contrapunto obligado un verdadero programa de protección materno infantil, de tal manera integrado, que a sus acciones clásicas de prenatal, parto, puerperio, supervisión de la salud infantil, etc., se las complemente con las de regulación de la fecundidad.

Ya nadie objeta la forma tan dramática en que esta última incide en los factores condicionantes de las defunciones por causas maternas. Tampoco existe duda alguna del impacto que ejerce sobre la estabilidad emocional de las parejas, ni del papel que juega como factor de bienestar familiar. Se incide además en el 63.3% de la población, al que corresponden las mujeres en edad reproductiva y los menores de 15 años de los países latinoamericanos.

De acuerdo con Rosselot, Asesor Regional de O S P, en asuntos de Salud Materno-Infantil, los siguientes podrían estipularse como propósitos básicos de este tipo de programas.

- a) Abatir la morbi-mortalidad materna condicionada por gran multiparidad, aborto provocado, cáncer del cuello uterino, contraindicaciones médicas del embarazo y gestación repetida a intervalos frecuentes.
- b) Reducir la mortalidad infantil, particularmente en la época de mayores exigencias para su desarrollo, incrementando las actividades de prevención de los daños reducibles y auspiciando la atención médica oportuna.
- c) Promover la educación y los servicios que permitan a las parejas ejercer libremente su derecho a decidir el número de hijos que deseen tener y el momento de tenerlos.

### **Regulación de la Fecundidad**

El último propósito básico señalado siempre plantea la interrogante de que si la planificación familiar es un factor con capacidades intrínsecas para modificar situaciones de atraso.

Por sí sola, la planificación familiar no resuelve los problemas de subdesarrollo; ni siquiera los problemas derivados del excesivo crecimiento de la población.

En un ámbito como el latinoamericano donde ciertos recursos van siendo cada vez más escasos, en el que la explosión demográfica no decrece, y en el que la relación entre reservas y consumos se acerca a un punto

crítico, la respuesta del “control de la natalidad” sugerido o impuesto por las naciones altamente industrializadas a los países que lo integran, no es compartida por muchos de ellos.

Tampoco se comparte la idea de que hoy la “pildora” venga a reemplazar el vacío dejado en la mortalidad por los antibióticos y los progresos de la farmacopea, la higiene y la medicina (8).

Este documento apoya la tesis de que los adelantos de la física, de la química y la biología solo encuentran su adecuada dimensión cuando han sido puestas al servicio del hombre, y que consecuentemente la anticoncepción es un valioso elemento de salud pública, asistencia materno-infantil y seguridad social.

Convencidos los gobiernos y los pueblos latinoamericanos de que la ciencia permite al hombre de nuestros tiempos determinar libremente el momento y el tamaño de la familia, se ha logrado un considerable progreso en la formulación de políticas de población. Y como al mismo tiempo se han desplegado esfuerzos mayores de laboratorio y clínica para encontrar una mejor tecnología contraceptiva, consecuentemente se ha impulsado el desarrollo de programas de planificación familiar en la mayoría de ellos.

Algunos han adoptado diversas formas en diferentes países, pero en vista de la situación tan grave de la salud materna e infantil, así como de la urgencia del problema demográfico de la Región, nuevos modelos de organización y esfuerzo deben ser tomados en cuenta y experimentados.

Tal es el caso de México, en donde para influir en el ritmo de crecimiento de ley prevé, entre otras medidas, que se realicen programas oficiales de planificación familiar por los organismos de salud pública y seguridad social y que se vigile la manera en que se desarrollen los programas privados, a fin de que todos los servicios que se presten en el país, sean llevados a cabo con absoluto respeto a la libertad individual y preservando la dignidad de las familias.

Con los programas de planificación familiar se trata de poner al alcance de la población la información y los medios necesarios para que cada persona pueda decidir, más enterada y por lo mismo más libremente, sobre el número de hijos que desea tener y el espaciamiento que desea darles.

Esto significa que en México no se implantó el control natal. No se trata de obligar a nadie a hacer algo que no desea, sino de darle una oportunidad, a quienes así lo decidan de tener acceso de manera gratuita y como un servicio público, a la información especializada y al empleo de los medios idóneos para planificar el número de miembros de su familia.

