



VARIOS

PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN JALISCO DURANTE LAS DÉCADAS DE 1960 A 1980

Family planning in Jalisco, during the 1960s to 1980s

Zoraya Melchor Barrera*
Universidad de Guadalajara

Diana Melchor Barrera**
Universidad de Guadalajara

RESUMEN: En 1936 se publicó en México la *Ley General de Población*, la cual surgió frente a lo que, durante el cardenismo, se consideraron problemas demográficos, entre ellos: la necesidad del aumento de la población y el mejoramiento de la misma. Décadas más tarde, ante el contexto de la presión de organismos internacionales financieros y sanitarios, como el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, así como de diferentes reformas encaminadas a buscar la igualdad de derechos entre mujeres y hombres, se promulgó una nueva *Ley General de Población*. Contraria a la de 1936, la Ley del 7 de enero de 1974 planteó entre sus objetivos el promover la planificación familiar y regular el crecimiento de la población. En este trabajo se examinará el porqué de estos cambios, pero también, y principalmente, la aplicación que tuvieron en México y Jalisco las políticas de planificación durante las décadas de 1960 a 1980.

PALABRAS CLAVE: Planificación familiar, mujeres, Jalisco, población, leyes.

ABSTRACT: In 1936, during the cardenismo, the *General Law of Population* was published. This was created in the face of what were considered demographic problems: the need for the increase of the population and the improvement of it. Decades later, a new *General Population Law* was promulgated. This law, of January 7, 1974, unlike the 1936 law, proposed promote family planning and regulate the growth of the population. This was because pressure from international financial and health organizations such as The World Bank and the World Health Organization, as well as different reforms aimed at seeking equal rights between women and men. This paper analyses why there were these changes, but also, and mainly, the application of the planning policies in Mexico and Jalisco in 1960s to 1980s.

KEYWORDS: Family planning, women, Jalisco, population, laws.

*Licenciada en Historia, Maestra en Historia de México y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Guadalajara. Su línea principal de investigación es la historia de la salud pública en Jalisco, siglos XIX y XX. Es integrante del Sistema Nacional de Investigadores. Está adscrita al Departamento de Ciencias Sociales y Disciplinas Filosóficas, Metodológicas e Instrumentales, División de Ciencias Sociales, Jurídicas y Humanas del Centro Universitario de Tonalá. Forma parte del Cuerpo Académico UDG-CA-798 Estudios sociohistóricos sobre las ciudades. zoraya.melchor@academicos.udg.mx

**Licenciada en Derecho, Maestra en Ciencias Sociales con Orientación en Estudios Sociopolíticos y Doctora en Ciencias Sociales con Orientación en Sociología Política por la Universidad de Guadalajara. Sus líneas de investigación son: Mujeres, representación política y violencia en Jalisco. Es integrante del Observatorio de la Participación Política de las Mujeres de Jalisco y miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Está adscrita al Departamento de Ciencias Jurídicas, División de Ciencias Sociales, Jurídicas y Humanas, Centro Universitario de Tonalá de la Universidad de Guadalajara. diana.melchor@academico.udg.mx

Fecha de recepción:
27 de mayo de 2018

Fecha de aceptación:
7 de agosto de 2018

INTRODUCCIÓN

La planificación familiar comenzó a ocupar un lugar destacado en las políticas públicas en materia de salud durante la segunda mitad del siglo xx, con mayor énfasis en la década de 1970, en gran medida por influencia de las directrices internacionales, así como de diferentes reformas encaminadas a buscar la igualdad de derechos entre mujeres y hombres. Uno de los argumentos predominantes de las políticas planificadoras en el discurso oficial de ese lapso, lo constituyó el aumento poblacional favorecido por el descenso de la mortalidad infantil y materna, así como por el aumento de la esperanza de vida.

En este trabajo se examinará el desarrollo de la planificación familiar en Jalisco. El periodo de estudio parte de los años sesenta debido a que en este tiempo se realizaron las primeras medidas en el plano local, y llega hasta la década de 1980 por ser entonces cuando tales iniciativas fueron contempladas en la *Ley Estatal de Salud*. El estudio toma como base la información derivada de tres entrevistas realizadas a médicos salubristas,¹ así como la revisión de hemerografía de la época.

La historia y las condiciones sociales de la región centro-occidente, en particular de Jalisco, “han delimitado una región con características contrastantes con otras partes del país”,² una región que al mismo tiempo se ha caracterizado por conflictos por la imposición de políticas centralizadoras. El ámbito de la salud pública no fue ajeno a esta dinámica de relaciones de poder.

Planificación familiar

En el periodo posrevolucionario, los asuntos de salud pública predominantes eran: la prevención y combate contra las enfermedades transmisibles, la dotación de infraestructura sanitaria, la impartición de educación higiénica, y el cuidado del niño y la madre. En la segunda mitad del siglo xx las prioridades fueron otras; además de tomar medidas para combatir enfermedades como el cáncer y la diabetes, se atendieron lo que entonces se consideraron problemas demográficos: crecimiento poblacional, migra-

¹ Entre 2010 y 2012 se efectuaron entrevistas a profundidad a tres médicos jaliscienses. El objetivo de éstas fue identificar los principales cambios en las instituciones de salud pública en el estado de Jalisco. Dentro de las entrevistas se identificó el interés, en las décadas de 1960 y 1970, por la planificación familiar. Los médicos entrevistados fueron: Luis Rodolfo Morán González (Director del Consejo Estatal de Trasplantes Órganos y Tejidos del Estado de Jalisco al día de la entrevista), Javier Eduardo García de Alba García (Jefe de la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y en Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco al día de la entrevista) y Felipe de Jesús Lozano Kasten (Profesor Investigador y Director del Instituto Regional de Investigación de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara al día de la entrevista).

² Fábregas, *Formación*, 1996, p. 25.

ción interna, densidad poblacional desigual y altas tasas de abortos provocados.

Desde fines de 1940, y durante la siguiente década, surgieron en el ámbito mundial movimientos feministas a favor de la anticoncepción; el uso de los anticonceptivos naturales y de barrera se incrementaron, pero con un alto índice de fracasos. Con la finalidad de ofrecer recursos efectivos de anticoncepción, Margaret Sanger³ y Katharine Dexter McCormick⁴, líderes de estas movilizaciones y organizadoras de la Federación Internacional de Paternidad Planeada, le propusieron a Gregory Pincus, biólogo e investigador estadounidense, financiar sus estudios. Mientras tanto, en México ya se habían iniciado investigaciones para lograr una progestina sintética. En octubre de 1951, Luis Miramontes, estudiante de Química de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), logró la síntesis de la noretisterona en el Instituto de Química de los Laboratorios Syntex, el cual se constituiría en el progestágeno más importante de la primera generación, que desplazó con los años a los demás de su época y que continúa conservando vigencia. Pese a este hallazgo, Gregory Pincus, John Rock⁵ y Celso Ramón García⁶ prefirieron utilizar otro compuesto⁷ y experimentar con él en mujeres volunta-

rias en Puerto Rico, creando el Enovid, primera píldora anticonceptiva.

A decir de Elsa Malvido, en 1959 surgieron las primeras campañas de control de la fecundidad, en el marco de las cuales algunos laboratorios estadounidenses experimentaron con medicamentos hormonales y los ginecólogos desempeñaron una función medular en el control de los nacimientos.⁸ Edris R. Rice-Wray, quien había trabajado en Puerto Rico para desarrollar la píldora anticonceptiva, llegó a México en 1957 por parte de la oficina de la Organización Mundial de la Salud. Al año siguiente participó como cofundadora de la Asociación Pro-Bienestar de la Familia, primera clínica de planificación familiar en México. En 1959 fundó la Asociación Pro-Salud Maternal. Ambas organizaciones privadas se enfocaron en el estudio de métodos hormonales, el adiestramiento de personal, y la atención de la demanda de servicios de planificación familiar.⁹

Entre 1959 y 1966, la Asociación Pro-Salud Maternal realizó 28 proyectos de investigación sobre compuestos y dosis anticonceptivas, actividad para la que recibió apoyo económico de donantes privados e instituciones de Canadá, Estados Unidos y Europa.¹⁰

A lo largo de la década de 1960 se efectuaron numerosas reuniones,¹¹ en las cuales participaron representantes de los gobiernos de diferentes naciones, organismos financieros internacionales, organismos

³ Enfermera estadounidense que lideró un movimiento de control de la natalidad durante la primera mitad del siglo XX con el objetivo de promover y difundir entre las mujeres métodos confiables; influir en la aprobación de una legislación a favor del aborto; establecer clínicas y hospitales con personal médico entrenado en procedimientos de prevención de embarazos no deseados, sin riesgos para la salud de las mujeres. Villena y Barahona, "Margaret", 2008, p. 47.

