

**LA SALUD REPRODUCTIVA EN MEXICO:
UNA REFLEXION TEORICO METODOLOGICA**

SARA YANETH FERNANDEZ MORENO

Trabajo de Grado presentado como
requisito parcial para optar al título
de Maestra en Estudios de Población.

ASESORA:
Mtra. ELIZABETH MAIER HIRSCH

LECTOR INTERNO:
Mtro. FRITZ-PIERRE JOSEPH

LECTOR EXTERNO:
Mtro. RODOLFO TUIRAN GUTIERREZ

**EL COLEGIO DE LA FRONTERA NORTE
MAESTRIA EN ESTUDIOS DE POBLACION
PROMOCION (1994-1996)
SAN ANTONIO DEL MAR
VERANO DE 1996**

A Teresa Moreno de Fernández:
*Tere, siempre me enseñaste que todo lo que hiciera,
lo hiciera de la mejor manera posible, para mí tú
has sido el reflejo vivo de esta consigna.*

A Bernardo Fernández:
*Nano, vos migrante también, en busca de mejores
oportunidades me inspiraste con tu coraje y tu ejemplo.*

A la familia Fernández Moreno:
Pase lo que pase, fiel y firme.

A Carlos García Molina †:
*De una u otra forma hermano,
este trabajo es más de vos
que de cualquiera de nosotros.*

ÍNDICE TEMÁTICO

	Pág.
AGRADECIMIENTOS	V
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: LA POLÍTICA DE POBLACIÓN Y LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MÉXICO	8
- CRONOLOGÍA DE LA POLÍTICA DE POBLACIÓN EN MÉXICO	12
- PRONATALISTA	13
- REGULACIÓN	16
- LA DEMOGRAFÍA EN LA POLÍTICA DE POBLACIÓN:	20
- DE LA POLÍTICA PRONATALISTA A LA POLÍTICA DE REGULACIÓN	24
- LA RELACIÓN POLÍTICA POBLACIONAL PLANIFICACIÓN FAMILIAR	27
- IMPLICACIONES DE LA POLÍTICA DE POBLACIÓN EN LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MÉXICO	30
- CONCLUSIONES	39
- BIBLIOGRAFÍA	43
CAPITULO II: MEDICALIZACION DEL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO EN MÉXICO. LA RELACIÓN GENERO SALUD.	47
- LA MEDICALIZACION COMO ESPACIO PARA EL EJERCICIO DEL PODER	50
- EL PROBLEMA DE LA MEDICALIZACION	54
- LA MUJER Y EL PROCESO DE MEDICALIZACION	58
- LA SALUD DE LA MUJER COMO OBJETO DE CONTROL	65
- CONCLUSIONES	70
- BIBLIOGRAFÍA	73
CAPITULO III: LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS EN MÉXICO	77
- RATIFICACIÓN INSTITUCIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS Y REPRODUCTIVOS EN MÉXICO	80
- LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS	88
- LA CONNOTACIÓN DERECHO REPRODUCTIVO-DERECHO SEXUAL	93
- LA BIOÉTICA COMO CAMPO DE PROBLEMATIZACIÓN DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS. -Tecnologías anticonceptivas y manipulación genética-	98
- LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DESDE LAS POSTURAS FEMINISTAS CONSIDERANDO EL GENERO	107
- CONCLUSIONES	110
- BIBLIOGRAFÍA	114

CAPITULO IV: LA SALUD REPRODUCTIVA COMO PROGRAMA DE CAMBIO EN POLÍTICA DE POBLACIÓN.	120
PRIMERA PARTE. LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE POBLACIÓN Y DESARROLLO DEL CAIRO (1994)	124
- ANTECEDENTES Y CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD REPRODUCTIVA	125
- ESTUDIOSOS DE LA SALUD REPRODUCTIVA Y PREPARATIVOS PARA LA CONFERENCIA	130
- EL CAIRO	132
- PRINCIPALES ASPECTOS TRABAJADOS ANTES, EN Y DESPUÉS DE LA CONFERENCIA	134
- LA DIMENSIÓN DE GENERO ANTES, EN Y DESPUÉS DE LA CONFERENCIA	137
- PUNTOS PENDIENTES DEL CAIRO Y DE BEIJING	142
SEGUNDA PARTE. EL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO	145
- ANTECEDENTES PREVIOS	
- PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA: ASPECTOS BASICOS	147
- PROGRAMAS DE APOYO Y PARALELOS AL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA	152
TERCERA PARTE. LA RELACIÓN INVESTIGACION-POLITICA PUBLICA: ANTECEDENTES SOBRE LA SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO. Aspectos Generales	160
- LAS AREAS DE TRABAJO Y LAS PRIORIDADES DE INVESTIGACION	163
- LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACION	166
- LAS METODOLOGIAS EMPLEADAS	169
- LOS OBJETIVOS	174
- LOS AVANCES EN LA PERSPECTIVA DE GENERO Y LA VISION DE LA SEXUALIDAD COMO UNO DE LOS ELEMENTOS CENTRALES DE LA SALUD REPRODUCTIVA	176
- LAS CONCLUSIONES DE LOS ESTUDIOS	182
- LOS VACIOS Y CAMPOS POR CUBRIR	185
- CONCLUSIONES FINALES	188
- BIBLIOGRAFIA	196
CONCLUSIONES	204
ANEXO METODOLOGICO	214

Agradecimientos

Agradezco al gobierno mexicano, quien a través de El Colegio de la Frontera Norte me otorgó la beca para llevar a cabo mis estudios, al esfuerzo de su pueblo, de su gente, que con su sacrificio y su trabajo diario hacen que proyectos académicos como este se mantengan; ofrezco mi trabajo y mi esfuerzo para reeditar de alguna forma tan elevado grado de confianza puesto en mí, para cumplir con el compromiso y la responsabilidad adquirida de asumir el reto de aquí en adelante.

Agradezco a El Colegio de la Frontera Norte, a su personal académico y administrativo cuyo propósito es asegurar nuestra formación como investigadores y como maestros capaces de conferir características de permanencia, continuidad y superación a la producción del conocimiento en nuestras respectivas áreas para ponerlas a disposición de la realidad social que demanda nuestra acción y el compromiso de servicio que al entrar aquí adquirimos con nuestra gente, nuestros países, nuestras regiones. A todos quiero agradecer por hacer posible que cada dos años los proyectos individuales transiten en las aulas y corredores por el proceso del conocimiento en un tronco común.

Con particular atención va mi reconocimiento a los quince compañeros que al llegar a Tijuana formamos la comunidad estudiantil conocida como colefito, (Eduardo, Raúl, Celene, Lourdes, Nohora, Araceli, Martha, Elena, Gustavo, Carlos, Miguel, Abel, Reynaldo, Tito, Gabino). y a mis compañeros de maestría con quienes aprender y compartir fue siempre un gusto y ¡vaya! que todo un intercambio cultural.

El objetivo que tuve en mente al salir de mi país hace poco menos de tres años fue logrado con creces, en buena parte porque ningún encuentro y ningún desencuentro es fortuito o casual; como un maestro me dijera hace algún tiempo: *"la lectura de las experiencias pasadas y más si han sido difíciles, deberán servir para hacer a la presente constructiva y propositiva"* y es cierto, porque para llegar a este punto pasé primero por otras instituciones en el centro del país, allí me convencí de que las ciencias sociales y en particular los estudios de población sí eran mi área, y a la vez tuve la oportunidad de llenar mi corazón con el amor y la amistad de compañeros latinoamericanos como Caco,

Yeycy, Germán, Antonio, Gloria, entre otros, su afecto hasta el día de hoy está conmigo. Luego de ese tránsito por el Distrito Federal pude darme cuenta de la importancia de adelantar mis estudios en México, la decisión de quedarme en el país obedecía a su extraordinaria variedad y riqueza cultural y las profundas diferencias regionales que en conjunto representan una gama de posibilidades infinita para el estudio de las ciencias sociales particularmente en el área de población; para llevar a cabo este propósito llegué a Tijuana, a El Colegio de la Frontera Norte institución que me permitió compartir durante dos años en lo personal, lo académico y profesional con compañeros de todo el país -de alguna manera la representatividad nacional de la institución es uno de sus tantos dones-.

Agradezco a las mujeres de Tijuana, corazón palpitante de la ciudad, ejemplo de lucha y constancia, aprender con ellas, intercambiar y compartir los espacios, las ideas, las esperanzas y la vida fue algo maravilloso, además de Marta, están Carmen, Reyna, Ana, Raquel, Minerva y Beatriz. Como el azar no existe, aunque haya altas probabilidades de demostrar lo contrario, en mi camino por El Colegio encontré personas maravillosas: Liz Maier, más que mi Directora de Tesis es no solo un ejemplo de una gran mujer sino también una amiga invaluable; su apoyo y sus certeros comentarios enriquecen de punta a punta este trabajo. Reconozco también las enseñanzas de Fritz quien insistió siempre en la importancia de mantener en mente proyectos para realizar a futuro, como solía decirme proyectos de vida, en donde el espíritu del investigador prevalezca, innove y proponga siempre; una persona cuyo apoyo también fue una constante durante mi formación fue Alejandro Canales a quien debo agradecer su aporte, su presencia y compañía en todo el proceso, la certeza de tener en Alejandro un apoyo permanente volvió más ligeros los momentos difíciles.

Hay además tres personas cuyo apoyo y aporte ha sido definitivo en mi formación en los estudios de población desde que llegué al país, dos de ellas son Ivonne Szasz y Rodolfo Tuirán a los dos mi gratitud y el compromiso de realizar siempre de la mejor forma mi mayor esfuerzo en lo académico y profesional, para ello cuento con el mejor de los ejemplos, el haber aprendido de Ustedes. La tercera persona es Marleny mi paisana amiga y hermana de quien he recibido lecciones de vida con la vida, diariamente me has dado el ejemplo permanente de la lucha por los principios y por la dignidad, espero en un futuro que podamos construir juntas el proyecto académico que queremos en Colombia;

para llevarlo a cabo, tenemos los mejores elementos proporcionados por México, a través de El COLEF.

No puedo terminar sin mencionar a mi tierra, a mi nicho afectivo, Colombia y mi familia, mi gente, de las que recibí siempre la fuerza, la energía y el amor necesario para mantenerme firme en el reto, para dar lo mejor de mí; su apoyo en las buenas y en las malas ha sido fundamental, su consigna aún se mantiene en mí: PA' TRAS? NI PA' COGER IMPULSO!!.

Mencionar nombres es algo interminable, especialmente cuando al mismo tiempo que vas a agradecer te vas a despedir. Dicen que nunca se dice adiós, que el adiós ofende a la distancia y que la vida está llena de hasta pronto; además, y lo más importante, siempre quedaría con la sensación de que alguien quedó afuera.

**LA SALUD REPRODUCTIVA EN MEXICO:
UNA REFLEXION TEORICO-METODOLOGICA**

INTRODUCCION

"Lo ya dicho, al pasar por una revisión crítica, puede dar lugar a nuevas formulaciones y nuevas vías de análisis y reflexión".

Salles y Tuirán (1995).

Mucho tiene que ver la perspectiva de las políticas aplicadas hasta ahora en materia de fecundidad con medidas específicas destinadas a las mujeres, desde luego, si la reproducción humana está directamente asociada con la capacidad biológica-reproductiva de la mujer, y también con la asignación histórica de las labores de reproducción diaria y generacional asumidas por ella; la consideración de la perspectiva de género en el análisis de la relación entre hombres y mujeres en el proceso reproductivo, es un requisito básico para repensar la relación políticas públicas-comportamiento reproductivo. En este marco y frente al concepto de salud reproductiva cabe preguntarse el lugar de esta relación fundamentalmente en dos direcciones: ¿Es la salud reproductiva un concepto operacional que conjuga elementos de planificación familiar y salud materno-infantil como un área más de estudio que suma variables para el análisis de la fecundidad?, o, ¿Es un concepto vigente adoptado por el discurso político para llegar a la meta demográfica del fin de siglo?.

Sobre esta base el Estado aparece como instancia que decide las implicaciones de la dinámica poblacional, justificando con ello en nombre del bien nacional, una activa intervención estatal, aun cuando ello implique con esta intervención, la reducción e incluso la negación de la libertad del individuo de ejercer el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, sobre su sexualidad y sobre su reproducción. Habría que cuestionarse entonces si el reconocimiento de los derechos del individuo es suficiente para ejercerlos, particularmente a la luz del reciente reconocimiento de los derechos reproductivos -base fundamental de la salud reproductiva-. La pregunta que emerge es el papel que vienen a jugar las mujeres, si de cara a la construcción sociocultural que caracteriza la relación sexo-género, enfrentan la posibilidad -con el concepto y ahora programa de salud reproductiva- de asumirse como sujetos autónomos sobre su propio cuerpo y sobre su sexualidad o la de asumirse como objeto de intervención de la política pública, sólo que ahora más informada. Si la relación básica del concepto de salud reproductiva es la de

derechos humanos-derechos reproductivos, cabe también preguntarse si existe o no el derecho a la salud reproductiva. Desde los estudios de población, responder estas interrogantes es parte de este trabajo en cuyas respuestas seguramente se encontrarán diversas vías de discusión y tal vez de posterior acuerdo.