El origen de esta medida fue una necesidad y una demanda reales. Desde tiempo atrás, miles de mujeres han querido regular su fecundidad por diversas razones y, o no saben cómo hacerlo o no han tenido a su alcance los medios para ello, sintiéndose obligadas a acudir en muchas ocasiones a procedimientos drásticos, ilegales y peligrosos para su salud, cuando ven en el nacimiento de un hijo, no un motivo de felicidad, sino un gran problema, una carga económica o tal vez emocional.

Es conocido que el aborto ilegalmente inducido es producto del insuficiente desarrollo cultural y económico de la población y precisamente por eso lo que se pretende es evitar que la mujer tenga que recurrir a esta práctica peligrosa para limitar su familia, dándole opciones, ofreciéndole otros medios no cruentos de planificación familiar.

La Ley General de Población en México que entró en vigor desde el 6 de febrero próximo pasado constituye el marco jurídico de una política nacional de población, que de manera integral y como parte de la estrategia general para el desarrollo que el país se ha trazado, se propone regular e influir en la fecundidad de las parejas.

La ley se funda en el principio invariable del absoluto respeto a la libre decisión de los individuos. No impone obligaciones, sino que abre caminos para que la mujer o la pareja decidan, ofreciéndoles información y medios médicos y seguros para desarrollar su plan familiar.

Especial atención merece para la nueva política de población, el papel de la mujer dentro de la sociedad. Con frecuencia se afirma que la mujer vive en un estado de "subdesarrollo". Igual que cuando se habla de subdesarrollo económico y social referido a países y se piensa en condiciones de dependencia económica, explotación de mano de obra y recursos, baja productividad, falta de capacitación y de aprovechamiento de habilidades técnicas o intelectuales, pobreza material y falta de opciones económicas, sociales, culturales y políticas, se aplican los mismos conceptos para describir la posición de la mujer dentro de la sociedad en países en vías de desarrollo.

Se sostiene que de la misma manera en que los países subdesarrollados tienen altas tasas de crecimiento demográfico como consecuencia de su marginalidad económica, social y política, la mujer seguirá procreando gran número de hijos mientras permanezca en un estado de subdesarrollo y carezca de opciones en otras áreas. Existe una estrecha relación entre la integración de la mujer en la sociedad y su decisión voluntaria de aceptar y adoptar la planificación familiar.

El ejercer el derecho de la mujer para decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos, está íntimamente vinculado a su plan integración a la vida social, económica, cultural y política de la sociedad.

En este sentido la nueva política demográfica está acorde con los ya múltiples esfuerzos y recomendaciones de los organismos internacionales para que la mujer participe en todos los programas de capacitación técnica que se desarrollen en el sector económico. Se insiste en uno de los puntos de la política mexicana de población declarado por el Lic. Mario Moya Palencia, Secretario de Gobernación el día 27 de marzo pasado, al instalarse el Consejo Nacional de Población, cuando trató el tema de la incorporación de la mujer a la vida económica y social del país. Señaló en esa ocasión que uno de los principales objetivos de esta política es lograr la plena integración de la mujer mexicana a la vida económica, social y cultural, no sólo por el impacto favorable que dicha integración ejerce sobre las tendencias demográficas sino fundamentalmente, porque la mujer tiene pleno e igual derecho a compartir los frutos del progreso colectivo. Esta es una importante declaración que pone de manifiesto que antes del criterio puramente demográfico, en la elaboración de esta política de población, se siguió primeramente un criterio humanista apegado a la Declaración de los Derechos Humanos, reconocidos mundialmente, que expresamente rechaza todo tipo de discriminación, ya sea por razones de raza, sexo o religión.

Para conocer la situación en que se encuentran las acciones de planificación familiar en América Latina, la Comisión Regional Americana Médico Social elaboró un cuestionario que la Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social envió a principios del presente año a todos los países.

De acuerdo a la información lograda a través de esta encuesta, se desprende que los programas de planificación familiar del Continente están en fase de extensión. La mayoría son programas jóvenes y tienen una gran responsabilidad porque su extensión todavía es muy limitada, si se compara con la población en edad fértil que está pendiente de cubrir.