⁴ Bióloga, sufragista, activista social estadounidense. Como defensora de los derechos de las mujeres formó parte de la National American Woman, en donde ocupó la vicepresidencia y fue tesorera. Durante treinta años participó en el movimiento por los derechos reproductivos, fundamentalmente a través de financiación y apoyando cambios legislativos. Ogle-Mater, "Katharine", 2012, pp. 22, 25-26.

⁵ Ginecólogo y obstetra estadounidense. Además de colaborar en la invención de la píldora anticonceptiva, fue uno de los precursores en la fecundación *in vitro*.

⁶ Médico estadounidense encargado de dirigir uno de los primeros experimentos médicos entre mujeres puertorriqueñas, lo cual permitió perfeccionar el anticonceptivo oral desarrollado por Pincus y Rock.

⁷ En lugar de utilizar la noretisterona prefirieron emplear su isómero, el noretinodrel y combinarlo con mestranol, desarrollando el Enovid. Torres-Ramírez, "Planificación", 2000, pp. 109-110.

⁸ Dicho control se presentó en tres etapas acumulativas. Primera: dominó la píldora y el Dispositivo Intrauterino (DIU); segunda: además de la píldora, numerosas esterilizaciones femeninas; tercera: esterilizaciones femeninas y masculinas. Malvido, *Población*, 2006, p. 208.

⁹ Pérez, "Trabajo", 1999, pp. 54-55.

¹⁰ Pérez, "Trabajo", 1999, p. 55.

¹¹ Algunas de ellas: Asamblea Panamericana de Población, llevada a cabo en Cali, Colombia, del 11 al 14 de agosto de 1965; mesa redonda en Washington, en el marco de la Conferencia de Cooperación Internacional, entre el 28 de noviembre y el 1 de diciembre de 1965; Segunda Conferencia sobre Dinámicas de Población, celebrada en su sede Washington el 3 de enero de 1966 (organizada por la OPS), *El Informador*, núm. 17 020, 29 de agosto de 1965, Guadalajara, Jalisco, p.16-c; "Mesa redonda sobre población", en *El Informador*, núm. 22 de octubre de 1965, Guadalajara, Jalisco, pp. 4-a y 8a; "Mayor cooperación internacional con programas demográficos latinoamericanos", en *El Informador*, núm. 17 204, 1 de marzo de 1966, Guadalajara, Jalisco, p. 5b.

públicos y privados, médicos y especialistas en materia poblacional,¹² donde el tema central fue el crecimiento demográfico y la necesidad de controlarlo por medio de la planificación familiar, principalmente en países pobres. México participó activamente en dichas reuniones y recibió apoyo técnico y económico de estos organismos y fundaciones. En esos años varios investigadores iniciaron la organización de servicios para atender a mujeres demandantes de métodos anticonceptivos,¹³ en los que se estudiaron anticonceptivos hormonales y dispositivos intrauterinos, lo cual permitió acumular experiencia de una nueva subespecialidad de la medicina. Los aportes se presentaron en reuniones y congresos de ginecología y obstetricia mexicanos.¹⁴

A inicios de 1960 no existía un clima abiertamente hostil a la planificación en México, pero esto cambiaría a finales de la década e inicios de la siguiente. Para algunos economistas y demográficos era evidente que las condiciones de la economía, producto del agotamiento del modelo de desarrollo estabilizador, no podían generar el número de empleos necesarios, ni satisfacer las necesidades de

alimentación, vivienda, educación y salud de una población en crecimiento.¹⁵

Fue en ese contexto que en Jalisco se implementaron las primeras medidas de planificación. En el estado, durante 1963, se creó el Servicio de Endocrinología y el Laboratorio de Hormonas en el Hospital de Especialidades del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con lo que se observa el interés, en el plano local, por la investigación y el desarrollo de anticonceptivos. Estas medidas fueron comunes en el plano nacional¹⁶ e internacional, y contaban con el auspicio de organismos privados. En octubre de 1966, la fundación Ford manifestó su interés de realizar donaciones a las instituciones encargadas de educación e investigación sobre el control de la natalidad en Estados Unidos, Escocia, Bélgica y México.¹⁷ A este último le fueron donados 605 mil dólares: 200 mil al Hospital de la Mujer para la instrucción de médicos, enfermeros y trabajadores sociales sobre planificación familiar; 225 mil al Hospital de Enfermedades de la Nutrición de la capital mexicana, para estudios y entrenamiento en biología de la reproducción e investigaciones clínicas sobre los efectos de los contraceptivos; 180 mil al IMSS para el estudio de la epidemiología, abortos provocados, y biología de la reproducción.¹⁸ Por su parte, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se pronunció a favor de

¹² A la Segunda Conferencia sobre Dinámicas de Población, celebrada en su sede Washington el 3 de enero de 1966, se dieron cita, por ejemplo: las fundaciones Rockefeller, Kellogg y Milbank, y el Consejo de Población; las universidades de California, Chicago, Cornell, Harvard, Johns Hopkins, Georgetown, Michigan, North Carolina, Pittsburgh, Princeton, Virginia y Yale; de parte del gobierno la Oficina de Ciencias y Tecnología de la Casa Blanca, el Departamento de Estado, la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), el Ministerio de Salud, Educación y Bienestar, el Servicio Nacional de Salubridad y la Fundación Nacional para las Ciencias; la Unión Panamericana, el Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID); organizaciones privadas: Asociación Norteamericana de Facultades de Medicina, la Federación Internacional de Paternidad Planificada, el Centro de Investigaciones Margaret Sager y el *Population Reference Bureau*. “Mayor cooperación internacional con programas demográficos latinoamericanos”, en *El Informador*, núm. 17 204, 01 de marzo de 1966, Guadalajara, Jalisco, p. 5b.

¹³ Boris Rubio y Manuel Mateos Cándano, a nivel privado; Jorge Martínez Manautou y Gregorio Pérez Palacios, en el Instituto Nacional de la Nutrición; Sergio Correu en la Fundación para Estudios de la Población; Juan Giner, Ramón Aznar y Roger Lara, en el Instituto Mexicano del Seguro Social; José Antonio Ruiz Moreno, en el Hospital Militar; y José Arias Huerta y Armando Torres-Ramírez, en el Centro Materno Infantil Maximino Ávila Camacho. Torres-Ramírez, “Planificación”, 2000, p. 110.

¹⁴ Torres-Ramírez, “Planificación”, 2000, p. 110.

¹⁵ Márquez, “Política”, 1984, pp. 289-290.

¹⁶ En 1968, Carlos Gual, secretario del comité organizador del Tercer Congreso Internacional de Endocrinología celebrado en la ciudad de México, destacó los avances positivos del país, y cómo éstos se conocían más que en otras naciones latinoamericanas y habían servido de modelo a otros países. “La planificación familiar, necesidad social que afecta a todo el mundo”, en *El Informador*, núm. 18 056, 3 de julio de 1968, Guadalajara, Jalisco, p. 1.

¹⁷ Cuatro millones de dólares a la Federación de Control de Natalidad de Estados Unidos para estimular y ampliar esfuerzos municipales y estatales sobre planificación familiar; 265 millones a la Unidad de Investigación de Endocrinología Clínica del Consejo de Investigaciones Médicas de Edimburgo, Escocia, para estudios de biología de la reproducción para el desarrollo y evaluación de drogas anticonceptivas; 289 mil a la Universidad Católica de Lovaina para estudiar métodos seguros, en la predicción de la ovulación en la mujer. “Donaciones para México y Escocia”, en *El Informador*, núm. 17 343, 19 de julio de 1966, Guadalajara, Jalisco, p. 1.

¹⁸ “Donaciones para México y Escocia”, en *El Informador*, núm. 17 343, 19 de julio de 1966, Guadalajara, Jalisco, p. 1.

prestar auxilio técnico para la planificación familiar a las naciones que lo solicitaran.¹⁹

En esa época también comenzó a surgir interés, por parte de la academia, por el tema demográfico y el control de la natalidad, en particular de El Colegio de México.²⁰ En el Instituto Mexicano del Seguro Social y en la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), un grupo de médicos manifestó, igualmente, preocupación por las consecuencias a la salud materno-infantil de los embarazos tempranos, embarazos frecuentes y abortos voluntarios. Otro de los grupos partidarios de la planificación lo constituyeron las instituciones que ofrecían este tipo de servicios al público, la más importante de las cuales fue la Fundación para Estudios de la Población A.C. (FEPAC), creada en 1967.²¹ Esta fue una institución privada, no lucrativa y miembro de la *Planned Parenthood Federation*,²² que se encargó de implementar acciones de planificación familiar y, posteriormente, un programa de posparto y posaborto en Jalisco.²³

¹⁹ “Prestará ayuda a la planificación familiar mundial”, en *El Informador*, núm. 17 699, 11 de julio de 1967, Guadalajara, Jalisco, p. 3-A.