Dada la importancia de reconocer a la mujer en la salud reproductiva como el sujeto que se menciona permanentemente a lo largo de su conceptualización y el objeto concreto de acción sobre el cual se aplica el rigor de la política, de la estrategia y del discurso, toda la manera de concebir la problemática va a girar en torno al referente femenino y a la consideración de la condición de la mujer desde la perspectiva de género; en el caso de México, de hecho no se desconoce lo que en su momento reconoció Cabrera (1994): *"investigar en profundidad llevarla a identificar indicios que muestran que gran parte de los estudios que actualmente se llevan a cabo sobre la mujer han sido promovidos por los grupos feministas y las organizaciones de mujeres que han trabajado en pos del reconocimiento de la desigualdad de género y en la reivindicación de las condiciones de la mujer en el espacio social"*¹.

La discusión en este trabajo que se plantea es de tipo teórico-metodológica, es una revisión documental que lleva un fuerte sesgo histórico, particularmente en la primera parte. La inclinación por el contraste y el análisis de los tiempos y la manera sistemática en la cual se hace el recuento y el estudio del surgimiento y desarrollo del concepto de salud reproductiva en México, es sólo muestra de la influencia de la perspectiva demográfica en la autora, convencida de que quien no reconoce la historia, está condenado a repetirla.

Para abordar teóricamente la problemática se han establecido tres conceptos básicos sobre los cuales se desarrolla el trabajo, la aplicación de estos conceptos se desarrollará a lo largo de los capítulos mismos. El primer concepto es el de género, el segundo es la medicalización y el tercero son los derechos reproductivos.

¹ Gustavo Cabrera Acevedo. El Estado mexicano y las políticas de población. en *La población en el desarrollo contemporáneo de México*. Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano. El Colegio de México, México, 1994.

Se omite entonces la concentración de la discusión teórica en un sólo capítulo, puesto que el debate de la salud reproductiva en este trabajo es asumido de principio a fin con el uso de estos tres referentes conceptuales; la definición de los conceptos así como la metodología que se aplicó en el trabajo se abordará en detalle en el anexo metodológico ubicado al final de todo el documento.

El ejercicio de reflexión que acompaña al trabajo no está exento de algunos tecnicismos que pueden "cargar" su lectura. La necesidad de recuperar en reiteradas ocasiones problemáticas específicas del objeto de estudio que se aborda -la salud reproductiva- conduce al lector a partes repetitivas en el texto, sin embargo, vale la pena hacer notar con ello, que la intención es profundizar en los puntos planteados en la problemática global que se enuncia desde el primer capítulo.

El trabajo está organizado en cuatro partes, que pueden ser consideradas módulos temáticos del mismo objeto de estudio, como es una revisión teórica y documental que servirá de base para una posterior discusión teórica y metodológica, el objetivo del trabajo es analizar los componentes que constituyen no sólo la génesis sino los contenidos mismos del concepto de salud reproductiva en el país. Para ello el referente político se mantendrá presente dentro de los dos niveles de análisis: el teórico-conceptual y el empírico, este último en la medida que permita apoyar las aseveraciones y las discusiones que se plantean en diferentes momentos del trabajo.

Con especial atención se trabaja la articulación de la salud reproductiva con la relación población-crecimiento demográfico, población-proceso salud-enfermedad y muerte, sobre el cual se enmarca la relación política de población-salud reproductiva. En todas estas relaciones la reflexión en torno a la condición de las mujeres, desde la perspectiva de género operará como una instancia vigilante de la discusión de la problemática de la salud reproductiva dada su relevancia en la comprensión del término.

Cada módulo debido a la cantidad de información bibliográfica consultada y a la dinámica que establece con el siguiente, está organizado con su propia introducción, sus propias conclusiones y su respectiva bibliografía; son cuatro partes en total del trabajo y

un anexo metodológico, además de esta introducción general y las conclusiones finales; las cuatro partes o los cuatro módulos a los que se hace referencia son:

Capítulo I La política de población y la planificación familiar en México Esta parte ilustra la relación entre la periodización de los avances tanto en la política de población, en la producción académica (investigación demográfica), como en los programas de planificación familiar -para detectar con ellos puntos de intersección que permitan trascender el nivel de análisis de lo meramente descriptivo a lo crítico-. Se hace una breve recuperación histórica del proceso de la formulación de políticas de población en México y su relación con los programas de planificación familiar; así mismo, se habla del corte ideológico y la orientación teórica de cada política, en relación con los correspondientes lineamientos del programa de Planificación Familiar, implementados por ella que en su momento, además del reconocimiento de los principales focos de interés que a lo largo del tiempo han venido cambiando en materia poblacional, avalados por la producción académica y por el efecto que ésta última ha tenido en la toma de decisiones y en la reorientación de la política poblacional del país.

Capítulo II Medicalización del comportamiento reproductivo en México. La relación género-salud Esta parte examina a profundidad la incidencia de la medicalización sobre la vida de las mujeres y la repercusión de su acción, legitimada socialmente en el cambio de actitud y de percepción de procesos antes considerados naturales y que forman parte fundamental del ciclo de vida - la reproducción, el embarazo, el parto, la crianza de los hijos y el envejecimiento-, que como elementos importantes se abordan también en este capítulo. Bajo la premisa básica de que la mujer es quien biológicamente está dotada para engendrar, en ella se centra la intervención institucional, lo cual significa actuar sobre todos los aspectos involucrados en esta particularidad, desde el análisis de la relación mujer-medicalización, las características de tal intervención y sus efectos podrán ser más ampliamente discutidas.

Capítulo III Derechos reproductivos en México Esta parte avanza en la discusión al incorporar específicamente la dimensión de los derechos humanos en general, y los derechos sexuales y reproductivos en particular en un mismo nivel. Desde 1976, las mujeres han sido objetivo de las políticas y programas de planificación familiar en el país, planteándose con ello la triple condición de la planificación como derecho individual, como derecho de pareja y como derecho social. Este capítulo aborda estas

dimensiones para establecer la relación entre ellas, traducidas en tres elementos de base: género, derechos y salud.

Capítulo IV La salud reproductiva como programa de cambio para México Este capítulo se divide en tres partes articuladas entre sí:

La primera recoge la discusión internacional sobre la salud reproductiva, explora los antecedentes del concepto mismo de salud reproductiva y consigna las declaraciones de la Conferencia del Cairo (1994) y de Beijing (1995), ambas definitivas para los acuerdos internacionales ratificados por la mayor parte de los países miembros, incluido México, particularmente en tres aspectos: ratificar los derechos reproductivos y considerarlos como derechos humanos; definir la salud reproductiva como área prioritaria de acción; y elevar la condición y el estatus de la mujer.

La segunda analiza el programa de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000 para México, puesto en marcha recientemente, junto con otros programas que le sirven de soporte como el Programa Nacional de la Mujer y el Tribunal para la defensa de los derechos reproductivos.

La tercera es una revisión documental sobre la investigación en el área de la salud reproductiva en México, constituye un avance en el estado del arte de la salud reproductiva en el país y el reconocimiento de sus dificultades metodológicas, sus prioridades y sus logros.

La pretensión de esta investigación es examinar el significado conceptual de la salud reproductiva, sus diferencias con las políticas públicas y programas en materia de población relacionadas con el comportamiento reproductivo y la fecundidad de la población en México. El proceso investigativo desarrollado en este trabajo es un primer acercamiento no acabado que busca también examinar desde diferentes aspectos los vínculos entre los siguientes temas:

- La salud reproductiva y la polémica población y desarrollo;
- La salud reproductiva y la relación población y salud, en una perspectiva que obliga llevar a cabo un recuento histórico de su desenvolvimiento, en un trabajo que puede considerarse como la arqueología del término.

El interés de la investigación se centra en el funcionamiento de los sistemas de la organización pública, a través de los cuales se elabora y se implementan políticas en materia de salud reproductiva para discernir cómo y hasta qué punto las desigualdades de género forman parte de las mismas en el marco estatal. Se parte de la idea de reconocer que trabajar con el concepto de salud reproductiva, implica esclarecer las articulaciones entre los diversos dominios que influyen en este proceso, particularmente los vinculados con las relaciones de género y con la ampliación del paradigma de los derechos humanos a la esfera íntima -aunque también privada y pública- de la capacidad reproductiva de los individuos. Como mujer, espero que este trabajo hecho desde la sociodemografía contribuya de alguna manera al trabajo de los grupos de mujeres y de feministas en el país a avanzar en la comprensión de la problemática de la salud reproductiva.

**CAPITULO I:
LA POLITICA DE POBLACION Y LA PLANIFICACION FAMILIAR
EN MEXICO**

CAPITULO I

LA POLÍTICA DE POBLACIÓN Y LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MÉXICO

"Una de las formas utilizadas por la política de población para cumplir y alcanzar una reducción en la tasa de crecimiento es la de reducir la fecundidad a través de la difusión masiva de la planificación familiar".

(Carmen Miró, 1980).

En las últimas décadas, el advenimiento de los modelos modernizadores del nuevo orden internacional, penetran en los distintos sectores y niveles de la política y la acción social, transformando paulatinamente sus orientaciones básicas. La caída del modelo de industrialización conocido como el modelo de sustitución de importaciones, a finales de la década de los setenta, en América Latina y el surgimiento del modelo de promoción de las exportaciones, mejor conocido como modelo neoliberal; en la actualidad, caracterizado por la apertura de las economías locales en la libre competencia y en el flujo de capital extranjero como parte del programa económico adoptado por varios países de la región, en lo que ha entrado a llamarse la globalización de la economía, enmarcan el contexto en el cual se encuentra actualmente el país.

En el caso de la política de población, esta pauta ha significado transformaciones sustantivas. Los objetivos de la política estatal en los últimos veinte años han sido hasta ahora: la reducción del ritmo de crecimiento natural de la población y el logro de una redistribución espacial que corresponda al desarrollo regional del país¹. Se pospone así, el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas de los habitantes, para restablecer la meta del logro de la regulación del crecimiento demográfico, a partir principalmente de los programas de planificación familiar, como medio para alcanzar mayores niveles de bienestar. Lo demográfico, para el Estado Mexicano, se concibe como una pieza de la estrategia administrativa en su conjunto, subordinada a

¹Revista Demos No 5, página editorial, 1992.

la racionalización instrumental de la planificación poblacional en la cual las voluntades democráticas no intervienen². Las características del estado benefactor solo se conservan en la medida en que permiten viabilizar instancias de control y vigilancia.

A partir de 1984, los planteamientos establecidos por el Plan de Acción Mundial sobre Población, sostienen que la base para la solución de los problemas demográficos es, ante todo, la transformación económica y social, la cual se constituye en la mayor garantía para lograr el desarrollo económico y la vida social equitativa. En la actualidad, la relación entre crecimiento de la población y nivel de desarrollo y bienestar se relativiza, dada la evidencia de que a pesar de la regulación del crecimiento demográfico -la difusión y el uso de métodos anticonceptivos- éste no redundará en mayor nivel de bienestar o en la reducción de la pobreza, y aún así, el modelo de desarrollo continúa avante, por sobre los evidentes conflictos sociales que el mismo ha generado en nuestros países.

Un ejemplo de lo anterior se manifiesta en las reformas en el estatus de la mujer: el acceso a la educación, al mercado de trabajo y al espacio público, cuyo origen fue justamente el cambio en la composición de la oferta y demanda de mano de obra en nuestros países, en la relación del Estado con los nuevos sistemas de producción y con la misma explosión demográfica³. Como puede apreciarse, el análisis que requieren estos cambios es mucho más complejo y no se restringe solamente al control de la fecundidad por medio de la anticoncepción; aun cuando el control de esta variable siga siendo el pilar alrededor del cual se articule en México la política poblacional.

La preocupación por el control del crecimiento demográfico, concretamente de la fecundidad, se explica en razón al obstáculo que constituye este componente para la

² Alejandro Cervantes Carson. Política de Población, Ética, Diálogo y Democratización. Revista Demos No 8, pp 25,26. 1995

³ Sheila Rowbotham en La mujer ignorada por la Historia. Tribuna feminista. Edit Pluma y debate. Bogotá Colombia 1980

consecución de los planes de desarrollo social y económico del país⁴. El comienzo de la polémica demográfica referida al crecimiento poblacional y sus consecuencias en el desarrollo socioeconómico del país, está asociado a la presión ejercida por los países llamados desarrollados, en dirección al control natal de los países llamados en vías de desarrollo. Este movimiento está fundamentado en ideas neomalthusianas, y fue financiado básicamente con recursos originarios de los primeros países hacia los segundos⁵. Parte de las premisas que alentaron estas campañas financiadoras se apoyaban en la idea de que el control de nacimientos se considera no sólo como un arma contra el hambre (postulado malthusiano clásico) sino también contra las rebeliones políticas⁶.

Dentro del estudio de la relación política-planificación habrá siempre una constante: la academia. El trabajo intelectual de los demógrafos en el área de la salud y de la fecundidad, centrado en el estudio del crecimiento de la población y las características demográficas de las regiones, será no sólo fundamental para las estrategias e implementación de programas, también estará considerado en las agendas nacionales e internacionales del área de población, política y desarrollo. La formación del recurso humano en población, y la investigación y sistematización del conocimiento demográfico del país, como veremos en este capítulo, es inherente al desarrollo mismo de las políticas y a la creación de los programas.