La participación de los gobiernos es fundamental así como también la de los organismos internacionales.

En el marco de libertad en que viven los países, el hecho de que la aceptación de la mayoría sea por la decisión voluntaria los hace congruentes con sus estructuras sociales asimismo, son gratuitos y esta característica favorece su extensión, independientemente de que se dirijan a población abierta, mixta o específica.

No ofrece gran diferencia si los programas son únicos o si son varios, pero integrados en uno solo. Si la ofrece en cambio cuando son varios programas de un país y éstos no están integrados, porque es fácil que se desperdicien recursos, bien sea que sean oficiales, descentralizados o privados, o que provengan de fondos nacionales, internacionales o mixtos.

Aún cuando la mayoría de ellos no contemplan dentro de sus objetivos incidir en la demografía, propiamente dicho, es innegable que por cada aplazamiento que se logre en los nacimientos de una familia, de una pareja o de una mujer, cuando se evita un aborto, o simplemente cuando se corrigen problemas de esterilidad, indiscutiblemente que se estará incidiendo en la demografía, cualesquiera que sea el porcentaje de cobertura.

De la información recibida se pudo percibir también que las actividades de regulación de la fecundidad presentan características muy versátiles: de meros objetivos de los programas materno infantiles, se han convertido en instrumentos médico preventivos, con lo que ya hicieron posible la protección integral de la mujer dentro de las acciones de salud pública; ahora están permitiendo a los regímenes de seguridad social ampliar y mejorar sus prestaciones médicas y sociales.

Con el objeto de fundamentar esta última circunstancia y previendo que pudiera ser interpretada sólo como una simple expresión, se juzga importante señalar algunas consideraciones relacionadas con las características que se le atribuyen a la anticoncepción, entendida esta como elemento fundamental de las acciones de planificación familiar.

Por principio de cuentas, para la población amparada, razón de ser de las instituciones de seguridad social, la planificación familiar significa la solución de uno de los problemas más sentidos por la mujer latinoamericana: regular su fertilidad y con ello prevenir los embarazos no deseados.

A sus unidades médicas les permite servir más y mejor a la población adscrita, y con ello proyectarse realmente a la comunidad.

Al personal que las atiende, la planificación familiar les reporta un considerable ahorro de esfuerzo ante una demanda que crece de manera irrefrenable:

- Cuando el médico previene un embarazo no deseado y con ello el aborto ilegalmente inducido a las implicaciones psicosociales del hijo rechazado.
- Cuando mediante la detección oportuna del cáncer disminuye significativamente la mortalidad por esta penosa y lamentable enfermedad.
- Cuando a través de la anticoncepción abate las defunciones por embarazo, parto y puerperio.
- Cuando inclusive, mediante esta práctica relativamente fácil el

médico contribuye a disminuir todos esos riesgos englobados en el término de "enfermedades de la primera infancia".

Ciertamente, adquiere una nueva dimensión: más humana, y más social.

En términos generales se ha tratado de hacer ver que las actividades de regulación de la fertilidad mejoran y complementan las prestaciones de los regímenes de seguridad social que las imparten. Ahora se enfatiza el acento en el beneficio económico que desencadenan en favor de algunas instituciones, el referirse concretamente al mecanismo mediante el cual lo logran.

Este se explica por el hecho de que toda mujer en edad reproductiva protegida con anticonceptivos ahorra a los servicios que cuidan integralmente la salud materno-infantil considerables recursos destinados a optimizarla y a promoverla, toda vez que en nuestro medio, conforme ha sido señalado, este grupo representa al 63.3% del total de la población atendida. Se trata en consecuencia de ahorros económicos substanciales.

Las erogaciones que por concepto de fuerza de trabajo, recursos capitalizables y materiales de consumo que algunos sistemas de seguridad social requieren para aplicar acciones de planificación familiar fluctúan, según los países y los mecanismos operacionales utilizados, alrededor de 15 dólares al año por usuaria en control anticonceptivo.