²⁰ En 1964, con financiamiento de las fundaciones Ford, Rockefeller y del Banco de México, se creó el Centro de Estudios Económicos y Demográficos (CEED) en el Colegio de México, el cual, a través de la publicación “Demografía y Economía”, señaló la necesidad de emprender políticas que permitieran bajar la tasa demográfica. Márquez, “Política”, 1984, p. 290.

²¹ Márquez, “Política”, 1984, p. 291. En 1983, este organismo se convirtió en la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM). Pérez, “Trabajo”, 1999, p. 56.

²² Es una de las mayores organizaciones de salud sexual y reproductiva en el mundo. Se fundó en 1952 en la Tercera Conferencia de Planificación de la Familia en Bombay, India. Fue el resultado del esfuerzo de varias mujeres, entre las que destacan Margaret Sanger de Estados Unidos, Elise Ottesen-Jensen de Suecia y Dhanvanthi Rama Rau de la India. “Nuestra historia” versión digital <<https://www.ippfwhr.org/es/nuestra-historia>> (consultado el 7 de agosto de 2018).

²³ Bustamante, *Salud*, 1983, p. 638.

Delfino Gallo Aranda,²⁴ Jefe de Servicios de Ginecología del Hospital Civil en Guadalajara, fue invitado por la FEPAC a conformar una clínica de planificación. Éste a su vez invitó a Luis Rodolfo Morán González²⁵ a participar en el proyecto, debido a que mostraba interés por el tema.

El Maestro Gallo me llamó y pusimos una clínica, a pesar de los gritos de las monjas. Pusimos una clínica en el Hospital [Civil], en donde era Rehabilitación; ahí pusimos la clínica de planificación

²⁴ Nació en Guadalajara, Jalisco, el 31 de agosto de 1908. Terminó la carrera de medicina en 1931. Entre sus cargos médicos y administrativos destacan los de: director del Hospital Civil de Guadalajara (1934-1935); fundador de la Clínica de Cáncer de Guadalajara (1932); Jefe de Servicios de Ginecología en el Hospital Civil de Guadalajara; fundador y primer presidente de la Asociación Médica de Jalisco, A.C. (1956-1959); fundador de las Asambleas Médicas de Occidente y Primer Presidente; fundador y jefe de la Clínica para la prevención del cáncer en la mujer (dependiente de la Universidad de Guadalajara y del Gobierno del Estado de Jalisco), primera en el país (1963-1973). Fue profesor en la Universidad de Guadalajara, además de diversas universidades nacionales y extranjeras entre las que se pueden mencionar las siguientes: Universidad de Nuevo León, Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad Autónoma de Guerrero, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Universidad Autónoma de Tabasco, University of California y Universidad de Tulane en Luisiana. Participó en numerosos eventos científicos y fue miembro de varias sociedades nacionales y extranjeras. Falleció el 22 de agosto de 2007. “Delfino”, versión digital <<http://www.cucs.udg.mx/articulo.php?id=572>> (consultado el 10 de abril de 2010). “Delfino”, versión digital: <<http://www.udg.mx/es/grados-honorificos/delfino-gallo-aranda>> (consultado el 1 de marzo de 2018).

²⁵ Luis Rodolfo Morán nació en Lagos de Moreno el 25 de agosto de 1929. Médico, cirujano y partero por la Universidad de Guadalajara. Residente en Medicina Interna en el Hospital Civil de Guadalajara, en los Servicios Médicos Municipales de Guadalajara y en el Departamento de Patología de la Universidad de Guadalajara. Estudió la Especialidad en Medicina Interna en el Hospital Civil de Guadalajara, la Maestría en Salud Pública por la Universidad de Puerto Rico, la Especialidad en Medicina Interna por el Consejo Mexicano de Medicina y por El Colegio Jalisciense de Medicina Interna. Fue becario de la Organización Panamericana de la Salud y de la Fundación Rockefeller en la Universidad de Puerto Rico. Morán fue profesor en la Universidad de Guadalajara, institución en donde ocupó cargos administrativos. Fue autor y coautor en varias publicaciones médicas y científicas en el área de la epidemiología y la medicina preventiva. Falleció el 18 de abril de 2012. Entrevista a Luis Rodolfo Morán González, realizada por Zoraya Melchor Barrera el 18 de marzo de 2010. “Luis” versión digital: <<http://www.udg.mx/es/grados-honorificos/luis-rodolfo-moran-gonzalez>> (consultado el 1 de marzo de 2018).

familiar. Y funcionó muy bien [...], empezamos a dar pastillas anovulatorias, y a ponerles DIU,²⁶ es el dispositivo intrauterino, a todas las mujeres que venían a abortar o a todas las mujeres que parían, si estaban de acuerdo. Y en aquella época había, por cada tres mujeres que venían a parir, una [que] venía por aborto. Eran muy altos los abortos, provocados la mayor parte. Entonces, a todas ellas les poníamos el dispositivo y bajamos la cantidad de abortos, en un año bajaron como en un 50% los abortos con las pastillitas y el dispositivo.²⁷

Pese a los resultados positivos de las medidas de planificación, o quizá por ellos, Morán González encontró la oposición de los Servicios Coordinados del Estado de Jalisco, como del Ejecutivo estatal, quien también era médico.

Me hablaron un día de Servicios Coordinados:

¡Oiga doctor –me dijo el doctor Ron Monroy – le ordeno que cierre esa clínica abortera que usted tiene ahí!

En primer lugar, no es clínica abortera es clínica de planificación.

¡Eso es abortera!

¡Pues será lo que usted diga, pero usted no es mi jefe, usted no tiene por qué ordenarme, que me lo diga el gobernador!

Y al día siguiente él me llama y me dice:

Rodolfo, le habla el gobernador (risas).

[Francisco] Medina Ascencio, que era de golpe de pecho, de Arandas y todas esas cosas, me dijo que cerrara la clínica.

No me diga maestro.

Sí, pues ciérrela, no nos queda más remedio.

²⁶ El primer dispositivo intrauterino (DIU) de plástico (el Asa de Lippes) fue creado en 1964 y pocos años después, con base en los estudios de Zipper, en Chile se diseñó un dispositivo de plástico activado con cobre, más efectivo. Estos artefactos fueron ampliamente utilizados en América Latina. A fines de la década de 1960 las dudas sobre el mecanismo de acción del diu obligaron a investigaciones profundas, las cuales demostraron que estos dispositivos ejercían su efecto anticonceptivo por diferentes mecanismos, pero no el abortivo. Torres-Ramírez, “Planificación”, 2000, p. 110.

²⁷ Entrevista a Luis Rodolfo Morán González, realizada por Zoraya Melchor Barrera el 18 de marzo de 2010.

Que le parece maestro si yo la cierro, nada más déjeme buscarle acomodo.

Se acabó el sexenio y no le encontré acomodo. Siguió funcionando todo el tiempo que Medina Ascencio [fue gobernador].²⁸

Para Morán González, como pionero de la planificación familiar en Jalisco, la existencia de la clínica que él encabezaba era necesaria ante la cifra aproximada de medio millón de abortos al año en la República, la mayor parte de los cuales eran provocados, pues las mujeres no tenían otro recurso para evitar el embarazo, por lo que era practicado independientemente de su estado civil y religión.

Al respecto, Felipe de Jesús Lozano Kasten²⁹ señaló que, durante el tiempo que efectuó su internado, a principios de los setenta en el Hospital del Ferrocarril del Pacífico, hoy Clínica 89 de Instituto Mexicano del Seguro Social, el aborto era una práctica común:

El director nos mandaba a las pacientes a las tres de la mañana, llegaban corriendo las enfermeras, todo listo, preparado. Y nosotros hacíamos el aborto. Y luego las pasábamos a la administración.

En mi generación era negocio, parte de la cultura local y, bueno, por suerte nosotros éramos tres becarios. Uno de los pasantes llegó y nos dijo:

Oye acabo de hacer esto [un aborto].

Y llegó otra paciente y yo no quise hacerlo.³⁰

²⁸ Entrevista a Luis Rodolfo Morán González, realizada por Zoraya Melchor Barrera el 18 de marzo de 2010.