En medio de las decisiones frente al crecimiento poblacional, el grupo de académicos, universitarios y profesionales implicados en el área de población, cumplirían desde el inicio mismo de las políticas un papel catalizador que compatibilizara la política de planificación familiar del país con el proyecto global, el

⁴ La serie de Boletines emitidos por el Grupo de Asesoría y Apoyo a las Políticas de Población GAAPP, hace su aparición justamente en medio del debate sobre el énfasis de los programas de planificación familiar en materia de política poblacional, especialmente en los dos últimos sexenios. También lo señalan de manera individual otros autores como Benitez Zenteno 1994, Cabrera 1990,1994, Cervantes1995,Martínez 1994. etc

⁵ Maria Isabel Baltar da Rocha. População, reprodução e saúde: anotações sobre a questão de uma política social. en Revista Brasileira de estudos de população. Vol. 5 No 2 Jul/Dez 1988. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. ABEP.

⁶ Viviane Brachet El proceso social de la formación de políticas: el caso de la planificación familiar en México. Estudios Sociológicos. COLMEX Vol 2 No 5 y 6 Mayo/diciembre 1984.

plan de acción y la política de desarrollo nacional; ésto producto de las conclusiones de las reuniones internacionales que en materia de población se han llevado a cabo. De hecho, las comunidades académicas y las ONG's (Organizaciones No Gubernamentales) de manera directa e indirecta, se han convertido en intérpretes no sólo del comportamiento de la población sino de sus necesidades sociodemográficas, además se han constituido en espejos legitimadores o críticos de la racionalización poblacional del Estado⁷.

La organización de los conocimientos sobre la población y la instrumentación de políticas en cada contexto geográfico-regional tiene que ver con el origen de los delineamientos impartidos para cada una de las regiones en donde se aplica, lo que genera la confrontación y el reconocimiento de su deficiencia e inadecuación, dentro del marco de la relación entre población y desarrollo. Sin embargo, los avances de los estudios demográficos en los últimos treinta años y la evolución de las políticas de población en la mayor parte de los países, han servido de referencia para pensar en la múltiple asociación de factores en las teorías sociales.

El desarrollo de la demografía es posterior a las ciencias sociales, la investigación sistemática de los cambios en la población es reciente, en buena medida debido al avance en la creación de información para usos jurídico-civil, estatal y académico, articulado a la necesidad de ampliar el conocimiento existente, en el cual, a largo plazo, se espera incidir para promover el cambio social. Actualmente puede hablarse de un avance en el sistema de intercambio científico-político, el cual guarda diferencias de acuerdo al grado de desarrollo de cada país y a la capacidad de formación del recurso humano con el cual se instrumentalizan las políticas, los programas, las acciones públicas y la evaluación de la acción.

En este capítulo se establece el trasfondo ideológico y político existente entre la política de población y la planificación familiar; por el momento no se hablará del sujeto concreto en el cual se centra el discurso y se ejerce la acción política, de ello

⁷ Cervantes desarrolla este punto en la Revista Demos No 8 de 1995. ISSUNAM. México.

se ocupará el capítulo segundo. La importancia del seguimiento cronológico de cada apartado tiene una intención: lejos de pretender hacer para el lector un texto demasiado aburrido o esquemático, recupera la visión cronológica que el evento histórico representa para luego hacer una breve lectura analítica de su ocurrencia. Puede aclararse también que se peca de una observación demográfica en exceso para captar el fenómeno, pero si se logra ilustrar la relación entre la periodización de los avances tanto en la política de población, en la producción académica (investigación demográfica), como en los programas de planificación familiar -para detectar con ellos puntos de intersección que permitan trascender el nivel de análisis de lo meramente descriptivo a lo crítico-, bien vale la pena el sesgo.

En este capítulo, además de esta introducción y algunas conclusiones finales, se hará una breve recuperación histórica del proceso de la formación de políticas de población en México y su relación con los programas de planificación familiar; así mismo, se hablará del corte ideológico y la orientación teórica de cada política, en relación con los correspondientes lineamientos del programa de Planificación Familiar, implementados por ella quien su momento, además del reconocimiento de los principales focos de interés que a lo largo del tiempo han venido cambiando en materia poblacional, avalados por la producción académica y el efecto que ésta ha tenido en la toma de decisiones y en la reorientación de la política poblacional del país.

CRONOLOGIA DE LA POLÍTICA EN POBLACIÓN EN MÉXICO

"A pesar de conservar parte de su esencia, las actividades del sector público han ido evolucionando y las modalidades de acción de los últimos gobiernos se han transformado".

(Medina y Mejía, 1993).

La siguiente cronología puede ser útil para identificar momentos claves del debate⁸; vale la pena separar dos momentos : el pronatalista y el de regulación. La tasa de

⁸ La cronología se construyó con base en Cabrera y Astorga; este último en su artículo La razón demográfica del Estado. Revista Mexicana de Sociología. IISUNAM. No 1, 1989.

crecimiento en México y con ello el volumen de su población, se triplica en cuatro décadas; la estructura de la población rejuvenece, aumenta la migración interna, la urbanización, la metropolización de la Ciudad de México, y aumenta la emigración hacia Estados Unidos⁹. El cambio demográfico en el país lleva tras de sí momentos de ardua discusión y confrontación política e ideológica, respecto a la posición del Estado en los aspectos político, económico y social, de cara al marco del debate población y desarrollo.

PRONATALISTA

"En México con una estructura de población aún joven, más allá de los factores ideológicos que inciden en la valoración de la maternidad, una familia numerosa ofrece a los sectores populares la esperanza de un mayor ingreso y de la seguridad social que el Estado no siempre ofrece plenamente".

(Tuñón, 1987).

La lógica de la intervención estatal en materia de población se invierte -como se puede advertir en este cronograma- el momento histórico en el cual se enmarca una política es fundamental. En el siglo pasado, México llegó a considerarse un país despoblado, con una baja densidad de población que establecía un desequilibrio entre territorio, recursos naturales y población. Como medio para reafirmar el desarrollo económico y la soberanía nacional, se optó por incentivar el aumento de la fecundidad, la disminución de la mortalidad infantil especialmente, la repatriación de mexicanos y el estímulo a la migración extranjera, con el fin de poblar el territorio mexicano. La acogida brindada por México a los exiliados de la guerra civil española hacia 1935¹⁰, que significó para México la entrada de aproximadamente treinta mil españoles, es una muestra de ello.

⁹ Gustavo Cabrera Acevedo. El Estado Mexicano y las políticas de población, en La Población en el Desarrollo Contemporáneo de México. El Colegio de México. 1994

¹⁰ Los presidentes de México: discursos políticos 1910-1988. Presidencia de la República, Colegio de México, México. 1988. Tomo III, p. 28.

Desde el siglo pasado la relación políticas estatales-acción estatal estuvo a la orden del día. Desde 1821, tienen lugar en el país estas discusiones; la población, el desarrollo y la soberanía del país era una preocupación que se extendía a todas las regiones, especialmente a las fronteras. Desde este momento, la necesidad de incentivar la inmigración se hace imperativa en un país considerado semivacío. De los decretos se pasa a una Ley Provisional de colonización que durante los primeros años centró los esfuerzos en promover la colonización, retener nacionales en el territorio y controlar la migración.

El control de entradas y salidas establecido en 1825, la repatriación de nacionales en 1931 y el derecho a libre tránsito de 1836 tienen el propósito de promover la residencia de nacionales en el territorio a lo largo y ancho del país. La ley provisional de Colonización de 1875 pasa a ser definitiva en 1883; para expedir ya, a principios de este siglo, tres leyes más: la de inmigración en 1908 y las de migración de 1926 y de 1930. En la primera hay restricciones médicas, en la segunda se restringe al acceso a algunas personas calificadas de indeseables, incluso tienen vigencia restricciones racistas¹¹. La siguiente cronología detalla cada uno de los eventos que mantienen relevancia respecto a la postura descrita.

- | | |
|------|---|
| 1824 | Se promueve el poblamiento del país impulsando programas de colonización. |
| 1825 | Control de entradas y salidas del territorio mexicano. |
| 1831 | Repatriación de nacionales residentes en el exterior. |
| 1836 | Derecho a libre tránsito. |
| 1908 | Ley de Inmigración, selectividad de la entrada de extranjeros. |
| 1926 | Registro de extranjeros y Creación del Congreso Consultivo de migración. |
| 1930 | Definición de los mecanismos de registro de nacionales y extranjeros que entran y salen del país. |

¹¹Luis Astorga. La razón demográfica del Estado. Revista Mexicana de Demografía. No 1, 1989. México.

Luego del ascenso de Cárdenas a la presidencia la posición colonizadora y poblacionista había cesado, la atención se centraba ahora en promover la natalidad y fomentar la nupcialidad; el crecimiento demográfico debía conseguirse vía crecimiento natural, repatriación y control de la migración. La revisión de la ley del 36, hecha en el 47, reafirma todavía la orientación natalista: se busca incorporar masivamente fuerza de trabajo a la naciente industria y a la expansión del mercado interno, el proyecto nacionalista mexicano lo precisaba en ese momento; justamente en el mandato de Cárdenas se crea el Frente Único Proderechos de la mujer, con más de cincuenta mil mujeres organizadas, cuyo principal objetivo fue la obtención del voto femenino¹². La cronología de la tendencia permite la identificación del proceso más claramente.

- | | |
|------|--|
| 1934 | Sube Cárdenas al poder: proyecto nacionalista y promoción del crecimiento natural de la población. |
| 1935 | Enuncia Gilberto Loyo, primer demógrafo mexicano, las bases del funcionamiento del biopoder ¹³ , por medio del cual se buscará reducir la mortalidad y facilitar el incremento de la natalidad. |
| 1936 | Ley General de Población; creación del Consejo Consultivo de Población; promoción del matrimonio y de la natalidad; campañas de reducción de la mortalidad y de la migración. |
| 1940 | Creación del Instituto Mexicano de Seguro Social. |
| 1943 | El Presidente Manuel Ávila Camacho crea la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA), para coordinar servicios de Salubridad y asistencia. |
| 1943 | Creación del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) que extiende a los centros de trabajo la relación salud - asistencia - bienestar. |

¹² Julia Tuñón Pablos. *Mujeres en México: Una historia Olvidada*. Editorial Planeta. México, 1987.

¹³ Cuando la población se vuelve preocupación económica y política, surge la bio-política de la población basada en la demografía y la eutanasia. La bio-política de la población combinada con la anatomía del cuerpo humano forman lo que Foucault llama *BIOPODER*. Tuirán (1988), recupera esta construcción para definir al *BIOPODER* como una combinación regulativa que busca extender y organizar la energía del cuerpo humano y las capacidades de la población con el fin de manipularlas para otros fines. El Bio-poder define, dice el autor, nuevos dominios de acción e intervención dando lugar, en su expresión más acabada, al advenimiento de la política social y demográfica del estado Moderno, las cuales promueven la proliferación de vigilancias sobre el cuerpo y la población, de una meticulosidad extrema. Tuirán, 1988.

- 1947 Primera modificación a la Ley General de Población del 36.
- 1953 Creación del Programa de Bienestar Social Rural, para la salud colectiva y la participación comunitaria por medio de promotoras rurales.
- ✓ 1959 Se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE) para la prestación de servicios médicos a la población con vinculación laboral.

Como se puede apreciar, con estas últimas medidas la atención se centra en la intervención directa sobre dos componentes demográficos, la mortalidad (especialmente la materno-infantil) y la fecundidad, a través del estímulo de la nupcialidad.

REGULACIÓN

“El discurso político mexicano define a la población primero como condición necesaria para la consolidación y la fortaleza nacional y, después, como un impedimento para el proceso de desarrollo económico y social”.

(Cervantes, 1993).

El desarrollo económico y la industrialización que tuvo lugar en el país durante la década de los cuarenta, la disminución de la mortalidad, el incremento sostenido de la fecundidad y con ello de la tasa de crecimiento anual de población, generó la concentración de asentamientos humanos en áreas urbanas y municipios industrializados, a niveles que se constituyeron en un obstáculo para el desarrollo económico, la modernización del Estado y el bienestar de la población; razón por la cual la política poblacional cambió de sentido.

Paralelo a esta postura, es importante documentar la manifestación de los movimientos sociales alrededor de la problemática poblacional, antes de registrar los momentos claves de la política de regulación. Señalar, por ejemplo, lo que podría

considerarse la génesis del movimiento feminista en el país, reconocido como movimiento social oficialmente a partir de 1916. Si bien podrían interpretarse sus demandas como la manifestación de una postura regulacionista; constituyen sin duda el antecedente más importante de la voz femenina en materia de autonomía individual sobre el comportamiento reproductivo, propuesta de avanzada no sólo en su momento, sino también más adelante, como se podrá apreciar en los próximos capítulos. Por esta razón es relevante recuperar este momento:

1916 Primeros indicios de movimientos feministas promoviendo el uso de los anticonceptivos. Primer Congreso Feminista de México, llevado a cabo en Yucatán con el apoyo del General Salvador Alvarado, gobernador del estado, quien afirmaba "mientras no elevemos la condición de la mujer, nos será imposible hacer patria". Las resoluciones finales de este Congreso influyeron en la ley de relaciones domésticas de la constitución de 1917¹⁴.