Los gastos ahorrados por diversos servicios no demandados han sido calculados en 32 dólares por cada embarazo evitado, si se toma en cuenta que cada uno de ellos impide la atención de partos, abortos, consultas prenatales, consultas pediátricas, exámenes de laboratorio, recetas surtidas e incapacidades que implican prestaciones en especie y en dinero.

Por supuesto que este último cálculo también está sujeto a las fluctuaciones que en cada país tienen los costos de las prestaciones médicas, por lo que se considera de utilidad señalar en el cuadro 6 el valor estimado por atenciones evitadas con el Programa de Planificación Familiar que en México está llevando a cabo el Seguro Social. En dicho cuadro se aprecia que los ahorros generados para el año de 1974 ascienden a 196 millones de pesos, y si se toma en cuenta que se han gastado 48 millones para el sostenimiento del Programa, el beneficio económico concreto para este mismo año resultó de 148 millones. Esto último también se observa en el cuadro 7.

Resultaría prolijo detallar la instrumentación empleada o los criterios seguidos en la elaboración de las operaciones y cálculos expuestos. En realidad todo esto es secundario al propósito básico de subrayar el uso adecuado

de las aportaciones de la ciencia y de la técnica al servicio nó unos cuantos, sino de todos los hombres.

Ya se señaló que los Seminarios Médico Sociales celebrados en la Ciudad de México a principios del presente año recomendaron de manera expresa que este IV Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social incluyen dentro de su agenda el tema "La planificación familiar y sus relaciones con los programas materno infantiles de los regímenes de seguridad social".

En esa ocasión y con la participación de la Asociación Internacional de Seguridad Social, de expertos del Population Council, Organización Internacional del Trabajo, Oficina Sanitaria Panamericana, y bajo los auspicios del Instituto Mexicano del Seguro Social fueron analizados y profusamente discutidas 23 aportaciones científicas de gran valor, que permitieron ampliar y actualizar el conocimiento que se tiene sobre el tema "Seguridad Social y Planificación Familiar".

Correspondió al Presidente de la Comisión Regional Americana Médico Social y del Seminario hacer público el reconocimiento al mérito del profesor Russell E. Marker, por la incomparable aportación que sus estudios sobre esteroides tienen en el campo de la anticoncepción: encontró en México las fuentes para producirlos en proporciones industriales y a bajos precios y desarrolló el proceso químico para sintetizarlos.

Algunos de los problemas que justifican las acciones de planificación familiar fueron contemplados por el Instituto Mexicano del Seguro Social, cuyo representante se refirió a la situación de la población en el mundo y al perfil demográfico de América Latina. Sobre esto último hizo ver que aún cuando la política de población en nuestro medio no contempla entre sus metas disminuir la natalidad, es indiscutible que haciendo de la reproducción humana un acto consciente, inteligente y sometido a la voluntad, el desarrollo integral del Continente habrá de acrecentarse en igual proporción al abatimiento que se logre de su crecimiento desorbitado.

Hubo tres aportaciones de carácter general. La de la O I T, hizo ver que la contracepción es un componente del sector salud muy necesario para que la paternidad responsable pueda cumplir con sus propósitos, y que en consecuencia ésta aparece no como una finalidad sino como un recurso médico para la atención integral de la mujer.

La de la O P S, señaló las bases técnicas para diseñar programas de planificación familiar, y expuso que en Latinoamérica estas acciones son consideradas primordialmente como un medio para mejorar el estado de salud materno infantil, así como para abatir el aborto ilegalmente inducido,

y no como acciones tendientes a reducir los índices de crecimiento de la población.

Por su parte, el Fondo de Población de las Naciones Unidas señaló que un objetivo fundamental de este organismo es alentar y ayudar a todos los gobiernos, sean cual fueren sus objetivos en materia de población, a proporcionar a toda la comunidad el acceso a servicios de planificación familiar.

El Population Council presentó los resultados de un estudio comparativo dentre dos tipos diferentes de dispositivos intrauterinos, el cual tuvo verificativo en Caracas, Venezuela a principios de 1972. Utilizó el método de Tablas de vida y enfatizó la conveniencia de seleccionar determinados tipos de dispositivos según la edad de las mujeres, el grado de paridez y el tamaño de la cavidad endouterina.