²⁹ Felipe de Jesús Lozano Kasten se tituló como Médico Cirujano y Partero. En 1971 obtuvo el grado de Maestro en Salud Pública y Administración de Hospitales en la Escuela de Salud Pública y Administración de Hospitales en la Universidad de Ciencias de México. Cursó el Doctorado en Cooperación y Bienes de Cooperación Total en la Universidad de Oviedo, España. Ocupó cargos directivos en diferentes instituciones hospitalarias. Es Profesor Investigador Titular C del Departamento de Salud Pública Municipal en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Guadalajara. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Cuenta con más de 22 publicaciones. “Currículum”, versión digital: <<http://www.saludambiental.udg.mx/maestria/cv/CVU%20Felipe%20de%20Jesus%20Lozano%20Kasten%20Jun%202016.pdf>> (consultado el 1 de marzo de 2018). “Currículum”, versión digital: <<http://www.saludambiental.udg.mx/maestria/cv/felipe-lozano.pdf>> (consultado el 1 de marzo de 2018).

³⁰ Entrevista a Felipe de Jesús Lozano Kasten, realizada por Zoraya Melchor Barrera el 17 de mayo de 2012.

Al comenzar la década de 1970 el aborto era considerado un problema de salud pública en México entre los médicos y autoridades sanitarias. Por su parte, grupos feministas en el ámbito internacional y nacional, como la Coalición de Mujeres Feministas, se pronunciaron a favor del uso de los métodos anticonceptivos para prevenir el aborto, y de la despenalización de este último al considerarlo una medida que garantizaría el cuidado de la salud de las mujeres que se sometían a dicho procedimiento, en especial las de escasos recursos económicos.³¹

En 1973, Jorge Jiménez Cantú, Secretario de Salubridad y Asistencia, precisó:

Resulta preferible evitar la concepción, que provocar el aborto o tener necesidad de atender abortos provocados fuera de los recursos médicos, mediante maniobras inadecuadas o mediante un comercio in-moral. [En México] el aborto es un problema grave, ya que se practica en el 25 por ciento de las concepciones.³²

Jiménez Cantú señaló que la “paternidad responsable” era la base de la planeación familiar y la disminución del incremento demográfico, que calificó de “desorbitante y anárquico”. La planificación permitiría “otras posibilidades de desarrollo cultural, económico, social y político de los mexicanos”. Enfatizó que el “incremento demográfico equilibrado” daría lugar a un óptimo aprovechamiento de los recursos del país. Indicó, igualmente, que el problema del crecimiento de la población era mundial, por lo que el antiguo concepto de “gobernar es poblar”, predominante durante el Antiguo Régimen y hasta la etapa posrevolucionaria, era anacrónico e inoperante. También manifestó que, para resolver tal fenómeno, era precisa la “descentralización industrial, urbana, administrativa y política, con miras a un equilibrio de ese incremento anual del 3.5 por ciento de la población”.³³

³¹ Elu, “Abortion”, 1993, pp. 61-63.

³² “Eficaz desarrollo con paternidad responsable”, en *El Informador*, núm. 19 721, 27 de enero de 1973, Guadalajara, Jalisco, p. 8-A.

³³ “Eficaz desarrollo con paternidad responsable”, en *El Informador*, núm. 19 721, 27 de enero de 1973, Guadalajara, Jalisco, p. 8-A.

Al tiempo que se pronunció a favor de la planificación, el secretario subrayó que el Gobierno de México:

Era respetuoso de la dignidad humana, de la autodeterminación familiar, de la autodeterminación del hombre y la mujer para constituir su hogar y planear el número de hijos que deban de tener, que puedan tener y que quieran tener. No puede estar el Gobierno en este caso de espaldas a la realidad, sino que hará frente como lo está haciendo a esa realidad, con plena conciencia de su responsabilidad.³⁴

En ese contexto el *Código Sanitario de 1973*,³⁵ expedido en marzo, mantuvo la disposición de evitar publicidad o propaganda que sugiriera prácticas abortivas (artículo 37); sin embargo, a diferencia del Código de 1955,³⁶ ya no contuvo la prohibición en relación con los anticonceptivos. Asimismo, el Código integró por primera vez el término de planeación familiar (artículo 34).

Algunos meses después, el 7 de enero de 1974, fue expedida la *Ley General de Población* de 1974, misma que señaló en el artículo 3°:

- I. Adecuar los programas de desarrollo económico y social a las necesidades que planteen el volumen, estructura, dinámica y distribución de la población;
- II. Realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr

³⁴ “Eficaz desarrollo con paternidad responsable”, en *El Informador*, núm. 19 721, 27 de enero de 1973, Guadalajara, Jalisco, p. 8-A.

³⁵ *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, 1973.

³⁶ En cuanto a la educación higiénica, el Código Sanitario de 1956 señaló que la Secretaría de Salubridad tenía entre sus funciones la de prohibir y evitar la propagada que aconsejara prácticas anticoncepcionales o abortivas (artículo 24). *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, 1955.

- el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país;
- III. Disminuir la mortalidad;
 - IV. Influir en la dinámica de la población a través de los sistemas educativos de salud pública, de capacitación profesional y técnica, y de protección a la infancia, y obtener la participación de la colectividad en la solución de los problemas que la afectan;
 - V. Promover la plena integración de los grupos marginados al desarrollo nacional;
 - VI. Sujetar la inmigración de extranjeros a las modalidades que juzgue pertinentes, y procurar la mejor asimilación de éstos al medio nacional y su adecuada distribución en el territorio;
 - VII. Restringir la emigración de nacionales cuando el interés nacional así lo exija;
 - VIII. Procurar la planificación de los centros de población urbanos, para asegurar una eficaz prestación de los servicios públicos que se requieran;
 - IX. Estimular el establecimiento de fuertes núcleos de población nacional en los lugares fronterizos que se encuentran escasamente poblados;
 - X. Procurar la movilización de la población entre distintas regiones de la República con objeto de adecuar su distribución geográfica a las posibilidades de desarrollo regional, con base en programas especiales de asentamiento de dicha población;
 - XI. Promover la creación de poblados, con la finalidad de agrupar a los núcleos que viven geográficamente aislados;
 - XII. Coordinar las actividades de las dependencias del sector público federal, estatal y municipal así como las de los organismos privados para el auxilio de la población en las áreas en que se prevea u ocurra algún desastre; y
 - XIII. Las demás finalidades que esta Ley u otras disposiciones legales determinen.³⁷

La diferencia más significativa entre esta ley y la de 1936³⁸ fue la regulación de la planificación

familiar. Es decir, la prioridad era frenar el crecimiento de la población. La ley de 1974 también estableció, en su artículo 5°, la creación del Consejo Nacional de Población (CONAPO) con la responsabilidad de la planeación demográfica del país.³⁹ El artículo 4° constitucional, por su parte, estipuló que “el varón y la mujer son iguales ante la ley” y que esta última “protegerá la organización y el desarrollo de la familia”. Igualmente se señaló que “toda persona tiene el derecho a decidir, de manera libre, responsable, e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”.⁴⁰ De este modo México se convirtió en el primer país en América Latina en incorporar a su Constitución el derecho a la planificación, y el segundo en el ámbito mundial después de Yugoslavia.⁴¹ Además de la presión internacional, esto debe ser comprendido en el marco de las movilizaciones feministas y las corrientes científicas en el área demográfica del país.⁴²

los siguientes puntos: “I. El aumento de la población; II. Su racial distribución dentro del territorio; III. La fusión étnica de los grupos nacionales entre sí; IV. El acrecentamiento del mestizaje nacional mediante la asimilación de los elementos extranjeros; V. La protección a los nacionales en sus actividades económicas, profesionales, artísticas o intelectuales, mediante disposiciones migratorias; VI. La preparación de los núcleos indígenas para constituir mejor aporte físico, económico y social desde el punto de vista demográfico; VII. La protección general, conservación y mejoramiento de la especie, dentro de las limitaciones y mediante los procedimientos que señala esta ley”. *Diario Oficial de la Federación*, 1936. Respecto al aumento de la población, los artículos 4° a 7° plantearon que éste debía procurarse mediante: el crecimiento natural; la repatriación y la inmigración. En relación al crecimiento se proponía aumentar la natalidad, proteger la infancia, así como mejorar la higiene y alimentación. Sobre la repatriación destacó la importancia de colocar a las personas repatriadas en lugares en donde pudieran aplicar los conocimientos adquiridos en el extranjero, y brindarles “los elementos necesarios para convertirlos en factores de producción”. En cuanto a la inmigración, se indicaba, entre otras medidas, evitar la emigración de nacionales; procurar la inmigración de extranjeros de acuerdo con “las necesidades económicas o culturales”; poblar las regiones de débil densidad de población; establecer “fuertes núcleos nacionales de población en los lugares fronterizos” escasamente poblados; y formular programas para la “fusión étnica de los grupos nacionales”. *Ley General de Población*, 1936.