La siguiente cronología permite identificar la forma en que paulatinamente los programas de planificación familiar se fueron insertando en la estructura de la atención médica de las instituciones de salud pública; propuesta potenciada por la necesidad de ratificar las metas demográficas materializadas y objetivadas en un sujeto concreto: la mujer¹⁵

1973 Ley General de la Población que rige la política demográfica del país hasta la actualidad; busca reducir la fecundidad y controlar el crecimiento demográfico.

1973 Se realizó la Primera Convención Nacional de Salud con la participación del sector salud, educación, trabajo, profesional, académico y gubernamental; en ésta se origina el Plan Nacional de Salud 1974-1983

¹⁴ Julia Tuñón Pablos. *Mujeres en México: Una historia olvidada*. Editorial Planeta. México, 1987.

¹⁵ Las implicaciones de este proceso y su problematización se discutirán en el segundo capítulo de este trabajo.

- 1973 Publicación del quinto Código Sanitario Inspirado en la Constitución de 1917, en el cual SE RECONOCEN OFICIALMENTE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y DE PATERNIDAD RESPONSABLE.
- 1974 Creación del Consejo Nacional de Población, creado para la formulación e implementación de las políticas de población, para "...reducir el ritmo de crecimiento de la población a través de la disminución de la fecundidad y la distribución geográfica de la población según las posibilidades del desarrollo regional..."¹⁶
- 1982 El Programa Nacional de Salud de 1982-1988 concreta los programas de acción del sector salud, entre los que se encuentra el de Planificación Familiar
- 1985 Creación de los Consejos Estatales de Población.

En un principio, los programas estatales daban prioridad al crecimiento económico y a la redistribución de recursos sobre la limitación de la fecundidad, en ellos la reducción de la natalidad sería considerada como un instrumento de vital importancia para alcanzar mayores niveles de desarrollo.

Desde 1952, en la Conferencia de Bombay de la International Planned Parenthood Association, William Vogt propuso que los países industrializados condicionaran sus exportaciones de alimentos a los países en desarrollo, al uso de métodos anticonceptivos¹⁷. El determinante de la solución política como puede verse no es entonces la naturaleza, la urgencia o la amplitud del problema del crecimiento demográfico, que se soluciona con su compatibilidad con el estilo de desarrollo del régimen económico imperante en el momento, sino más bien por los beneficios recibidos por ciertos grupos sociales, y por la repercusión que las acciones

¹⁶ CONAPO, Informe nacional sobre población en México, 1994. p.16.

¹⁷ Viviane Brachet. Ob. Cit.

emprendidas en materia de control social puedan tener sobre el estatu quo de estos sectores.

Ya en 1964, en la Revista El Trimestre Económico, Karl y Mayone Stikos afirman que una reducción de la natalidad en México equivalente a una tercera parte, permitiría incrementar el bienestar de la población¹⁸. Premisas como estas fueron la base para la promulgación e impulso de las políticas de planificación familiar, que pueden ser catalogadas como de control natal, con el cual se radicalizó la posición de algunos sectores económicos, políticos y académicos, dentro de la postura que se podría llamar antinatalista, con una influencia profundamente neomalthusiana.

La discreción en la etapa inicial de la formación de una política de corte antinatalista en México (impulsada desde finales de los sesenta, comienzos de los setenta) tiene que ver con el hecho de que nada sale a la luz pública sin el previo acuerdo de los principales centros de poder que colaboran con el gobierno y constituyen su fuerza política y su legitimidad. Parte de la regla de oro del Estado Mexicano, en donde todos los sectores aparentan estar de acuerdo unos con otros sobre problemas y políticas nacionales, es arreglar sus diferencias en privado mediante la negociación multilateral¹⁹.

Además en el mundo en "vías de desarrollo" los hijos son altamente valorados como recurso económico y seguridad social a futuro, de esta forma, la fecundidad puede considerarse alta en lugares donde hay una alta preferencia por el número de hijos; pero la economía campesina toma decisiones basada en la producción, motivados no sólo por el deseo de maximizar sus ganancias, sino también por la condición de ganancias netas que pueden perder por debajo de los niveles de reemplazo²⁰. Esta

¹⁸ Viviane Brachet. Ibid.

¹⁹ Brachet y Tuñón exponen ampliamente esta particular forma de operar. De alguna manera también lo expone Cervantes en el artículo de Demos No 8/95, al preguntarse por el ejercicio del autoritarismo del Estado Mexicano a través de la política de población, donde el autor concluye que en ella, hay una estrategia administrativa en la cual las voluntades democráticas no intervienen.

²⁰ Benítez Zenteno afirma que el carácter patrimonial de la familia india y española se establece con patrones orientados desde la conquista a fincar las bases de la expansión demográfica de los siglos XVII y XVIII con matrimonio temprano, la reproducción como finalidad única de la cópula, un catolicismo liquidador de la

lógica perfectamente puede operar en el comportamiento reproductivo de las comunidades campesinas en los países latinoamericanos²¹.

La relación causal población y desarrollo establecida en las últimas dos décadas, y la magnitud del impacto de la crisis económica, se evidencian en la caída del PIB y del PNB, en el aumento notable del desempleo abierto y el empleo precario, el desplome del salario real y la concentración del ingreso, la disminución del salario familiar medio, la aceleración de las tasas de inflación y la consiguiente devaluación así como la reducción del gasto público y privado a tasas sin precedente²². Sólo entendiendo las características de este proceso se explica el giro que la política de población en México tuvo, ese giro de ciento ochenta grados en menos de cincuenta años, al pasar de una postura pronatalista a una postura antinatalista.

LA DEMOGRAFÍA EN LA POLÍTICA DE POBLACIÓN

"...Ya es posible hablar de población que, como concepto demográfico, sus elementos sobresalientes son cantidad y calidad, espacio, tiempo, individuo y sociedad, interacción entre las partes. Una consecuencia de esto es que la esencia dialéctica del concepto de población hoy no sólo es reconocida, sino entendida y, en algunos casos, aplicada..."²³

(Gustavo Cabrera, 1980).

La primera parte de esta cronología, enfatiza el creciente interés por parte de los sectores políticos, científicos y académicos de buscar alguna explicación y

sexualidad y la subordinación de la mujer. En El papel de la política de población en la política social. Boletín del GAAPP (Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población) Año 2 No 7, México, Mayo de 1995.

²¹ Mead T Cain. Patriarcal Structure and demographic change, en Women's Position and demographic change. Editado por Nora Federici, Karen Oppenheim, Srlvi Sogner. Oxford University Press. 1993

²² Alejandro Cervantes Carson. México: Políticas de población, derechos humanos y democratización de los espacios sociales. IV Conferencia Latinoamericana de población: La transición demográfica en América Latina y El Caribe. México, 1993.

²³ Gustavo Cabrera. Discurso de instalación de la mesa de trabajo: Programa Nacional Indicativo de Investigación Demográfica. En la II Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica en México. 4-7 de Noviembre de 1980. México.

reconocimiento a las características de la población en el país, y la posible relación de su comportamiento con factores socio-económicos y geopolíticos.

- 1957 La Organización de Naciones Unidas crea en Chile el Centro Latinoamericano de Demografía, CELADE. Por medio de ella se institucionaliza la enseñanza de la demografía, consagrando la disciplina vinculada a los programas de desarrollo económico y social con un ámbito específico que abarca tanto a los gobiernos como a las tecno-burocráticas internacionales, a la docencia y a la investigación académica.
- 1960 Se crea en México el Programa de Sociología de la Población, en el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México, IISUNAM, en vista de la necesidad de la evaluación académica de la situación económica, social y política del país en el marco del comportamiento demográfico.
- 1964 Se crea el Centro de Estudios Económicos y Demográficos (CEED) del Colegio de México, en él, se abre la maestría de demografía.
- 1965 Se crea la Fundación para Estudios de Población (FEPAC), asociación privada, afiliada a la Federación Internacional de Paternidad Planificada (PPF).
- 1967 Aparece la revista Demografía y Economía del IISUNAM.

En esta segunda parte, se puede apreciar el cambio en la racionalidad del trabajo demográfico ahora más delimitado y enfocado a la búsqueda de los factores demográficos que contravienen los lineamientos generales de los planes de desarrollo del país para orientar la atención sobre la intervención directa entre ellos; parte de los estudios generados en este periodo permiten elaborar planes de acción más detallados y efectivos, dados los apoyos técnicos utilizados y el conocimiento acumulado que permite elaborar estimaciones y proyecciones cuyos resultados serán el insumo básico para definir las metas demográficas.

- 1970 Tiene lugar en México la I Conferencia Regional Latinoamericana de Población.
- 1973 Se funda la Asociación Mexicana de la Población (AMEP).
- 1974 La AMEP organiza una reunión de Población y Desarrollo Social
- 1974 El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) crea el Programa Nacional Indicativo de Investigación Demográfica, para promover la investigación, estimular la fundación de centros de estudios en el país y profundizar y fortalecer los estudios en población.
- 1975 La CEPAL organiza la II Reunión Latinoamericana de Población.
- 1977 Se lleva a cabo la Conferencia General de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población.
- 1977 CONACYT celebra la I Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica, en la cual el sector público manifiesta sus requerimientos y necesidades en materia demográfica.
- 1980 En la II Reunión de Investigación Demográfica se reafirma la necesidad de discutir la situación del país y el nivel de conocimiento respecto a la relación población y política de población.
- 1983 El Consejo Nacional de Población CONAPO, inicia el proceso de consulta popular sobre la mujer por medio de tres reuniones regionales. De una de ellas surgió el Programa Nacional de Acción para la Integración de la Mujer al Desarrollo, en el cual figuraba la Planificación Familiar como uno de los subprogramas, que serían evaluados en los siguientes cinco años.
- 1987 Se lleva a cabo la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud, la quinta de las siete encuestas que se han hecho a nivel nacional para evaluar el impacto de la planificación familiar en el país.

El papel de la institucionalización de la investigación en el área sociodemográfica tendría un carácter muy específico, que poco a poco cobraría relevancia al avanzar en los estudios y la investigación de los fenómenos demográficos, con los cuales se buscaría en adelante intervenir en los medios políticos sobre la problemática

poblacional y sus efectos en el desarrollo, además de agenciar la articulación entre la política de población integrada a la política de desarrollo, base de la elaboración de la propuesta de la Ley General de población, elaborada en 1973.

Lo que hoy puede parecer tan obvio, como es el uso de las herramientas necesarias para la planeación estatal, tales como las tablas de vida y las proyecciones de población, llevaron a mejorar las técnicas, la calidad de la información y los estudios sobre aspectos demográficos básicos de cada país, e hicieron que la academia se tomara indispensable para el quehacer estatal.

La política demográfica en México, con la ayuda de las instituciones académicas y centros de estudios, buscó integrar el marco institucional de la programación del desarrollo a la nueva estructura administrativa e institucional del país, con el propósito de formular planes regionales, sectoriales y estatales integrados en un Plan Global. Para el Plan era indispensable crear las condiciones para el logro de las metas demográficas que el Consejo de Población había fijado para finales de siglo, las cuales aspiraban alcanzar en 1985: una tasa de crecimiento de población del 2.5%, y en el 2000 del 1%.

Para alcanzar la meta de las políticas de población, el objetivo demográfico directo se centró en el programa de planificación familiar; la evaluación del impacto demográfico del programa se llevaría a cabo a partir del análisis del comportamiento de la fecundidad, y de la prevalencia y uso de métodos anticonceptivos. Para hacer esto posible, el Plan Nacional de Planificación Familiar estableció la evaluación de su desempeño a través de las Encuestas Nacionales, con las cuales se pudiera estimar la proporción de mujeres casadas o unidas usuarias de métodos anticonceptivos (se conoce como Tasa de Prevalencia). Luego de la Encuesta Mexicana de Fecundidad, realizada en 1976 y primera en su género en el país, se llevó a cabo en 1979 la Encuesta de Prevalencia de Uso de Métodos Anticonceptivos; en 1981 se realizó la Encuesta Rural de Planificación Familiar; en 1982, la Encuesta Nacional Demográfica; en 1987 la Encuesta de Fecundidad y Salud; en 1992, la Encuesta

Nacional de la Dinámica Demográfica y, finalmente, en 1995, la Encuesta de CONAPO sobre uso de métodos anticonceptivos²⁴.

La finalidad de estas encuestas es fundamentalmente captar no sólo el nivel de la fecundidad en el país, se evalúa también la Tasa de Prevalencia, la distribución de métodos anticonceptivos, el lugar de obtención de los mismos, la residencia urbana/rural de mujeres en edad fértil y un último apartado considera las variables de estratificación social de las mujeres encuestadas²⁵.

DE LA POLÍTICA PRONATALISTA A LA POLÍTICA DE REGULACIÓN

*"Cuando los niños dejan de ser del todo deseables,
las mujeres dejan de ser del todo necesarias".*

Mr. John Langdon Davies.

Breve Historia de la Mujer²⁶.

La discusión sobre la dimensión política ha ganado espacios como consecuencia de la prolongación de las cada vez más frecuentes crisis sociales y económicas. La evidente contradicción existente entre crecimiento de la población y situación económica, propia de los modelos de desarrollo y de los sistemas de producción y acumulación, han venido acentuando críticas y posiciones antagónicas en el país.