La Universidad de John Hopkins, después de señalar que el uso de dispositivos intrauterinos modernos y bien diseñados puede contribuir a la solución de problemas de sobrepoblación, demostró que existen diferencias muy significativas entre el tamaño, forma y rigidez de éstos, por una parte, y la incidencia de embarazos, expulsiones espontáneas, extracciones por indicación médica y complicaciones dolorosas o hemorrágicas, por la otra.

En relación con estos efectos colaterales indeseables de los dispositivos intrauterinos, otro representante del Instituto Mexicano del Seguro Social comunicó que mediante una nueva técnica de aplicación seguida en el propio Instituto es posible abatirlos significativamente, resaltando que la efectividad de dichos dispositivos depende esencialmente de su adecuada selección. Asimismo llamó la atención sobre la necesidad de eliminar el empirismo en la aplicación de estos métodos reguladores de la fertilidad.

Otra aportación dejó sentado que en anticoncepción importa saber que no hay dos mujeres iguales. Cada una requiere de un método propio, ajustado a su individualidad y a su respuesta fisiopatológica. En consecuencia, la anticoncepción no puede generalizarse porque cada mujer presenta características peculiares que deben tomarse en cuenta para la selección del método más adecuado.

Otra aportación del Seguro Social de México hizo ver que con los anticonceptivos orales y en particular con las nuevas técnicas de aplicación de los dispositivos intrauterinos, los métodos disponibles son mejores que los de hace algunos años y continúan perfeccionándose. Informó que el Seguro Social de México los ha incluido en su Cuadro Básico y los está empleando con criterio rigurosamente selectivo. Agregó que estos productos son prescritos tanto en el servicio de consulta de Médico Familiar como del Ginecólogo, previo estudio integral que este último hace en cada caso, a efecto de que las

parejas dispongan del método más adecuado a su individualidad, a su respuesta fisiopatológica y a sus propios deseos. Asimismo asentó que de conformidad con las normas del Instituto, trasladadas éstas a los métodos anticonceptivos, se proporcione únicamente aquellas medidas cuya inocuidad, eficiencia y aceptabilidad están universalmente comprobadas.

Se presentaron dos aportaciones relacionadas con aspectos sobre organización del Programa de Planificación Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. La primera, a cargo de los directivos del área de Enseñanza e Investigación versó sobre la metodología utilizada para incorporar los diferentes aspectos científicos y tecnológicos de la planificación familiar, a todos los niveles de enseñanza. En la segunda de estas aportaciones, el responsable del área de Evaluación y Supervisión Médica comunicó los procedimientos más adecuados para procesar la información relativa a las actividades realizadas por el programa, insistiendo que este sistema garantiza la evaluación de los resultados obtenidos en las unidades que llevan a cabo sus actividades. Hizo ver también que brinda elementos al Programa para su control técnico y administrativo, así como para la planeación adecuada y oportuna de sus acciones, y que incluso abre la posibilidad, técnicamente buscada, para desarrollar estudios de investigación científica de cualquier magnitud.

Finalmente, fueron presentadas 3 aportaciones sobre aspectos aplicativos al Programa a que nos estamos refiriendo.

La primera de ellas se refirió al hecho de que la planificación familiar no constituye una nueva prestación dentro de ese régimen de Seguridad Social; que simplemente se trata de una nueva actividad que mejora y amplía las prestaciones actualmente otorgadas a los derechohabientes, y que lo hace a través del sistema médico familiar que continúa siendo el promotor más importante de salud.

Las acciones de Planificación Familiar en el Estado de Jalisco fueron expuestas por sus representantes, quienes después de exhibir cifras relativas a la gran demanda que la población está haciendo de ellas, afirmaron que ésta es debida a la importancia preponderante que al proceso educativo se le ha dado.

Otra aportación dió a conocer los fundamentos operacionales para incorporar a las actividades rutinarias de las unidades de gineco-obstetricia los métodos permanentes y las acciones de post-partum, post-aborto y de control de la fertilidad por indicación médica. Se juzgó importante la medida anterior, no sólo porque está resolviendo un grave problema de las grandes múltiparas y de las que repetidamente practican el aborto ilegal, sino porque las acciones post-parto y post-aborto ahorrarán esfuerzo y tiempo a las unidades de adscripción que, con sentido preventivo, protegen a estas mujeres con reguladores de la fertilidad.