³⁹ *Ley General de Población*, 1974.

⁴⁰ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, 1974.

⁴¹ Aguilar, “Campañas”, 2010, pp. 208-209.

⁴² De acuerdo con Torres-Ramírez, el sector gubernamental comenzó a prestar atención a las corrientes científicas del área de la demografía, representadas entre otras por El Colegio de México,

³⁷ *Ley General de Población*, 1974.

³⁸ La *Ley General de Población* se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el 29 de agosto de 1936, la cual, en su artículo primero, señaló como soluciones ante los problemas demográficos

Las reacciones respecto al crecimiento demográfico en el ámbito latinoamericano tomaron dos posiciones:

1. La de los natalistas, con argumentos considerados “autoritarios”. En esta posición se encontraba la Iglesia católica, misma que consideró a sus fieles como adultos dotados de “buen criterio” en lo referente a sus decisiones sobre reproducción y sexualidad.
2. La de los grupos académicos y profesionales de diferentes ramas de estudio, que coincidieron en identificar la demanda de control de la fecundidad de las mujeres en edades reproductivas.

La solución a las vertientes mencionadas se dio en el contexto de los derechos humanos. De este modo se llegó a la conclusión de que la procreación era un derecho irrenunciable de cada ser humano, y se integró a la agenda de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de 1968 convocada por las Naciones Unidas. En la Conferencia se resolvió en el sentido de que la procreación es derecho de las parejas y de las familias. Hacia 1974 se efectuó la Conferencia Internacional de Población en Bucarest, con el mismo sentido del derecho a la procreación, pero en donde el papel del Estado e instituciones privadas se limitó a proveer de servicios de información y salud a la planificación familiar. En 1979, la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación hacia las Mujeres, reconoció el derecho a las mujeres a la planificación y a los servicios de educación, información y salud.⁴³

Así, la meta del Estado fue facilitar el acceso de las mujeres a los métodos anticonceptivos distribuidos de manera oficial, pues se eliminaba, al menos según la norma, la necesidad de aprobación del marido o pareja. Con el propósito de evitar las críticas públicas respecto a ceder a los requerimientos internacionales,

el gobierno creó un modelo de planificación familiar a fin de limitar los nacimientos. Igualmente, para no tener confrontaciones con la Iglesia católica, el aborto se dejó fuera de la política poblacional, que se presentó como una campaña de paternidad responsable.⁴⁴

De acuerdo a Barbieri, la política demográfica tenía como objetivos los siguientes:

1. Lograr un crecimiento más lento de la población para disminuir la presión sobre el sistema económico y el Estado por la demanda de empleo, servicios de salud, infraestructura básica, vivienda y transporte.
2. Disminuir el número de hijos para aumentar el nivel de consumo individual y el bienestar de la familia.
3. Reconocer el derecho a la libre procreación de individuos y parejas; así como establecer estrategias de convencimiento para aceptar planificación.
4. Emplear procedimientos anticonceptivos que permitieran separar el ejercicio de la sexualidad de la reproducción.⁴⁵

El Programa Nacional de Planificación Familiar y Paternidad Responsable contó con la participación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), así como hospitales y médicos privados, quienes recibieron materiales y entregaron informes sobre el número de participantes.⁴⁶

El discurso oficial señaló que la planificación era necesaria ante el crecimiento de la población, la migración campo-ciudad y el surgimiento de áreas marginales en las urbes.

En Jalisco, el programa de planificación comenzó a cargo de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado (SCSPE) en seis centros de salud “A”, cuatro de los cuales se ubicaban en Guadalajara. El programa contempló además la capacita-

que hacían énfasis en el rápido crecimiento poblacional del país, ya que en 20 años el número de habitantes se había duplicado, lo que predecía que tal duplicación se haría cada vez en periodos más cortos. Torres-Ramírez, “Planificación”, 2000, pp. 110-111.

⁴³ Barbieri, “Derechos”, 2000, pp. 49-50.

⁴⁴ Ortiz-Ortega, Amuchástegui y Rivas, “Porque”, 2006, p. 269.

⁴⁵ Barbieri, “Políticas”, 1983, pp. 303-304.

⁴⁶ Bustamante, *Salud*, 1983.

ción de personal médico, parteras empíricas⁴⁷ y población en general, así como publicidad en medios de comunicación.⁴⁸

En 1974 se amplió la cobertura a cinco centros de salud: La Barca, Lagos de Moreno, Autlán de Navarro, Ameca y Ciudad Guzmán. En 1975 el programa se extendió a todos los centros de salud “A” y “B” del interior del estado, y en 1976 a todas las unidades de los SCSPE, cuyos servicios eran proporcionados por los médicos pasantes que prestaban su servicio social, así como por auxiliares de enfermería.⁴⁹ Adicionalmente se estableció coordinación con algunos organismos públicos como el DIF para instalar en ellos un servicio de planificación familiar.⁵⁰ En el mes de junio de 1974, el servicio de planificación familiar se comenzó a proporcionar en las cabeceras de todas las jurisdicciones sanitarias de los Servicios Coordinados de Salud Pública. Ignacio Villaseñor Urrea, jefe de Planificación Familiar de los SCSPE señaló que con este servicio se atendería a 942 mil mujeres en edad fértil.⁵¹

⁴⁷ Con la finalidad de que éstas impartieran atención al interior del estado, en zonas rurales sin servicios médicos. La capacitación se enfocó en diversos temas, entre ellos: atención a la madre durante el embarazo, parto y puerperio; nutrición; atención al recién nacido; planificación familiar. “Plan de adiestramiento de parteras empíricas”, en *El Informador*, núm. 20 014, 17 de noviembre de 1973, Guadalajara, Jalisco, p. 3-C.

⁴⁸ *El Informador*, núm. 20 719, 27 de octubre de 1975, Guadalajara, Jalisco, p. 9-A; *El Informador*, núm. 20, 748, 23 de noviembre de 1975, Guadalajara, Jalisco, p. 2-A; *El Informador*, núm. 22 830, 11 de agosto de 1981, Guadalajara, Jalisco, p. 9-C; *El Informador*, núm. 22 872, 22 de septiembre de 1981, Guadalajara, Jalisco, p. 13-C; *El Informador*, núm. 24 364, 27 de octubre de 1985, Guadalajara, Jalisco, p. 13-B.

⁴⁹ Secretaría de Salud Jalisco, *Secretaría*, 1993, pp. 81-82.

⁵⁰ Esto se hizo más evidente en la década de los ochenta. “Duplicó DIF los programas de salud en el estado”, en *El Informador*, núm. 22 970, 29 de diciembre de 1981, Guadalajara, Jalisco, p. 3-C; “Intensifica programas de planificación el DIF”, en *El Informador*, núm. 23 427, 01 de abril de 1983, Guadalajara, Jalisco, p. 3-C; “Campañas de salud en 24 centros del DIF Guadalajara”, en *El Informador*, núm. 23 595, 17 de septiembre de 1983, Guadalajara, Jalisco, p. 2-C; “Orientación sobre planificación lleva a cabo el DIF”, en *El Informador*, núm. 23 911, 30 de julio de 1984, Guadalajara, Jalisco, p. 4-C; “El DIF Jalisco apoya programas de planificación”, en *El Informador*, núm. 23 943, 31 de agosto de 1984, Guadalajara, Jalisco, p. 3-C; “Planificación familiar, intensa labor del DIF”, en *El Informador*, núm. 24 376, 08 de noviembre de 1985, Guadalajara, Jalisco, p. 2-C.

⁵¹ “Planificación familiar en centros de salud urbanos”, en *El Informador*, núm. 20 228, 20 de junio de 1974, Guadalajara, Jalisco, p. 3-C.