Esta situación se hace evidente cuando las diferencias del comportamiento demográfico por regiones en el país se polariza, como se polariza la distribución de los salarios, de las fuentes de empleo y de los recursos para la inversión social. Ya no

²⁴ Agustín Porras. Algunas Reflexiones sobre el desempeño de los Programas de Planificación Familiar 1970 - 1994 en México. Boletín GAAPP. Vol.1, Año 2. No 9. México, Febrero de 1996.

²⁵ Agustín Porras. Ob. Cit.

²⁶ En el texto de Virginia Wolf. Un Cuarto Propio. pág 99. Editorial Colofón. México 1984.

es posible sostener la tesis pronatalista porque no hay alternativa que conjugue el crecimiento demográfico acelerado con el aumento de bienestar²⁷.

Como se puede apreciar, matizando las particularidades de las políticas de población de principios de siglo -en un inicio basadas en debates filosóficos y en políticas de cambio- se ha venido desplazando poco a poco el centro de interés hacia una sola variable, el único componente de la población que sería directamente intervenido por una política específica del estado Mexicano: la fecundidad, y con ella, el ritmo de crecimiento de la población.

La tendencia a relacionar crecimiento de la población con el crecimiento económico y viceversa, es de origen malthusiano²⁸; este pensamiento cuestiona la disponibilidad de recursos para la población existente, planteando la relación entre pobreza y crecimiento de la población. La creación de asociaciones que agenciaban esa postura, dentro y fuera del país, acompañan la historia de la política de población; una vez transcurrida la segunda guerra mundial, la elaboración y difusión de las ideas acerca del desarrollo y su vinculación con el crecimiento demográfico, fueron consideradas de capital importancia por organizaciones nacionales e internacionales, como por ejemplo el Club de Roma, las conferencias internacionales de naciones unidas, las regionales de la CEPAL, la OEA²⁹, etc.

Vale la pena hacer una mención especial sobre el Club de Roma, nombre con el cual se reconoce a un grupo de intelectuales y hombres de empresa y de ciencia de Europa y Norteamérica, junto con algunos académicos de Asia, África y Latinoamérica, que en 1968 decidieron emprender en una perspectiva a largo plazo, un examen a fondo de las interrelaciones entre crecimiento de la población, desarrollo industrial y agrícola, utilización de los recursos naturales y la contaminación del medio

²⁷ Al respecto, María Eugenia Zabala de Cosío afirma: "...Son tan importantes las consecuencias sobre la economía de un cambio demográfico como las consecuencias sobre la población de un cambio económico..." en La II Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica en México, 1980.

²⁸ Thomas Malthus *Ensayo sobre el principio de la población*. F.C.E.. México. 1951.

²⁹ La CEPAL es la Comisión Económica para América Latina, la OEA es la Organización de Estados Americanos.

ambiente. Por medio de modelos elaborados por este grupo se pretendía mostrar las diversas alternativas de las cuales se deduce que, de seguir las tendencias actuales, se excederá la capacidad del planeta para sostener una población siempre creciente.

La intención de esos estudios fue la de llamar la atención hacia la problemática y prever las medidas y las políticas que serían oportunas para que no se llegase a una situación catastrófica³⁰.

El debate a favor o en contra del estímulo o la limitación del crecimiento demográfico por parte del Estado, se inscribe en medio de la discusión malthusiana³¹ población-recursos, población-desarrollo. Natalidad, mortalidad, migración, encuestas familiares, envejecimiento, eugenismo y control natal empiezan a confrontar más radicalmente las posturas y tendencias que lanzan una doctrina social en la que el crecimiento demográfico debe, según sus principios, cambiar de sentido. Que se empiece a manejar la idea de que de la reducción de los nacimientos depende el grado de desarrollo o que de su reducción depende la rapidez con la cual tal desarrollo se dé, refleja el punto donde se conjugan el trabajo académico y teórico con el trabajo político.

Desde finales de los sesentas y comienzos de los setentas, el neomalthusianismo gana terreno en el plano internacional; desde las Naciones Unidas y el Banco Mundial, la postura formal de la política de población estaría conformada por un paquete completo: el marco jurídico, donde más tarde se echaría mano de las garantías institucionales, hasta la experiencia y estructura de los aparatos de salud con personal capacitado en el control natal a nivel nacional, orientados desde luego por los estudios demográficos en cuyos resultados se cifran las metas de población desde fuera y se guía sobre las vías de acción a seguir. La demografía y la medicina

³⁰ Dennis L. Meadows. *Los Límites del Crecimiento: Informe al Club de Roma sobre el predicamento de la humanidad*. Colección Popular Fondo de Cultura Económica. México, 1972.

³¹ La versión moderna de las ideas de Malthus fueron retomadas por grupos neomalthusianos, entre los cuales, precisamente, se encuentra el Club de Roma, uno de los principales impulsores de las doctrinas antinatalistas basadas en argumentos económicos y políticos. El ya citado libro de *Los límites del Crecimiento* de Meadows, reúne buena parte del ideario de este selecto grupo de intelectuales, científicos y académicos de varios países.

juntas en el terreno político, encuentran en el aparato tecnoburocrático una arena propicia para sus posiciones; cada vez más demógrafos ascenderán a cargos políticos en los cuales se les reconoce toda la autoridad para emitir su opinión sobre el curso y el sentido del desarrollo a partir de las características demográficas.

Las estructuras de acumulación sobre las cuales se erigen las tendencias neomalthusianas están avaladas por la elite académica, médica, política y económica; patrocinadas por los medios masivos de comunicación, las firmas multinacionales y la industria farmacéutica, todo ello con la única razón de imponer una nueva orientación población-desarrollo, en donde gobernar no es poblar, gobernar es controlar³².

LA RELACIÓN POLÍTICA POBLACIONAL PLANIFICACIÓN FAMILIAR

"El control de la fecundidad como centro de las políticas y la anticoncepción como instrumento de reorientación reproductiva (desde la década de los setenta) le han dado a las instituciones médicas, a sus estructuras de poder y a sus burocracias, no sólo un papel relevante en la planeación y ejecución sino también un poder discrecional en lo programático".

(Cervantes, 1995).

En su momento, el movimiento pronatalista de comienzos de siglo trajo al país un aumento en el crecimiento económico que modificó la estructura económica por la migración masiva proveniente de la repatriación de mexicanos, la colonización interna y el impulso del crecimiento natural en los nacientes asentamientos urbanos recién formados. Eso era lo que buscaba la política desarrollista, los gobiernos del Estado trataron siempre de establecer sus propias leyes, organizar su propio proyecto de desarrollo por medio de políticas económicas y sociales propias.

³² Vale la pena recuperar el comentario de Alejandro Cervantes en su artículo Política de Población: Ética, Diálogo y Democratización (Demos No 8, 1995), en donde señala al autoritarismo en México como la forma en que hombres y mujeres interactúan, se vinculan, la manera como los individuos han organizado su vida cotidiana, y han construido los símbolos manifiestos de su cultura. De esta manera el autoritarismo se convierte en el sello distintivo del estado mexicano, del cual no escapa la política de población.

En el segundo momento, el de la regulación, la promoción de nuevas prácticas anticonceptivas para reducir la fecundidad, requirió de préstamos para activar los servicios de planificación familiar, fue entonces cuando el apoyo financiero de fundaciones y organismos internacionales³³ se hizo presente con fines propios, incluso la iniciativa privada abanderó acciones por medio de la fundación de asociaciones nacionales tales como³⁴:

- Centro de Investigación sobre Fertilidad y Esterilidad,
- Fundación Mexicana para la Población
- Asociación Prosalud Maternal (APMS), fundada en 1959
- Centro de Investigaciones sobre la Fertilidad y Esterilidad(CIFE), creada en 1964
- Asociación Mexicana de Población
- El Programa para la Introducción y Adaptación de Tecnología Anticonceptiva (PLATA- PLACT), en 1977
- Programa de Educación y Distribución de Anticonceptivos (PROFAM), creado en 1978, para apoyar el Programa Nacional de Planificación Familiar y abiertamente al programa de esterilizaciones.

En la creación de estas instituciones y organismos juega un papel importante la financiación y el auspicio de selectivos sectores sociales en su funcionamiento. Algunos sectores políticos y grupos sociales de alto nivel económico, organizados en asociaciones privadas, actuaron, junto con entidades públicas como la SSA, el IMSS, el ISSTE, a nivel interno o nacional para el trabajo de impulso de la planificación Familiar y la difusión de la anticoncepción; y a nivel externo el Fondo de Naciones Unidas en Materia de Población (FNUAP), la Fundación Rockefeller, la Pathfinder Fund, La Clayton Foundation, The Burdine Johnson Foundation, The Donner Foundation for Research and Education, el Businessmens Fund Raising Committee y

³³ Entre ellas se encuentran la International Patherhood, la Ford y la Fundación Rockefeller que creó el Population Council.

³⁴ Para esta enumeración se han reunido varios trabajos ya referidos en las notas de pie de página y también en la bibliografía, ellos son Gustavo Cabrera 1982, Mercedes Pedrero 1992 y Viviane Brachet 1984, entre otros.

Farmacéuticas Internacionales, entre otras, colaboraron desde el exterior preocupados por la explosión demográfica³⁵. De esta manera queda establecido el contacto entre fundaciones privadas y sector salud mexicano en materia de planificación familiar.

Como en Brasil, en México también se encontró la actitud permisiva por parte del gobierno a ciertos grupos responsables de Planificación Familiar, para poblaciones pobres que recibían financiamiento externo y tenían objetivos controlistas; la polémica de estas acciones se asocia a diversas formas de presión ejercidas por los países desarrollados, incluidas algunas organizaciones internacionales, en dirección al control de la natalidad de los países subdesarrollados. La forma en que las organizaciones funcionan está condicionada por el convenio con los organismos de gobierno, por la permisividad del Estado frente a estas acciones, por la cantidad de recursos provenientes del exterior para adelantar estas gestiones y por los intereses de la industria farmacéutica que para el momento actual ya ha creado una demanda creciente de anticonceptivos y otros productos del género de fácil acceso en el mercado, además de la labor de promoción y divulgación de las organizaciones mismas. La Asociación Brasileña de Estudios Poblacionales ha documentado y realizado un seguimiento de las acciones de este tipo de organismos en Brasil para ilustrar este caso. En la Conferencia Mundial de Población llevada a cabo en 1984 en México, varios países alertaron sobre la situación con el ánimo de promover el pronunciamiento de los gobiernos acerca de su posición frente al particular, ya que implicaba un debate que cuestiona el ejercicio de la soberanía nacional respecto a la política de población de cada uno de los países³⁶.

³⁵ Luis Astorga. Genealogía crítica de la "política de población" en México. México, IISUNAM, 1987, p.67.

³⁶ Maria Isabel Baltar da Rocha. População, reprocação e saúde: anotações sobre a questão de uma política social. en Revista Brasileira de estudos de população. Vol. 5 No 2 Jul/Dez 1988. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. ABEP.

IMPLICACIONES DE LA POLÍTICA DE POBLACIÓN EN LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MÉXICO

*"La política es un conjunto de relaciones estructuradas por medio del poder, donde por acuerdo, un grupo de personas es controlado por otro". Kate Millet.
(Connell, 1987).*

La política de población en México ha sido considerada desde el Estado,³⁷ como un bien público³⁸; el gobierno ha entrado a participar en programas que buscan el descenso de la fecundidad de la población a través de la planificación familiar, considerada un instrumento del Estado que promueve la proliferación del uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, es de resaltar la marcada desigualdad entre los sectores rural-urbano en términos del efecto de tales programas, dado que en la actualidad, la cobertura del uso de métodos anticonceptivos en el medio rural es de poco más de la mitad que la registrada en el medio urbano³⁹. De continuar esta disparidad se acentuaría la brecha de las diferencias económicas, sociales y políticas que separa a estos dos sectores. La pregunta que cabría hacerse ante este panorama es, hasta qué grado la política de población está conduciendo a situaciones regresivas -respecto al sentido articulador que tal política debe guardar con el modelo de desarrollo- que desvirtúen el sentido original de la intervención del Estado en esta esfera.

Para ampliar más esta idea Carlos Welti, en la II Reunión de Investigación Demográfica⁴⁰, mostraba que los programas de planificación familiar que intentan

³⁷ Gracias a la representatividad que la ciudadanía le otorga al Estado, y en su nombre al gobierno, la consolidación del modelo político de Estado-Nación da por sentado que los últimos tienen obligación y responsabilidad frente a la primera. El Estado entonces, institucionaliza la respuesta de las demandas sociales a través de la política social, cuyo fin está definido en términos de la búsqueda del bienestar colectivo.

³⁸ Entendido el bien público como la acción de beneficio común, que se extiende a todos por igual.

³⁹ José Gómez de León. Consideraciones sobre eficiencia y equidad. Revista DEMOS, Carta Demográfica sobre México. No4, 1991.

⁴⁰ En su ponencia: Efectos del Desarrollo Socioeconómico de la disponibilidad de Servicios Anticonceptivos sobre la fecundidad en México en 1976.

promover el control de la fecundidad de la población sin tener en cuenta su grado de integración al desarrollo social⁴¹, hasta ahora han fallado; una muestra de ello es que han centrado su acción en sectores urbanos, en mujeres de alto nivel educativo, de alta paridad y en grupos de edad avanzada en relación con el ciclo reproductivo. Justamente para lograr la reducción de la fecundidad, los esfuerzos de la planificación familiar deben intensificarse en la población joven y en grupos de baja paridad especialmente del medio rural y bajo nivel educativo.