Por lo expuesto en esta brevísima reseña, el grupo de trabajo que tuvo a su cargo la elaboración del informe final del seminario, recomendó a la Comisión Regional Americana Médico Social y al Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social que en la forma que estimen más apropiada, se aboquen a promover entre las instituciones de seguridad social latinoamericanas las siguientes acciones:

- Realizar estudios para facilitar las acciones de planificación familiar en los regímenes de seguridad social que carezcan de ellos.
- Impartir en todo el sistema de la educación fundamental, información básica sobre paternidad responsable.
- Incorporar en el nivel universitario la información profesional sobre los aspectos técnicos y científicos en los que se apoya el conocimiento y la acción del control de la fertilidad.
- Auspiciar el intercambio de experiencias y de personal que actualmente trabaja en programas de planificación familiar, y
- Establecer en México una sede internacional de adiestramiento sobre “Seguridad Social y Planificación Familiar”.

### Recomendaciones

Tomando en consideración que las acciones de planificación familiar mejoran y amplían substancialmente las prestaciones médicas y sociales que actualmente imparten algunos regímenes de seguridad social, y de que constituyen un valioso elemento de salud pública, asistencia materno infantil y bienestar familiar, la Comisión Regional Americana Médico social sugiere al IV Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social que recomiende a los países de la Región:

#### *Como Tesis general.*

Que impulse las acciones de planificación familiar como factor de la salud y bienestar, sin perder de vista que el solo hecho de someter a voluntad la reproducción humana entre aquellos que más sufren como resultado de un número excesivo de hijos, de incorporar la libertad de decisión a la formación de la progenie, o de lograr un ritmo de crecimiento demográfico menor al ímpetu de nuestra naturaleza, no representa, con mucho, el único recurso para el desarrollo de los países.

Además, de planificar la familia que constituye la vertical de las insti-

tuciones de seguridad social, es necesario hacerlo también con la economía, con la educación y con la salud latinoamericana.

*Como lineamientos recomendables.*

1. Que se respete, cualquiera que sean sus metas demográficas globales, el derecho de las parejas de decidir, de una manera libre, informada y responsable, el número y espaciamiento de los hijos.
2. Que pongan a disposición de las personas que lo soliciten, la información e instrucción necesarias sobre planificación familiar y medios de practicarla de conformidad con sus valores culturales.
3. Que aseguren que la planificación de la familia y los servicios respectivos tengan por objetivo tanto la prevención de los embarazos no deseados como el tratamiento de la esterilidad involuntaria y la fecundidad insuficiente, a fin de permitir a todas las parejas tener el número de hijos deseados.
4. Que se aseguren de que la información y la instrucción sobre planificación familiar y otras cuestiones que afectan la fecundidad se apoyen en conocimientos científicos válidos y probados e incluyan una descripción completa de los posibles riesgos del uso o no uso de métodos anticonceptivos.

*Como programa de acción:*

1. Integrar las acciones de planificación familiar a las de medicina preventiva y de materno infantil de las instituciones de seguridad social.
2. Llevar a cabo, en orden cronológico las siguientes actividades:
  - Adoctrinamiento del personal directivo de las unidades que aplicarán estas acciones sobre la filosofía y metas de la planificación familiar.
  - Adiestramiento del personal médico y paramédico responsable de ejecutarlas, sobre los aspectos técnicos de la planificación familiar.
  - Divulgación masiva a la población, para informarle convenientemente respecto de los beneficios múltiples que brinda esta nueva prestación.
  - Proporcionar facilidades anticonceptivas solo a la población que voluntariamente las solicite.