Hacia 1975 la Organización Panamericana de la Salud comenzó a fungir como organismo ejecutor en proyectos financiados por el Fondo de Población de las Naciones Unidas en materia de planificación familiar.⁵² En México, los servicios de planificación familiar aumentaron en los centros de salud A, B y C y en los hospitales de 125 en 1973, a 355 en 1974 y 1916 en 1975.⁵³

Durante 1978, en la gestión de Flavio Romero de Velasco, se realizaron campañas de información acerca de las medidas anticonceptivas a las que podía acceder la población urbana en los centros de salud de forma gratuita.⁵⁴

El mismo año, en el marco del Programa de Extensión de Cobertura, se inició el Programa de Parteras Empíricas, quienes además de ofrecer servicio materno infantil, prestaron servicios de planificación familiar en el ámbito rural. También arrancó el programa denominado Planificación Familiar de Ejidos y Comunidades Campesinas, que operó con brigadistas y promotores voluntarios con las siguientes funciones: educación en planificación familiar, captación de usuarias, entrega de anticonceptivos orales, canalización a unidades y procedimientos de la SSA para aplicación del DIU o procedimientos quirúrgicos, seguimiento de usuarias captadas.⁵⁵

En junio de 1978 se reunieron representantes de las instituciones de salud, seguridad social y diferentes sectores económicos y sociales para dar inicio en Jalisco al Plan Estatal de Planificación Familiar en correspondencia con el Programa Nacional de Planificación Familiar. La reunión fue convocada por el gobernador Flavio Romero de Velasco.⁵⁶

Asimismo, los SCSPE fomentaron los métodos quirúrgicos de planificación y se estableció un módulo con personal en el actual Centro Materno Infantil Esperanza López Mateos en la ciudad de Guadalajara, y otro en el Hospital General de Occidente, en Zapopan, Jalisco. En 1979, en Guadalajara

⁵² Oficina Sanitaria Panamericana, *Boletín*, 1992, p. 419.

⁵³ Bustamante, *Salud*, 1983, p. 330.

⁵⁴ Segundo Informe de Gobierno, 1979, p. 420.

⁵⁵ Secretaría de Salud Jalisco, *Secretaría*, 1993, p. 82.

⁵⁶ “Comenzará el Plan Estatal para la Planificación Familiar”, en *El Informador*, núm. 21 667, 2 de junio de 1978, Guadalajara, Jalisco, p. 2-C.

y Puerto Vallarta dio comienzo el Programa Áreas Marginadas, que funcionó con el “Sistema Modular Comunitario” (14 módulos), conformado por un médico, enfermera y promotor. Dicho programa brindaba atención a la salud y adicionalmente ofrecía adiestramiento, capacitación de auxiliares voluntarios, y dotación de anticonceptivos, educación sanitaria y planificación familiar. El programa dejó de operar con el establecimiento de nuevos centros de salud. En 1981 se puso en marcha el Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en Grandes Urbes, el cual pretendía involucrar a la comunidad y trabajar bajo el sistema modular (204 módulos en 39 unidades) con un promedio de 500 familias, es decir, alrededor de tres mil habitantes de población abierta.⁵⁷

De igual forma, desde el inicio del programa de planificación fueron comunes los cursos y conferencias de planificación familiar impartidos por ssa (a través de centros de salud), IMSS, ISSSTE, UDG, DIF, Hospital del Ferrocarril del Pacífico, asociaciones médicas e instituciones privadas.⁵⁸ En cuanto a los usuarios del Programa de Planificación Familiar en Jalisco, estos pasaron de 23,566 en 1978 a 70,945 en 1990.⁵⁹

A nivel nacional, la gestión de José López Portillo se caracterizó por una doble moral en materia de control natal, ya que por un lado se permitió la conformación de la asociación Provida en 1978 para combatir el aborto y, por otro, la política sexenal apoyó una campaña que favorecía la esterilización femenina después del parto, incluso sin el conocimiento de las mujeres. Esto refleja que la voluntad de las mujeres no era un factor a tomarse en cuenta al elaborar políticas para ellas.⁶⁰ Las políticas de control de natalidad exaltaron los valores de la familia tradicional (en donde operaron concepciones estereotipadas de género), las medidas fueron

dirigidas principalmente hacia las mujeres casadas o unidas; éstas fueron vistas como cuerpos más que como sujetos.⁶¹

La estrategia nacional de planificación familiar ocasionó reacciones a favor y en contra no sólo entre los gobernantes, sino también entre la comunidad médica, tanto en el ámbito nacional como local. Durante el segundo lustro de los setentas, algunos médicos tapatíos vivieron con dificultad las órdenes dictadas desde el centro. Javier Eduardo García de Alba García⁶² comentó al respecto:

Estuvimos en la época del inicio de la planificación familiar que fue un errorzaso del sector salud donde le puso al médico la tarea de hacer planificación familiar lo cual [...] creo yo que fue un error garrafal, el enfoque debió de haber sido en otro sentido. [...] El médico no es planeador familiar, sobrepasa sus funciones biológicas. La planeación familiar es algo más, ahí tiene que haber un súper equipo, y tiene que haber condiciones sociales para que realmente se de planeación familiar. ¿Cómo que vamos a hacer lo que hizo Europa en 200 años en un sexenio como decía Echeverría? Históricamente es una aberración. ¿O qué, se podrá acelerar la historia en tres minutos? Yo pienso que hay tiempos. Ahora ¿por qué darnos esa responsabilidad sobre la vida de la persona? La mujer es libre de decidir en su cuerpo. Estoy de acuerdo que había muchos niños y eso, pero el propio desarrollo económico y social es el que realmente limita el número de hijos, las oportunidades, el trabajo, etc.⁶³

⁶¹ Torres, “Introducción”, 2005, p. 17.

⁶² Javier Eduardo García de Alba García nació el 9 de octubre de 1946 en Guadalajara, Jalisco. Se graduó como Médico Cirujano y Partero por la Universidad de Guadalajara. En 1971 cursó lo Maestría en Salud Pública y Administración Médica en la Escuela de Salud Pública de México. Estudió el Doctorado en Antropología por la Universidad Nacional Autónoma de México en 1997. Fue Profesor Investigador de la Universidad de Guadalajara entre 1987 y 1998. Investigador del Instituto Mexicano del Seguro Social y Profesor Honorario de la Universidad de Guadalajara desde 1998. Realizó estancias académicas en diversas instituciones nacionales y extranjeras. Cuenta con más de cien publicaciones. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Desde 2014 es director de la Unidad de Investigación Social Epidemiológica y en Servicios de Salud (UISESS-IMSS). “Conoce” versión digital: <<http://www.uisess.org/director.html>> (consultado el 1 de marzo de 2018).

⁶³ Entrevista a Javier Eduardo García de Alba García, realizada por Zoraya Melchor Barrera el 19 de marzo de 2010.

⁵⁷ Secretaría de Salud Jalisco, *Secretaría*, 1993, p. 82.

⁵⁸ *El Informador*, núm. 19 995, 29 de octubre de 1973, Guadalajara, Jalisco, p. 2-A; *El Informador*, núm. 20 230, 25 de junio de 1974, Guadalajara, Jalisco, p. 2-A; *El Informador*, núm. 20 719, 27 de octubre de 1975, Guadalajara, Jalisco, p. 9-A; *El Informador*, núm. 20 748, 23 de noviembre de 1975, Guadalajara, Jalisco, p. 2-A; *El Informador*, núm. 24 364, 27 de octubre de 1985, Guadalajara, Jalisco, p.13-B.

⁵⁹ Secretaría de Salud Jalisco, *Secretaría*, 1993, p. 83.

⁶⁰ Borjón, “Derechos”, 2005, p. 226.

Para García de Alba, la campaña fue tomada por varios médicos como una imposición de la autoridad central y como un problema ético para quienes profesaban la religión católica.

Y algunos que tenían ideología católica pues le sufrían mucho, la verdad es que sufrían, la hacían, pero sufrían, y buscaban la forma. Yo como director del centro de salud buscaba a veces sacerdotes por ejemplo jesuitas que eran de más avanzada para que nos dieran pláticas en el sentido de... de justificar porque dar anticonceptivos. [...] Yo definitivamente no me sentía mal pues, pero había gente que si sufría por prescribir esto.⁶⁴

Sobre la reacción de la población, el mismo García de Alba señaló que en ocasiones el dispositivo intrauterino se colocaba sin consentimiento de la mujer; asimismo, cuando no se consultaba a los esposos de las mujeres para colocar el dispositivo, éstas experimentaban violencia física de ellos.⁶⁵

Así, la campaña de planificación da cuenta de las posiciones encontradas entre la comunidad médica, así como de las diferentes visiones de las autoridades gubernamentales y sanitarias en el ámbito local y nacional.