Para ese entonces ya se pensaba que el desarrollo económico y social debía ir asociado con el cambio en la posición de la mujer y su función respecto a los hijos, como único camino para lograr la reducción de la fecundidad⁴². Sin embargo, no pasaría mucho tiempo para que los académicos e investigadores insistieran nuevamente en estos puntos: concentrar los esfuerzos en la población femenina y orientar los objetivos de la reducción a grupos de edad específicos, puesto que en la medida en que éstos fueran cubiertos, los efectos de los programas en términos de las metas serían mayores⁴³.

Los programas de planificación familiar que se impulsan en el país tienen una doble dimensión⁴⁴:

- organizativa, por medio de la cual se coordina a través de la Secretaría de Salud y del ejecutivo federal, a todas las instituciones del sector salud de ese nivel (el cronograma ya señalado indica que esta organización se planteó desde 1973). Desde un comienzo la planificación familiar en México se articuló al Sistema de Salud, de hecho desde los responsables de esta

⁴¹ Welti se refiere con desarrollo social, a la mayor cobertura de las acciones públicas para beneficio, tanto sobre la población urbana como rural, por eso su evaluación de la desigualdad de desarrollo es justamente, la población rural, e incluso urbana marginada de tales beneficios.

⁴² Welti cita en su ponencia a Davis y Ryder, quienes desde 1967 y 1976, respectivamente, promueven un cambio de orientación en las políticas de Planificación Familiar en el marco de las políticas de desarrollo y las políticas de población en las cuales ellas están contenidas, y donde la mujer es figura ausente, hasta estos momentos.

⁴³ Welti, 1982. Enrique Brito Velásquez en la II Reunión de investigación Demográfica en México. Su ponencia La política Demográfica de México: Objetivos Metas y Bases Metodológicas.

⁴⁴ Gustavo Cabrera. Ob. Cit.

Adaptar a caso.
good idea

articulación hasta los actuales, no han podido borrar la impresión de que lo que se hizo hasta entonces y lo que se sigue haciendo en el país es sólo planificación familiar. Esto llevó a afirmaciones como la siguiente: "... no se justificaría hablar de un Consejo Nacional de Población sino de un Consejo Nacional de Planificación Familiar, situado dentro del sector salud con todas sus evidentes limitaciones en el manejo de los fenómenos migratorios y la distribución de la población..."⁴⁵.

- programática , por medio de la cual se establece a su vez, la coordinación con los programas de planificación familiar que desarrollan las instituciones de salud de las propias entidades federativas. Este es un objetivo que los Consejos Estatales de Población tienen ahora a su cargo, debido a que el comportamiento demográfico no obedece a causas ajenas a las condiciones de desarrollo, sino que es resultado de las modalidades del mismo, a nivel regional y estatal.

Por medio de estas dimensiones se instrumentalizan los medios para alcanzar la meta demográfica, integrando a las regiones en el mismo objetivo a nivel nacional. Se supone que la integración de todos los gobiernos estatales permite el mejor desarrollo de los programas por cada entidad federativa, aunque las condiciones socioeconómicas de cada una haga evidente la imposibilidad de algunos estados para incorporarse de lleno a la tendencia nacional en la materia.

La planificación familiar como política de población es la punta de lanza de los discursos del Estado desde los setentas, su conveniencia o el enfoque desde los cuales la postura se ha venido trabajando muestran tres perspectivas⁴⁶:

- Una vertiente que se opone a la limitación de los nacimientos, basada en el supuesto de que tanto el crecimiento como el desarrollo y los recursos debían ser provistos por el gobierno.

⁴⁵ Jorge Martínez Manautou, en Estado Actual del Programa de Planificación Familiar. Boletín GAAPP Vol1, Año1, No 1, México, Mayo de 1994.

⁴⁶ Gustavo Cabrera. Ob cit.

- La segunda vertiente promueve las políticas y programas de planificación familiar para disminuir las altas tasas de fecundidad; se establecen aquí las famosas metas demográficas.
- La tercera y última vertiente impulsa las nuevas políticas de población, entre las cuales figura la planificación familiar, enmarcada dentro del reconocimiento jurídico de la libertad y los derechos individuales. Esta tendencia es relativamente nueva, y en México está cobrando fuerza dentro de un grupo de académicos e investigadores del Colegio de México en el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, y en la UNAM, en el Instituto de Investigaciones Sociales⁴⁷.

La planificación familiar extiende su perfil hacia trabajo educativo y de salud, tratando así de resarcirse de la tendencia en algunos medios de verla como un sustituto del desarrollo y para promover, por medio del respeto de las libertades y derechos humanos individuales, la preservación de la autonomía nacional (se anota que el discurso político es rico y abundante en este tipo de afirmaciones, como lo señala Benítez Zenteno, Cabrera y otros). Parece ser que la tendencia de los trabajos con esquemas clásicos, centrados en los determinantes próximos de la fecundidad, son los que han subrayado el papel preponderante del uso de anticonceptivos y de las prácticas de esterilización y, en mucho menor medida, del aborto provocado, en el descenso de la fecundidad. Estos hallazgos nos remiten de manera indirecta al papel de los programas de planificación familiar en dicho descenso. Sin duda, la mayor limitante de estos estudios, es no considerar las variables o determinantes de dicho esquema como parte de las causas estructurales de fondo que llevan a cambios de orientación en las instituciones y en el comportamiento reproductivo de la población⁴⁸.

⁴⁷ Porque en Brasil, por ejemplo, desde que surgió la polémica Política de Población - Planificación Familiar, se incorporó la perspectiva de los derechos humanos y reproductivos en los programas de planificación familiar que entraron directamente a ser parte de los Servicios de Salud del Estado dirigidos a la Mujer.

⁴⁸ Susana Lerner y André Quesnel. Mediaciones Institucionales y regulación de la Fecundidad. Reflexiones en torno al estado del conocimiento. En Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. Tomo III. Abril de 1990. México D.F. INEGI - SOMEDE. 1994.

Una vez adoptada la postura regulacionista del gobierno mexicano en materia de población, el Consejo Nacional de Población se dió a la tarea de establecer con base en cálculos propios, las llamadas metas demográficas, en las cuales centraría su postura frente a la intervención y modificación del comportamiento demográfico de la población, particularmente en la regulación de la fecundidad. En ese momento no pareció darse mucha importancia a que la selección de la meta, con un carácter enteramente cuantitativo, prefijaba de antemano la toma de decisión de miles de personas, so riesgo de lesionar las garantías constitucionales de los ciudadanos mexicanos de decidir libremente sobre la tenencia, espaciamiento y el número de hijos que desea tener (Zabala de Cosío, Rodríguez y González, Aparicio Jiménez, Pedrero Nieto, entre otros).

Para poder analizar la evolución de los programas de planificación familiar hay que partir de la institucionalización de la demanda de planificación familiar (PF), básicamente relacionada con la ampliación masiva de los servicios de salud en general, en particular los correspondientes a la PF. La incorporación de personal, la asignación de recursos, y la orientación de acciones en materia de salud materno-infantil hacia la PF, son ejemplos de su intensificación⁴⁹. En este sentido, cabe señalar los esfuerzos que ha hecho el Consejo Nacional de Población por hacer que los programas de planificación familiar estén presentes e integrados en la atención médica del sector salud⁵⁰.

México, como otros países de América Latina, en el afán de reducir la fecundidad inicia acciones en esta dirección sin haber establecido políticas explícitas de población, ni ningún arreglo institucional del sector salud del gobierno que coordinara algún tipo de acciones en anticoncepción. Por esta razón la disminución se da, en un principio en mujeres de clase media alta y alta, por la atención médica particular;

⁴⁹ Susana Lerner y André Quesnel. *Ibid.*

⁵⁰ Aunque esta relación genere polémica, pues se pone en juego el ejercicio de los derechos humanos fundamentales y las garantías constitucionales para el individuo. Este tema será tratado a profundidad más adelante, en los capítulos siguientes del trabajo.

podría llamarse este un Primer Momento, previo a 1973, año en el cual se establece el programa de planificación familiar de México⁵¹.

Un Segundo momento se da justamente en el período 1973-1978, en el cual cambia el marco jurídico de la Ley General de Población, vigente desde 1936 y reafirmada en 1947, y que finalmente reformada por el Congreso de la Unión en diciembre de 1973. En ella se busca el descenso del crecimiento demográfico mediante los programas de planificación familiar, señalando su organización y responsabilidad no sólo al sector salud, sino también al educativo y a otros más en materia de comunicación. Se convoca el apoyo de las instituciones oficiales para el logro de las metas demográficas a corto y mediano plazo. En este periodo se establece la Coordinación Nacional de Planificación Familiar, organismo descentralizado de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia -ahora Secretaría de Salud- y el Instituto Mexicano del Seguro Social, que toma de inmediato el liderazgo en la cobertura de usuarias de planificación familiar.

Es importante tener en cuenta que en este período aparecen también las metas demográficas, diseñadas por CONAPO para el período 1977-2000; 23 años con metas intermedias cada seis años, que corresponden a los periodos presidenciales, hasta terminar el siglo, y que supone el número de usuarias que deberían ser protegidas por los programas de planificación familiar, de acuerdo a las instituciones del sector salud que prestan este servicio.

Un Tercer momento considera los años 1978 - 1982, periodo en el que se incrementan las campañas de comunicación, programas de educación en aspectos reproductivos en las escuelas públicas y los primeros intentos por descentralizar las políticas de población y responsabilizar a los gobiernos locales. Aquí, la planificación

⁵¹ Esta periodización reúne elementos citados por Gustavo Cabrera Acevedo en la ponencia Reflexiones sobre México: Población y Sociedad. Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. Tomo I. Abril de 1990. México D.F. INEGI - SOMEDE. 1994. Y Ricardo César Aparicio Jiménez con la ponencia: Continuidad en la práctica anticonceptiva en México: Cambios recientes en la misma Reunión.

familiar se extiende a todo el país, los arreglos institucionales se consolidan, sin embargo, la población usuaria sigue siendo preponderantemente urbana.

Un Cuarto momento muestra la descentralización nacional del programa de planificación familiar para actuar a nivel regional, estatal y local. Con la reforma sanitaria que creó el Sistema Nacional de Salud (SNS) se buscó articular las instituciones del sector salud: SSA, ISSTE, IMSS y otros sectores privados para garantizar los servicios de salud a población "abierta" (desprotegida), evitando la duplicación de funciones y buscando ampliar la cobertura⁵². La llamada descentralización de los servicios de salud es una estrategia para consolidar el Sistema Nacional, producto de una reforma estructural. Se inserta en la modernización del estado que opta por crear un Sistema Nacional que forma parte del Programa Nacional de Desarrollo 1983-1988, para garantizar el derecho a la salud establecido por la Constitución. Esta reforma se concreta con el Programa Nacional de Salud 1982-1988, que materializa programas de acción entre los que se encuentra el de planificación Familiar; Sin embargo, desaparece la Coordinación Nacional del Programa de Planificación Familiar, la organización y coordinación con las instituciones de salud se pierde, volcándose cada institución a ampliar la cobertura por su cuenta.

Producto de la separación, el IMSS alcanza en 1982 una cobertura de 32.3%, la Secretaría de Salud de 14.5%, el ISSTE de 4.9% y el Sector Privado de 32.6%. Pronto la SSA, el ISSTE y las instituciones privadas manifestaron su incapacidad para sostener la cobertura de los programas de planificación familiar y se desacelera su avance; entre tanto, el IMSS enfocó su programa dentro del área de Salud Reproductiva de la mujer en edad fértil, logrando con ello mayor participación en el área operativa⁵³.

⁵² Gloria Edith Angel Casanova. Calidad del servicio de planificación familiar de la SSA en el contexto de la descentralización de los servicios de salud, México. Tesis de maestría en Población. FLACSO. México, Octubre de 1995.

⁵³ Jorge Martínez Manautou. Ob. Cit..

El Quinto momento⁵⁴, cuando se promulgó la Ley General de Salud (LGS), incluye la PF como prioridad en el Programa Nacional de Salud (PNS) 1984-1988, al darle un carácter de acción de salud *eminentemente preventiva*. Además, la Secretaría de Salud creó la Dirección General de Planificación Familiar (DGPF), quien se encargaría de coordinar el grupo interinstitucional de Planificación Familiar, proporcionando delineamientos y estrategias para normar el Programa Nacional de Planificación Familiar, y a nivel estatal, que incluye la Planificación Familiar en el Departamento de Atención Primaria, para evitar la verticalidad y establecer un marco integral y operativo⁵⁵.

Como a la SSA le correspondió instrumentar la política demográfica que pretendía la armonización de la población, los recursos y el desarrollo con respecto a los derechos reproductivos consagrados en la constitución nacional, fueron delegados a la DGPF (actualmente la Dirección General de Salud Reproductiva) la función de enlace con la Secretaría General del CONAPO. De esta manera, la DGPF tuvo un papel protagónico en la conjunción entre las políticas de salud y las de población⁵⁶.