4. Utilizar solo aquellas medidas anticonceptivas cuya inocuidad, eficiencia y aceptabilidad estén universalmente comprobadas.
5. Prescribir los métodos reguladores de la fecundidad, previo estudio integral que el personal médico haga de cada caso, a efecto de que las parejas, dispongan del método más adecuado a su individualidad, a su respuesta fisiopatológica y a sus propios deseos. En consecuencia a cada caso corresponde un método.
6. Ofrecer atención integral a la mujer, tomando en cuenta que las acciones de planificación familiar forman parte de la infraestructura médica de las instituciones de seguridad social, lo que permite, además de sus actividades específicas, atender la patología cérvico-vaginal y detectar oportunamente el cáncer cérvico-uterino.
7. Integrar los procedimientos de control estadístico de planificación familiar, a los sistemas generales de informática y evaluación de la productividad médica.
8. Estimular y apoyar la investigación sobre métodos de planificación familiar, organización y evaluación de programas en términos de servicio real a la familia y a la sociedad como meta final.

#### Resumen

Se afirma que el problema fundamental que actualmente afrontan los países latinoamericanos es el subdesarrollo, y se advierte que el rápido aumento de la población amenaza anular los esfuerzos para alcanzar el progreso económico y social.

Se destaca la naturaleza y magnitud de los riesgos a la salud de madres y niños, estimándose en 63% la proporción de la población expuesta a los mismos y se concluye que esta situación les determina circunstancias poco favorables para su desarrollo normal.

Al considerar el gran impacto que la anticoncepción ejerce sobre las causas más comunes de la mortalidad materna, se juzga conveniente la creación de un programa de protección materno-infantil integrado con actividades de regulación de la fecundidad, señalándose los objetivos a corto y a largo plazo.

Se reconoce que la planificación familiar no resuelve los problemas económicos ni siquiera los derivados de un acelerado crecimiento de la población, no obstante lo cual se acepta que por sí sola representa un factor de protección materno infantil y por ende un elemento importante de salud pública.

También se acepta que específicamente constituye un valioso recurso para ampliar y mejorar las prestaciones médicas y sociales de los regímenes de seguridad social, en relación a lo cual se pudo demostrar que las actividades de regulación de la fecundidad, más que una inversión significan considerables ahorros para las instituciones que las imparten.

Se hace ver que a últimas fechas se han logrado progresos en la formulación de políticas de población en la mayoría de los países latinoamericanos y como al mismo tiempo se han desplegado avances recientes de laboratorio y clínica para encontrar una mejor tecnología anticonceptiva, en consecuencia se han impulsado considerablemente las acciones de planificación familiar.

Se señalan las aportaciones científicas que fueron analizadas en los Seminarios Médico Sociales del XXX Aniversario de los Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, que permitieron actualizar el conocimiento del tema "Seguridad Social y Planificación Familiar".

Finalmente, la Comisión Regional Americana Médico Social recomienda a los sistemas de seguridad social de los distintos países de la Región, las medidas de orden legislativo, administrativo y operacional necesarias para promover las acciones de regulación de la fertilidad integrada a los programas materno infantiles de los sistemas de seguridad social.

## REFERENCIAS

- (1) MOYA PALENCIA, M. Consejo Nacional de Población. México, junio de 1974.
- (2) Cifras de Población Mundial, 1973, Population Reference Bureau, Inc.
- (3) URQUIDI, V. Revista Población y Desarrollo, pág. 57, 1972.
- (4) WORLD POPULATION DATA SHEET. Population Reference Bureau, Inc. 1973.
- (5) ROSSELOT, J. Salud Materno-Infantil en Latinoamérica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, pág. 408, 1971.
- (6) PUFFER, R.R. y GRIFFITH, G.W. Características de la mortalidad urbana. Publicación Científica 151, C.P.S., Washington, D.F. 1968.
- (7) GAMIS, S.F. y Col. "El Derecho a la salud y a la Seguridad Social de todos los Mexicanos". Cámara de Senadores, 1972.
- (8) GRECO, J.J. Memoria del Primer Congreso de Unidad Latinoamericana, pág. 44, 1972.

Cuadro 1

## LA POBLACION EN EL MUNDO

(en millones)

AÑOS	TOTAL	INCREMENTO ANUAL
1650	545	0.04
1750	728	0.29
1800	906	0.45
1850	1171	0.53
1900	1608	0.65
1950	2486	0.91
1970	3632	2.09
1974	3900	2.10

FUENTE: The Population Council. Status Report, 1974.