Para estimar la efectividad del programa de planificación familiar se realizaron diversas encuestas: Encuesta Nacional de Fecundidad en 1976; Encuestas Nacionales de Prevalencia en el uso de Métodos Anticonceptivos de 1978 y 1979; Encuesta Nacional de Demografía de 1982. De acuerdo a esta última, 5.2 millones de personas regulaban su fecundidad mediante el uso de anticonceptivos al comenzar la década de 1980.⁶⁶

En 1982, como consecuencia del Programa de Planificación, el IMSS recibió un reconocimiento de parte de la Academia Mundial de Ciencias por sus aportaciones a la salud materno-infantil.⁶⁷ En marzo de 1984, Rafael Salas, director del Fondo de Naciones

Unidas para Actividades Demográficas, reconoció que los programas de México en materia de población son de los más sólidos de Latinoamérica.⁶⁸

La *Ley General de Salud* incluyó a la planificación como parte de los servicios de salud en el mismo año. Con la descentralización de servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1984, el programa de planificación familiar pasó de ser un sistema vertical a uno horizontal. Se amplió la participación del personal médico y paramédico en dichas actividades, incluyendo al personal del extinto IMSS-Coplamar (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados), que se incorporó al sistema de gobierno estatal y después de la Secretaría de Salud y Bienestar Social en Jalisco.⁶⁹ Entre 1977 y 1982, el Programa de la Dirección General de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar se desarrolló en áreas urbanas y rurales por medio de 241 unidades en todo el país, la extensión a las áreas marginadas mediante el Sistema Modular Comunitario en las dieciséis delegaciones del Distrito Federal y ocho de las más importantes ciudades del interior del país, en áreas rurales a través de unidades clínicas y la extensión a localidades menores de 1,500 habitantes también mediante el Sistema Modular Comunitario. Se organizaron e incrementaron los subprogramas de atención médica materno-infantil y de planificación familiar en el posparto y en el posaborto dentro de los hospitales de la SSA.⁷⁰

En Jalisco es posible advertir estrategias de planificación familiar desde la década de 1960, es decir, antes de comenzar el Plan Nacional de Planificación. Sin embargo, en la esfera normativa este rubro fue contemplado hasta enero de 1987, con la expedición de la *Ley Estatal de Salud*, en donde se dedicó un capítulo para dicho propósito: Capítulo VI (artículos 68 a 71). En el artículo 68 de la *Ley Estatal de Salud* se consideró el carácter prioritario de la planificación, esto acorde con el artículo 4° de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*.

⁶⁴ Entrevista a Javier Eduardo García de Alba García, realizada por Zoraya Melchor Barrera el 19 de marzo de 2010.

⁶⁵ Entrevista a Javier Eduardo García de Alba García, realizada por Zoraya Melchor Barrera el 19 de marzo de 2010.

⁶⁶ Soberón, "Desarrollo", 2006, p. 547.

⁶⁷ "Premio mundial otorgado al Seguro Social" en *El Informador*, núm. 23 124, 2 de junio de 1982, Guadalajara, Jalisco, p. 1.

⁶⁸ "México cuenta con un programa de población sólido y efectivo" en *El Informador*, núm. 23 766, 6 de marzo de 1984, Guadalajara, Jalisco, p. 1.

⁶⁹ Secretaría de Salud Jalisco, *Secretaría*, 1993, p. 82.

⁷⁰ Bustamante, *Salud*, 1983, p. 495.

El artículo 69, por su parte, planteó como servicios de planificación familiar los siguientes:

- I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar, educación sexual con base en objetivos y estrategias que establezcan los Consejos Nacional y Estatal de Población;
- II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de los servicios de planificación familiar; y
- III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores públicos, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por los Consejos Nacional y Estatal de Población.⁷¹

El artículo 70 contempló que los Comités de Salud tenían entre sus funciones la de impartir pláticas de orientación en materia de planificación familiar en las poblaciones y comunidades semiurbanas y rurales. Esto con el respaldo de las instituciones de salud, educativas y los Consejos Estatal y Municipales de población. Asimismo, el artículo 71 indicó que el Gobierno del Estado coadyuvaría:

Con la Secretaría de Salud, en las acciones de los programas Nacional y Estatal de Planificación familiar formulados por los Consejos Nacional y Estatal de Población respectivamente, así como del elaborado sobre esta materia por el Sector Salud, buscando su incorporación al Programa Estatal de Salud.⁷²

De acuerdo con Abrantes, se amplió la concepción de la planificación familiar al dejar de ser una política de carácter demográfico para transformarse en una política social de salud.⁷³ Respecto al impacto del programa, la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud de 1987 reveló que: la proporción de las usuarias de métodos anticonceptivos fue cercana a la meta con 53% de las mujeres en edades

fértiles; la operación femenina constituyó el primer método de anticoncepción con 36% de las usuarias activas; el DIU fue el segundo método de anticoncepción con 19% de las usuarias activas; las pastillas hormonales fueron utilizadas por el 18% de las mujeres; y la mayor parte de los métodos modernos de anticoncepción (62%) fueron proporcionados por el sector público de salud.⁷⁴ En cuanto al impacto demográfico de la planificación familiar, el crecimiento de la población en la década de 1960 era de 3.4% y en los ochentas pasó a 2.3%, en tanto la tasa global de fecundidad pasó de 6.53 en 1960 a 3.39 en 1990.⁷⁵

CONCLUSIÓN

Durante el periodo posrevolucionario los asuntos de salud pública predominantes eran el cuidado del niño y la madre, la atención de las enfermedades transmisibles, campañas contra el alcoholismo, infraestructura sanitaria y educación higiénica. A partir de la década de 1960 las prioridades cambiaron, además de implementar medidas para combatir enfermedades como el cáncer y la diabetes, se atendieron lo que entonces se consideraban problemas demográficos: crecimiento poblacional, migración interna, densidad poblacional desigual, altas tasas de abortos provocados. Es en ese marco que en México y Jalisco comenzaron las estrategias de planificación familiar en la década de 1960.

Las preocupaciones de las décadas de 1960 y 1970 obedecieron a las circunstancias propias del escenario nacional y estatal, a los cambios legislativos por la igualdad de derechos entre mujeres y hombres, pero sobre todo estuvieron fuertemente influidas por instancias internacionales como el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud cuyo actuar a su vez atendió, en muchos sentidos, a los intereses económicos de los países desarrollados.

La legislación, en ocasiones, resulta anacrónica a la realidad que pretende regular. La regulación jurídica de la planificación familiar en México es un

⁷¹ Ley Estatal de Salud, 1987.

⁷² Ley Estatal de Salud, 1987.

⁷³ Abrantes, *Salubristas*, 2010, pp. 58 y 60-61.

⁷⁴ Zavala, "Políticas", 1990, p. 25.

⁷⁵ INEGI, *Estadísticas*, 1994, pp. 4 y 90-91.

ejemplo de ello. La influencia de los movimientos sociales internacionales en favor de la planificación familiar, el temor de los gobiernos a la pérdida de control del crecimiento poblacional y sus efectos, así como el influjo de la Iglesia católica en las creencias de las personas pueden explicar que algunas acciones derivadas de la política poblacional no coincidieran con las reformas en el campo legislativo. A finales de la década de los cincuenta ya existía en el país la primera clínica de planificación familiar, y no fue hasta 1973 cuando se eliminó del *Código Sanitario* la prohibición de los anticonceptivos y se incorporó el término “planeación familiar”. En la década de los sesenta, México participó de forma activa en diversas reuniones internacionales sobre crecimiento demográfico y planificación familiar; sin embargo, fue hasta 1974 cuando la *Ley General de Población* estipuló programas y acciones en torno a la planeación familiar. En Jalisco, este desfase de los cambios legislativos y la problemática poblacional fue evidente; las primeras acciones de planificación comenzaron en 1963, con la creación del Servicio de Endocrinología y el Laboratorio de Hormonas en el Hospital de Especialidades del IMSS. Posteriormente, en 1967 se instaló una clínica para la planificación familiar en el Hospital Civil. El Programa Nacional de Planificación Familiar arrancó, finalmente, en 1974, con acciones como: estudios sobre el uso y efectos de los métodos anticonceptivos, cursos de capacitación para el personal de las instituciones hospitalarias y población en general, publicidad en medios de comunicación sobre las ventajas de la planificación y paternidad responsable. Estas medidas se proyectaron tanto al medio urbano como al rural, fundamentalmente con la implementación del programa en los centros de salud, clínicas, hospitales públicos y privados, DIF, escuelas (en particular la Universidad de Guadalajara). De este modo, en Jalisco se realizaron diversas acciones en torno a planificación familiar bajo el amparo de la legislación federal, y no fue sino hasta 1987, con la expedición de la *Ley Estatal de Salud*, cuando se estipularon las mismas en el ámbito normativo local.