El Sexto Momento⁵⁷, está caracterizado por la ruptura académica-política entre las instancias estatales y gubernamentales encargadas de enunciar y ejecutar la política de población, y las instancias académicas investigativas. El divorcio se explica por la separación de las primeras instancias con respecto de las segundas, debido a la creciente burocratización del sistema a partir de 1982. En los primeros cuatro años

⁵⁴ Para avanzar en la periodización hasta la actualidad, condense elementos de Cabrera, Aparicio y Angel Casanova; la bibliografía que cubre los últimos años se centra más en evaluación de las Encuestas de Fecundidad y Salud, respecto a Planificación Familiar, específicamente en disposición, cobertura y demanda de los métodos anticonceptivos y en grupos focales, más que en una panorámica general en el que la política haya cambiado.

⁵⁵ Historia de la salud: Reseña histórica 1982-1988. SSA. 1988. Tomo Y Pgs 267,282.

⁵⁶ Hasta ahora ese ha sido el desarrollo de 23 años de planificación familiar en México; lo interesante en este punto es trabajar a fondo lo que es salud reproductiva, a partir incluso del mismo momento en que la Dirección General de Planificación Familiar deja de llamarse de Planificación Familiar y toma el nombre de Salud Reproductiva. Más adelante se tratará este punto.

⁵⁷ El Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población, como grupo de académicos e investigadores en el área de la sociodemografía, enfatiza en la denuncia de este momento como un período crítico de la política de Población en México, caracterizado por un silencio absoluto por parte del Estado y del Gobierno de la dirección y el sentido de las políticas de Población a implementarse, razón suficiente para promover canales de comunicación y de alerta sobre las implicaciones de ese silencio; ese es el motivo de la aparición de la Carta sobre Población, Boletín auspiciado por el Grupo en mención que empezó a emitirse desde 1994 hasta la actualidad.

de gobierno de Carlos Salinas de Gortari, el CONAPO no se había reunido con el Presidente por primera vez; la ausencia del tema de población en las agendas de los candidatos de las pasadas elecciones mostraron también su desatención a tan importante problemática. Al cabo de los cuatro años, cuando al fin se dio la reunión del Presidente con el CONAPO, fue posible reevaluar la meta demográfica del 1% de crecimiento de la población para el 2000, al 1.5%⁵⁸

Este período se caracterizó por la incongruencia en las cifras oficiales de población y la marginación del sector académico con las autoridades responsables del Programa Nacional de Población -como diría el Grupo Académico de Apoyo a la Política de Población (GAAPP)-. El CONAPO terminaría convirtiéndose en plataforma política para algunos integrantes del partido en el poder, sin cumplir con la responsabilidad que por ley éste tiene. Un ejemplo de esto es el balance que el GAAPP hace de las instancias pertinentes, señalando que en el período 1988-1994 el CONAPO ha tenido tres presidentes y dos secretarios generales, la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA), ha tenido tres directores de planificación familiar, el Instituto Mexicano de Seguros Sociales (IMSS) ha tenido tres directores generales y dos directores de planificación familiar, El Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSTE) ha tenido dos directores generales y tres directores titulares de planificación familiar⁵⁹

Como puede apreciarse, la proliferación de acciones para promover el desarrollo de la infraestructura en salud, concretamente con los programas de planificación familiar, obedece a una postura que puede llamarse clásica en el campo demográfico, en la cual se considera que para modificar el comportamiento de la fecundidad, concretamente su reducción, se deben redoblar esfuerzos en la difusión de prácticas anticonceptivas en todos los sectores de la población; ello explica el impacto institucional, los cambios, la proliferación de programas y acciones que en última

⁵⁸ Jorge Martínez Manautou México, Julio de 1994. Boletín del GAAPP.

⁵⁹ El primer Boletín del GAAPP es muy preciso no sólo en explicitar las razones que le dieron origen a la organización, sino también en la apreciación de los problemas que durante los últimos ocho años se han venido suscitando en la formulación de la política de población del país, más incluso que la misma política en la ejecución de la misma, por la actitud de sus directivas.

instancia se reducen a la modificación en los hábitos y prácticas de regulación del comportamiento reproductivo de la población.

buena
Por otro lado, las transformaciones de orden económico, social y cultural han tenido también su papel en la modificación del comportamiento reproductivo; desde luego, la diversidad regional particulariza el contexto en el cual cada cambio tiene lugar, por eso, si se fuera a datos agregados, se podría apreciar que los cambios en el comportamiento de la población no ocurren de manera simultánea y tampoco con modalidades siquiera similares.

CONCLUSIONES

Revisando la historia y los textos de la legislación y estructuración tanto de las políticas de población como de los programas de planificación familiar, se observa la intención y el objetivo del gobierno mexicano por tratar de integrar el desarrollo social y económico con la dinámica, estructura y evolución de la población mexicana. En un primer momento se impulsa el poblamiento y el crecimiento natural - a esta etapa se le conoce como pronatalista- mientras que en un segundo momento en el cual cambia la orientación de la política y se busca controlar el crecimiento de la población - se le conoce como de regulación-.

En este marco surgen varias discusiones que tienen que ver con quienes ejecutan, administran y agencian las políticas, es más, quienes guían su orientación; este último aspecto lleva a considerar el papel de los académicos e investigadores desde la demografía, en la institucionalización de programas de planificación familiar, lo cual ha contribuido de manera contundente a la acelerada disminución de la fecundidad en el país. La revisión bibliográfica sobre el tema muestra la ausencia de conocimiento sobre el impacto de las instituciones, los mecanismos y los agentes de salud encargados de la implementación de las políticas de población en materia de fecundidad, en términos cualitativos de la satisfacción o no del servicio a través de los

programas nacionales, así como la respuesta de la propia población al objetivo de tales acciones.

Falta también conocer el impacto social del cambio de orientación en las políticas de población, particularmente en lo relacionado a la regulación de la fecundidad, aspecto central de este capítulo. La ausencia de consideración del impacto de cada una de las acciones emprendidas por el Estado a nivel regional, estatal y local está por discutirse; la integración del discurso oficial sobre la legitimidad de la regulación de la fecundidad, responde a condiciones estructurales del orden socioeconómico muy particulares, que pueden entrar en contrasentido con la legitimidad que le imprimen a los programas locales los agentes prestadores de servicios, particularmente en los programas de planificación familiar.

Los momentos de crisis económica del continente latinoamericano han determinado el cambio en la orientación de las políticas poblacionales; las cronologías que se presentaron en este capítulo referentes a la evolución de la legislación en materia poblacional, académica y en materia de planificación familiar en México, permiten identificar varios de los momentos claves en los cuales los cambios de orientación de la política conjugaban, en sí mismos, momentos de cambios estructurales de orden económico y político en el país.

A la luz de las cronologías que se presentaron en este capítulo, la pregunta hacia adelante es cuál es el papel de las instituciones de los distintos agentes y actores, los cuales actúan como receptores de la acción legislativa, en el terreno de la política y la población. La Secretaría de Salud, el Consejo Nacional de Población y el sector académico del país se han responsabilizado de la planeación demográfica, lo que puede evidenciarse en la reestructuración institucional que han hecho en su conjunto los Consejos Estatales de Población y La Dirección General de Planificación Familiar, ahora Dirección General de Salud Reproductiva.

Esta medida ha señalado la importancia de dedicar recursos para reforzar la red de comunicación entre población y servicios de planificación familiar con una orientación abiertamente regulacionista. Este último punto parece indicar que la voluntad política es fundamental para la vinculación de las instancias académicas, profesionales e institucionales, que en conjunto orientan la decisión política y ejecutan las debidas rectificaciones; sin embargo, en el ejercicio de las políticas, como se pudo apreciar, es muy difícil pensar que tal vinculación pueda llevarse a cabo.

Si para algo ha servido esta revisión cronológica de la política de población y, como parte de ella, la planificación familiar, ha sido para entender que a pesar de ser esta última una acción individual -quien decide el método anticonceptivo y lo usa es la mujer- ésta adquiere el carácter de intervención planeada y orientada hacia la consecución de objetivos específicos (aquí ya conjugamos aspectos individuales con los sociales: las metas demográficas, ya sea en el nivel social, o en último caso, el nivel individual. Por esta razón es importante mantener el análisis de los dos procesos simultáneamente.

Luego de todo el seguimiento llevado a cabo en este capítulo, vale la pena preguntarse si la visión neoliberal del desarrollo justifica la no intervención del estado en materia demográfica; porque los años recientes que pueden caracterizarse por una reducción de la acción gubernamental en la economía, incluyen signos de claro abandono de lo estrictamente demográfico. Aquí podemos explicar de alguna manera la superposición de la dimensión individual y la dimensión social de la planificación familiar como ejemplo de ello.

Sólo para introducir el siguiente capítulo conviene también pensar si las acciones en planificación familiar, que incluyen desde la simple promoción de la anticoncepción hasta los programas de salud reproductiva, constituyen parte de un verdadero programa de integración de la mujer al desarrollo. Si es así, dentro de la lógica que persigue el programa de población -integrar población, desarrollo económico y social- se debe suponer con ello que el acceso de la población femenina a mayores niveles

*La salud reproductiva en México. Capítulo I:
La política de población y la planificación familiar en México*

de escolaridad y a la satisfacción de sus necesidades -por la vía de una adecuada remuneración a su trabajo y el acceso a un sistema de seguridad social- vendría de la mano. La pregunta es ¿sucede esto en realidad?

BIBLIOGRAFÍA

Angel Casanova Gloria Edith. Calidad del servicio de planificación familiar de la SSA en el contexto de la descentralización de los servicios de salud, México. Tesis de maestría en Población. FLACSO. México, Octubre de 1995.

Aparicio Jiménez Ricardo César. ponencia: Continuidad en la práctica anticonceptiva en México: Cambios recientes. Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. Tomo I. Abril de 1990. México D.F. INEGI - SOMEDE. 1994.

Aparicio Jiménez Ricardo César. ponencia: Políticas de población, políticas de planificación familiar y derechos reproductivos en México. IV Conferencia Latinoamericana de Población: La transición demográfica en América Latina y El Caribe. México, 1993.

Astorga Luis. La razón demográfica del Estado. Revista Mexicana de Sociología. IISUNAM. No 1, 1989. México.

Astorga Luis. Genealogía crítica de la "política de población" en México. México, IISUNAM, 1987, p.67.

Baltar de Rocha María Isabel. Populacao, reproducao e saúde: anotacoes sobre a questao de uma política social. en Revista Brasileira de estudos de populacao. Vol. 5 No 2 Jul/Dez 1988. Associacao Brasileira de Estudos Populacionais. ABEP.

Benítez Zenteno Raúl. El papel de la política de población en la política social Boletín del Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población del GAAPP. Año 2, No 7, México, Mayo de 1995.

Brachet Viviane El proceso social de la formación de políticas: el caso de la planificación familiar en México. Revista Estudios Sociológicos. COLMEX Vol. 2, No 5 y 6, Mayo/diciembre, México, 1984.

Brito Velázquez Enrique La política Demográfica de México: Objetivos Metas y Bases Metodológicas. Ponencia presentada en la II Reunión de investigación Demográfica en México. 4 - 7 de noviembre de 1980. México. Memorias publicadas en 1982.

Cabrera Acevedo Gustavo. El Estado Mexicano y las políticas de población en La Población en el Desarrollo Contemporáneo de México. El Colegio de México. 1994

Cabrera Acevedo Gustavo. Discurso de instalación de la mesa de trabajo: Programa Nacional Indicativo de Investigación Demográfica. En la II Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica en México. 4-7 de Noviembre de 1980. México.

Cabrera Acevedo Gustavo ponencia: Reflexiones sobre México: Población y Sociedad. Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. Tomo I. Abril de 1990. México D.F. INEGI - SOMEDE. 1994

Cervantes Carson Alejandro. México: Políticas de población, derechos humanos y democratización de los espacios sociales. IV Conferencia Latinoamericana de población: La transición demográfica en América Latina y El Caribe. México, 1993.

Cervantes Carson Alejandro. Política de Población, Ética, Diálogo y Democratización. Revista Demos No 8, pp 25,26. IISUNAM. México. 1995.

Cervantes Carson Alejandro. Tolerancia: de su necesidad e insuficiencia (contribuciones a la formación de una nueva ética). Revista Topodrilo. Número doble 40-41, septiembre-diciembre, Universidad Autónoma Metropolitana (Unidad Ixtapalapa) Ciudad de México D.F., México, 1995.

CONAPO, Informe nacional sobre población en México, 1994. p.16.

Connell R. W.. Gender and Power Society: The person and sexual politics. Stanford University Press, Stanford California, 1987.

Gómez de León José. Consideraciones sobre eficiencia y equidad. Revista DEMOS, Carta Demográfica sobre México. No 4, 1991.

Lerner Susana y Quesnel André. Mediaciones Institucionales y regulación de la Fecundidad. Reflexiones en torno al estado del conocimiento. En Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. Tomo III. Abril de 1990. México D.F. INEGI - SOMEDE. 1994.

Martínez Manautou Jorge. Estado Actual del Programa de Planificación Familiar. Boletín GAAPP Vol. 1, Año 1, No 1, México, Mayo de 1994.

Malthus Thomas Ensayo sobre el principio de la población. F.C.E.. México. 1951.

Mead T Cain. Patriarcal Structure and demographic change. en Women's Position and demographic change. Editado por Nora Federici, Karen Oppenheim, Srivi Sogner. Oxford University Press. 1993.

Meadows Dennis L.. Los Límites del Crecimiento: Informe al Club de Roma sobre el predicamento de la humanidad. Colección Popular Fondo de Cultura Económica. México, 1972.