Cuadro 2

## POBLACION MUNDIAL SEGUN REGIONES

1973

CONTINENTES	POBLACION EN MILLONES	INCREMENTO TASA PORCENTUAL	AÑOS PARA DUPLICAR
América Latina	300	2.8	25
Africa	364	2.6	27
Asia	2154	2.3	30
Oceanía	20	2.0	35
América del Norte	231	1.1	63
Unión Soviética	284	0.9	77
Europa	469	0.7	99
Total:	3786	2.0	35

## Cuadro 4

### MORTALIDAD PREESCOLAR

#### Mortalidad de 1 a 4 años (0/00)

País	Promedio		Meta	Disminución lograda
	1960-1962	1968	1968	
Argentina	4.3	2.6	3.0	131
Barbados	3.7	1.8	2.4	146
Colombia	15.4	11.7	10.8	80
Costa Rica	7.5	5.3	5.2	96
Cuba	2.3	1.6	1.5	94
Chile	8.2	3.2	5.3	172
Ecuador	22.2	14.7	15.5	112
El Salvador	17.1	10.1	11.1	118
Guatemala	32.4	27.6	24.3	59
Honduras	14.1	10.9	9.9	76
Jamaica	6.8	5.4	4.4	58
México	13.8	9.8	9.0	83
Nicaragua	8.6	8.2	5.6	13
Panamá	7.9	7.3	5.1	21
Paraguay	9.4	11.3	6.1	
Perú	15.7	9.0	11.0	143
República Dominicana	10.4	7.1	6.8	92
Trinidad y Tobago	2.5	1.7	1.8	114
Uruguay	1.3	1.4	0.8	—
Venezuela	5.7	5.2	3.7	25

FUENTE: Las condiciones de Salud en las Américas. Publicación de la OPS 207, 1970

## Cuadro 5

### ATENCIÓN INSTITUCIONALIZADA DEL PARTO

País	Atención técnica del parto (%)
Barbados	71.9
Colombia	29.3
Costa Rica	65.0
Cuba	91.4
Ecuador	26.6
El Salvador	26.2
Haití	10.1
Honduras	19.8
Jamaica	65.5
Panamá	61.2
Paraguay	18.6
Perú	25.0
Trinidad y Tobago	53.3
Venezuela	63.0

FUENTE: Proyecciones Cuadriennales de los Países de Latinoamérica, 1971-1975 y las Condiciones de Salud en las Américas. Publicación de la OPS 207, 1970.

## Cuadro 6

### SERVICIOS MEDICOS NO DEMANDADOS POR LA ACCION DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR Y BENEFICIO ECONOMICO PARA EL I M S S

(Base: 231,068 años mujer impidieron 49,079 embarazos)

ATENCIONES EVITADAS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO ESTIMADO	COSTOS TOTALES ESTIMADOS POR ATENCIONES
1. Partos	39,263	2,716.92	106.674,429.96
2. Abortos	9,816	4,250.00	41.718,000.00
3. Consulta prenatal	196,315	55.60	10.915,144.00
4. Consulta pediátrica	75,526	57.00	4.304,982.00
5. Exámenes de laboratorio	39,263	58.50	2.296,885.50
6. Recetas consulta prenatal	196,315	29.70	5.830,555.50
7. Recetas consulta pediátrica	78,526	17.59	1.381,272.34
8. Botes de leche	1.531,257	9.05	13.887,875.85
9. Incapacidades	4,712	2,000.00	9.424,000.00
<b>TOTAL</b>			<b>196,403,115.15</b>

## Cuadro 7

## COSTOS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR VOLUNTARIA

- 1974 -

CONCEPTO	CANTIDAD	COSTO
1. Personal de la Oficina		
Central	23	3.457,560
2. Médicos	129	16.919,520
3. Aux. de Enfermería	129	3.426,020
4. Trab. Soc. de Unidades	91	2.477,020
5. Psicólogos	34	3.385,910
6. Productos anticonceptivos		14.346,000
7. Equipo e instrumental		1.594,000
8. Operación		2.393,970
<b>TOTAL</b>		<b>48.000,000</b>