La estrategia nacional de planificación familiar produjo reacciones a favor y en contra entre los gobernantes, Iglesia católica, grupos feministas y entre la comunidad médica, tanto en el ámbito nacional

como local. En Jalisco, la oposición a las primeras medidas planificadoras fue particularmente clara por parte del gobernador del estado. Un aspecto que no se abordó en este trabajo, pero que sin duda también incidió en la resistencia a la planificación en el estado, fue la creación de grupos pro-familia o pro-vida encargados de brindar conferencias y talleres en donde mostraban los beneficios del método “tradicional” de anticoncepción, frente a los “métodos modernos” no aprobados por la Iglesia católica. Asimismo, la formación, la religión, los valores éticos, el nivel socioeconómico, la experiencia clínica de los médicos son aspectos que influyeron en su posición respecto de las medidas planificadoras. Algunos de ellos percibieron la planificación familiar como un proyecto contrario a sus principios y como una imposición del centro. Un estudio más profundo sobre el sector médico, así como sobre mujeres que experimentaron estas medidas en el ámbito local, ayudaría a tener una visión más amplia sobre su recepción y consecuencias, especialmente si se considera que la planificación fue dirigida hacia los cuerpos de estas últimas y no a ellas como sujetos. Es decir, las políticas de control de natalidad exaltaron los valores de la familia tradicional y operaron bajo concepciones estereotipadas de género al atribuir a la mujer la función de madreposa⁷⁶. Las políticas planificadoras, además, llegaron a transgredir los derechos reproductivos de varias mujeres como lo sostienen algunos estudios y como lo afirman médicos jaliscienses que vivieron este proceso.

⁷⁶ “Las definiciones estereotipadas de las mujeres conforman círculos particulares de vida para ellas, y ellos mismos son cautiverios. Así, ser madreposa es un cautiverio construido en torno a dos definiciones esenciales, positivas, de las mujeres: su sexualidad procreadora, y su relación de dependencia vital de los otros por medio de la maternidad, la filialidad y la conyugalidad. Este cautiverio es el paradigma positivo de la feminidad y da vida a las madreposas, es decir, a todas las mujeres más allá de la realización normativa reconocida culturalmente como maternidad y como conyugalidad”. Lagarde, *Cautiverios*, 2003, pp. 38 y 39.

FUENTES

Hemerográficas

Hemeroteca de *El Informador*. Acervo Histórico Digital. Disponible en línea [<http://hemeroteca.informador.com.mx/>] (Guadalajara, Jalisco).

Entrevistas

Entrevista al Dr. Felipe de Jesús Lozano Kasten (profesor investigador y director del Instituto Regional de Investigación de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara al día de la entrevista), realizada por Zoraya Melchor Barrera el 17 de mayo de 2012.

Entrevista al Dr. Javier Eduardo García de Alba García (jefe de la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y en Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco, al día de la entrevista), realizada por Zoraya Melchor Barrera el 19 de marzo de 2010.

Entrevista al Dr. Rodolfo Morán González (+), (director del Consejo Estatal de Trasplantes Órganos y Tejidos del Estado de Jalisco al día de la entrevista), realizada por Zoraya Melchor Barrera el 18 de marzo de 2010.

Bibliográficas

Abrantes Pêgo, Raquel, *Salubristas y neosalubristas en la reforma del Estado. Grupos de interés en México e instituciones públicas de salud, 1982-2000*, Zamora: El Colegio de Michoacán, 2010.

Aguilar Cervantes, Iliana, “Campañas de salud contemporáneas” en María Rosa Gudiño Cejudo e Iliana Aguilar Cervantes, *Cien años de prevención y promoción de la salud pública en México 1910-2010. Historia en imágenes*, México: Secretaría de Salud, 2010, pp. 205-228.

Barbieri, María Teresita de, “Derechos reproductivos y sexuales. Encrucijada en tiempos distintos” en *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 62, núm. 1, enero-marzo 2000, pp. 45-59.

Barbieri, María Teresita de “Políticas de población y la mujer. Antecedentes para su estudio” en *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 45, núm. 1, enero-marzo 1983, pp. 293-308.

Borjón, Inés, “Derechos humanos y la perspectiva de género sobre el aborto en México (1975 a 1994)” en M. Torres (comp.), *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*, México: El Colegio de México, 2005, pp. 203-237.

Bustamante, Miguel E., Viesca Treviño, Carlos. Villaseñor, Federico, Vargas Flores, Alfredo, Castañón, Roberto y Martínez, Xóchitl, *La salud pública en México, 1959-1982*. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1983.

Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación, 1 de marzo de 1955.

Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación, 13 de marzo de 1973.

“Conoce a nuestro director el Dr. Javier Eduardo García de Alba García” versión digital: <<http://www.uisess.org/director.html>> (consultado el 1 de marzo de 2018).

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación, 31 de diciembre de 1974.

Elu, María del Carmen, “Abortion Yes, Abortion No, in Mexico”, en *Reproductive Health Matters*, vol. 1, nº 1, mayo de 1996, pp. 58-66.

Fábregas, Andrés, *La formación histórica de una región. Los Altos de Jalisco*, México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1989.

INEGI, *Estadísticas históricas de México*, Tomo 1, Aguascalientes: Instituto Nacional de Geografía e Informática, 1994.

Lagarde, Marcela, *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2003.

Ley Estatal de Salud. Periódico Oficial El Estado de Jalisco, 1 de enero de 1987.

Ley General de Población. Diario Oficial de la Federación, 7 de enero de 1974.

Malvido, Elsa, *La población siglos XVI-XX*. México: Universidad Nacional Autónoma de México/ Editorial Océano, 2006.

- Márquez, Viviane B. De, “La política de planificación familiar en México: ¿Un proceso institucionalizado?”, en *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 46, núm. 2, abril-junio de 1984, pp. 285-310.
- “Nuestra historia” versión digital <<https://www.ippfwhr.org/es/nuestra-historia>> (consultado el 7 de agosto de 2018).
- Oficina Sanitaria Panamericana *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 71, número 13 (5 y 6), noviembre y diciembre de 1992.
- Ogle-Mater, “Katharine Dexter McCormick. Scientist, Suffragist, Social Activist” en *Michigan History*, septiembre-octubre de 2012, pp. 22-27, versión digital <http://janetoglemater.com/images/Katherine_Dexter_McKormick.pdf> (consultado el 6 de agosto de 2018).
- Ortiz-Ortega, Adriana, Ana Amuchástegui y Marta Rivas, “Porque yo los traje al mundo. La negociación de las mujeres en México” en Rosalind Pollack Petchesky y Karen Judd (comps.), *Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo. Una intersección entre culturas, política y religiones*, México: El Colegio de México, 2006.
- Pérez Vázquez, María Teresa, “El trabajo de las ONG en el campo de la sexualidad y la educación sexual” en Soledad González Montes (comp.), *Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*, México: El Colegio de México, 1999, pp. 53-74.
- Secretaría de Salud Jalisco, *50 años de servicio en el estado de Jalisco, 1943-1994. Monografía histórica de la Secretaría de Salud*, Guadalajara: Secretaría de Salud Jalisco, 1993.
- “Segundo Informe de Gobierno que rinde al H. Congreso del Estado de Jalisco Flavio Romero de Velasco, Gobernador Constitucional (3 de febrero de 1979)”, en A. Urzúa y G. Hernández, *Jalisco, testimonio de sus gobernantes 1972-1989*, t. VI, Guadalajara: Gobierno de Jalisco/Secretaría General Unidad Editorial, 1989, pp. 373-438.
- Soberón, Guillermo, “Desarrollo de las políticas públicas”, en Miguel Urbina Fuentes, Alba Moguel Ancheita, Melba Elena Muñoz Martelón y José Antonio Solís Urdaibay (coords.), *La experiencia mexicana en salud pública. Oportunidad y rumbo para el tercer milenio*, México: Fondo de Cultura Económica/Secretaría de Salud/Organización Panamericana de la Salud/Sociedad Mexicana de Salud Pública/Instituto Nacional de Salud Pública y Fundación Mexicana para la Salud, 2006, pp. 543-566.
- Torres Falcón, Marta, “Introducción” en Marta Torres Falcón (comp.), *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*, México: El Colegio de México, 2005, pp. 9-29.
- Torres-Ramírez, Armando, “La planificación familiar en el ocaso del siglo xx” en *Perinatol Reprod Hum*, vol. 14, núm. 2, abril-junio 2000, pp. 108-114.
- Villena, Alicia y Ana Barahona, “Margaret Sanger. Luces y sombras del movimiento a favor del control natal”, en *Ciencias*, núm. 89, enero-marzo de 2008, pp. 46-53, versión digital: <<http://www.revistaciencias.UNAM.mx/images/stories/Articles/89/04/Margaret%20Sanger.pdf>> (consultado el 6 de agosto de 2018).
- Zavala de Cosío, María Eugenia, “Políticas de población en México”, en *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 52, núm. 1, 1990, pp. 15-32.