Medina A., Mejía J.. El control en la implantación de la política pública. Plaza y Valdez Editores, México, 1993.

Pedrero Nieto Mercedes. Cinco dimensiones sobre la situación de la mujer mexicana: legal, política, bienestar, trabajo y fecundidad Serie de Cuadernos de Investigación No46. UNAM. CRIM. Cuernavaca. Morelos. México. 1992.

Porras Agustín. Algunas Reflexiones sobre el desempeño de los Programas de Planificación Familiar 1970 - 1994 en México. Boletín GAAPP. Vol.1, Año 2. No 9. México, Febrero de 1996.

*La salud reproductiva en México. Capítulo I:
La política de población y la planificación familiar en México*

Presidencia de la República. Los presidentes de México: discursos políticos 1910-1988., Colegio de México, México. 1988. Tomo III, p. 28.

Revista Demos No 5, página editorial, IISUNAM, México, 1992.

Rodríguez y González Alejandro. Política y fecundidad en el México Actual. En Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. Tomo III. Abril de 1990. México D.F. INEGI - SOMEDE. 1994.

Rowbotham Sheila. La mujer ignorada por la Historia. Tribuna feminista. Edít Pluma y debate. Bogotá Colombia 1980

SSA. Historia de la salud: Reseña histórica 1982-1988. México. 1988. Tomo I Pgs 267,282.

Tuñón Pablos Julia. Mujeres en México: Una historia Olvidada. Editorial Planeta. México, 1987.

Walti Carlos Efectos del Desarrollo Socioeconómico de la disponibilidad de Servicios Anticonceptivos sobre la fecundidad en México en 1976. Ponencia presentada en la II Reunión de investigación Demográfica en México. 4 - 7 de noviembre de 1980. México. Memorias publicadas en 1982.

Wolf Virginia. Un Cuarto Propio. pág 99. editorial Colofón. México 1984.

Zabala de Cosío María Eugenia. Los rumbos de la fecundidad en México. México (Mimeo) 1989.

Zabala de Cosío María Eugenia. Algunas interrelaciones entre Desarrollo Económico y Crecimiento de la Población. En la II Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica en México. 4-7 de Noviembre de 1980. México.

CAPITULO II
MEDICALIZACION DEL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO EN
MEXICO. LA RELACION GENERO SALUD

CAPITULO II

LA MEDICALIZACION DEL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO EN MEXICO. LA RELACION GENERO - SALUD.

"Iglesias, gobiernos y profesión médica, en especial la dedicada a la obstetricia y a la ginecología, compartirían directamente el interés por tomar las decisiones en relación al proceso reproductivo operado en los cuerpos de la población femenina".

Amparo Claro, (1993).

En lo expuesto hasta ahora, y particularmente con la cita de entrada al presente capítulo, se busca la aproximación a la problemática reproductiva analizando los elementos macro que la componen y los elementos micro. El primer capítulo permitió establecer el contexto general y el significado de la política de población para México y en particular la posición oficial respecto a la regulación del comportamiento reproductivo, centrada, como se ha podido establecer, en el control del crecimiento demográfico.

El presente capítulo permitirá una discusión más depurada sobre el particular, al describir la forma y las características bajo las cuales es posible cumplir un papel regulador en la materia; para lo cual se considera fundamental abordar el fenómeno de la medicalización como telón de fondo sobre el cual se entretajan los finos hilos que garantizan la acción efectiva de la política y de los programas de población sobre el comportamiento de la población, particularmente del comportamiento reproductivo. El cómo y el quiénes agencian la intervención será parte del contenido, así como también lo será, la discusión de las implicaciones de esta intervención sobre actores sociales concretos, específicamente, sobre la mujer.

La incidencia de la medicalización sobre la vida de las mujeres y la repercusión de su acción, legitimada socialmente en el cambio de actitud y de percepción de procesos antes considerados naturales y que forman parte fundamental del ciclo de vida - la reproducción, el embarazo, el parto, la crianza de los hijos o el envejecimiento-, son

también elementos importantes que se abordarán en este capítulo. Bajo la premisa básica de que la mujer es quien biológicamente está dotada para engendrar, en ella se centrará la intervención institucional, lo cual significa actuar sobre todos los aspectos involucrados en esta particularidad, desde el análisis de la relación mujer-medicalización, las características de tal intervención y sus efectos podrán ser más ampliamente discutidas.

El que México haya decidido centrar su política de población fundamentalmente en la regulación del crecimiento de la población y que lo haya hecho justamente a través de los organismos de salud es más que una coincidencia; luego del capítulo anterior, en donde hubo oportunidad de plantear el debate, esta vez se considera pertinente analizar en detalle las características de las instituciones médicas, espacios idóneos -como podrá apreciarse- para llevar a cabo tales objetivos¹.

Uno de los riesgos de la política de población puede ser el considerar más importante la regulación del crecimiento demográfico por medio -básicamente- de la anticoncepción, que la pertinencia de brindar información y orientación a la población, con el fin de promover su participación activa en la toma de decisiones y en la práctica anticonceptiva². A diferencia de otros países, en México el poder público asume una retórica basada en la regulación del crecimiento demográfico cuyo bastión es el programa de Planificación Familiar, inscrito en el área de la salud, con el objetivo de aumentar la cobertura del servicio de planificación, como señal cuantitativa de cumplimiento de la meta demográfica.

Como se documentó en el capítulo anterior, en 1977 se creó el Programa Nacional de Planificación Familiar que poco a poco se fue insertando en la estructura de atención

¹ Como se verá en el desarrollo del capítulo, las nuevas concepciones ideológico-políticas sobre la población y sobre las políticas de crecimiento y de control, emergen como proyecto curativo progresista, en el ámbito de la política médica.

² Ricardo César Aparicio Jiménez llega a esta conclusión en su ponencia Políticas de Población. Políticas de Planificación familiar y Derechos reproductivos en México. IV Conferencia Latinoamericana de Población: La Transición Demográfica en América Latina y el Caribe. Paralela No 13: Implicaciones Jurídicas y Éticas de los cambios demográficos. Coordinada por Rodolfo Tuirán. México, 23 al 26 de marzo de 1993. INEGI. IISUNAM. Vol II.

médica de las instituciones de salud pública. Operar el programa de Planificación Familiar ha sido y seguirá siendo responsabilidad de los médicos, pero los programas necesarios paralelos en su ejecución son responsabilidad de otros profesionales. De hecho la única integración clara de la política de población ha sido con el sector salud, justamente, a través de los programas de planificación familiar³. Según Manuel Ordorica, la integración de dicha política ha sido casi nula con las acciones de otros sectores que conforman el mismo Consejo Nacional de población CONAPO⁴.

La intervención en materia demográfica es un aspecto complejo por la diversidad de actores sociales que participan en la empresa. De alguna manera, se ha podido establecer la manera en que Política de población, Programa de planificación familiar y Academia están vinculados. Ahora hay que entrar a otro nivel, al interior del programa de planificación familiar y su respaldo: el sistema de salud, espacio en el cual confluyen todas las instancias vinculadas con él: desde los hacedores de política, los operarios de la política y los receptores de la misma, hasta el conjunto de especialistas, académicos, profesionales, técnicos, asistentes y usuarios en general que se relacionan alrededor de la salud y en este caso en particular, alrededor del comportamiento reproductivo. Esto es el nivel básico, la relación médico-paciente, institución- usuarios, política-población, simultáneamente.

¿Cómo se lleva a cabo la intervención estatal y el control del crecimiento demográfico desde la instancia privada de la consulta médica?, ¿Cómo está entrelazada la red de intereses políticos e ideológicos en las instancias de salud?, ¿Cómo termina siendo la mujer, el objeto de intervención -en términos del efecto de la relación institución paciente y médico paciente- dentro de una lógica regulacionista?. Estas son sólo parte de las preguntas que el ejercicio reflexivo de este capítulo se propone desarrollar.

³ Se retoman para estas afirmaciones la serie de boletines del Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población GAAP, y también algunos elementos del capítulo anterior.

⁴ Manuel Ordorica Mellado. ¿Qué ha pasado con la política de población en México?. Boletín GAAPP. Vol 1, Año 1, No 1, México, Mayo de 1994.

LA MEDICALIZACION COMO ESPACIO PARA EL EJERCICIO DEL PODER

"ya que grupos particulares con poder económico y social legitiman la protección de las autoridades médicas, el acto médico sirve para reforzar las relaciones de poder existentes".

Caterine Kholer Riessman, (1983).

La medicalización describe procesos en los cuales cualquier comportamiento o característica social o individual es identificada y tratada como problema médico, en términos de enfermedad o desorden⁵. Cada vez más, todos los aspectos de la vida diaria son incorporados al dominio médico, a su influencia y a su supervisión, lo cual significa que serán definidos en términos y lenguaje médico⁶ como problema, en el cual se adopta el esquema también médico⁷, caracterizado por:

- la definición e identificación del problema, en términos técnicos la diagnosis, basada en la evaluación y auscultación de los síntomas con los cuales se nombra la anomalía o dolencia y se determina el posible tratamiento⁸.
- la intervención de las especialidades organizadas dentro de la estructura médica bajo el grado de perfeccionamiento en áreas específicas de acción.
- la interacción directa médico-paciente. El mismo término de paciente, ilustra la calidad de participación del usuario de los servicios médicos sobre su propio cuerpo, materia de

⁵ Peter Conrad. en *Medicalization and Social Control*. pp 209-232. Artículo de la revista *Annual Review of Sociology*, 1992. USA. Como sociólogo médico, Conrad señala que la determinación biológica de la enfermedad y de la organización social en su reduccionismo, anula las condiciones sociales como condicionantes reales del proceso salud-enfermedad.

⁶ (léase técnico-científico).

⁷ Conrad ofrece una rica discusión desde la sociología médica recuperando los aportes de otros autores, para esta parte en particular parafrasea su propia producción y la discute con Zola; 1983.

⁸ Jean Comaroff en su artículo *Medicine: Symbol and ideology*. afirma que la explicación médica típicamente confronta el problema del control del conocimiento a través de mecanismos de manejo explícitos o implícitos en términos lógicos, más que en la constitución formal del conocimiento por sí mismo. Para la autora, las formas de tratamiento médico refuerzan la percepción de que la verdad sobre la existencia humana está relacionada con los confines del propio cuerpo físico a un terreno donde los sentidos pueden nunca retornar, pero el cual, es interpretado y controlado por las técnicas de la ciencia empírica.

intervención; revela la asimetría y la verticalidad de la comunicación, instaurada por el lenguaje y la estructura institucional en donde se desarrolla la relación, además de la actitud de los individuos que interactúan en ella.

La medicalización se afianza por medio de la secularización de la práctica médica, auspiciada por el avance de las tecnologías médicas occidentales, por la individualización de los tratamientos y la conformación de la elite médica que elevó, a grados de prestigio y reconocimiento social el saber y el ejercicio de la práctica médica, por lo demás, ejercida mayoritariamente por médicos hombres⁹.

La medicina como profesión ha ganado además espacios que otrora fueron reconocidos a los credos religiosos¹⁰; en aras de asegurar y mantener "la normalidad" de los individuos, ha recibido la enmienda de preservar el control social sobre lo desviado, enfermo o anormal¹¹. La interfase de la medicina-religión es más compleja de lo que sugiere la sola línea de la secularización de la práctica médica para explicarla.

Las últimas dos décadas han tenido un impacto particularmente importante tanto en las áreas de estudio como en los efectos recíprocos de la medicalización, a través de la sobreestimación y proliferación de especialistas que buscan el ascenso en la posición profesional a costa del sobreuso de los practicantes clínicos; ya los desórdenes médicos

⁹ No deja de llamar la atención que la matrícula médica sea mayoritariamente masculina, y que justamente las carreras paramédicas y/o asistenciales del área de la salud sean preponderantemente femeninas.

¹⁰ Uno de los campos que más interesa para el análisis del presente trabajo, es por ejemplo el papel que cumple la práctica médica y la iglesia en la incorporación de nuevos valores referidos a la salud, la familia, la procreación y crianza de los hijos; ya que la acción médica terminó siendo apoyada por el estado, y principalmente, por el gobierno federal. El trabajo de algunos antropólogos brasileros documentó la disputa entre médicos y sacerdotes por el lugar de "consejeros de familia" al interior de las sociedades coloniales brasileras, fenómeno que tuvo que haber pasado en todo el continente dado el afianzamiento y consolidación de la práctica médica. Ver como referencia el texto de Alles de Souza, 1993.

¹¹ La sociología en sus diferentes escuelas ahonda sobre el particular, entre los autores reconocidos que han analizado a la medicina como una institución de control social por excelencia, ha sido Parsons quien se centró en analizar el control, especialmente desde el "rol del enfermo", que legitima la desviación de la norma en términos de enfermedad y adicional justifica la intervención. De manera particular, Comaroff, desde la sociología médica, define la enfermedad como un expresión singular de un rasgo universal de la experiencia humana, que toca paradojas universales de la existencia del ser humano, las cuales son mediadas por conceptos y valores particulares de la cultura. Con ello se constata que las categorías biomédicas, también están atravesadas por valores implícitos con los cuales se relacionan estereotipos sociales específicos de género, carácter y estilo de vida, hacia definiciones orgánicas del proceso de enfermedad en sí mismo.

en sí mismos no se tratan, se administran los cuidados mientras los auxiliares y paramédicos ofrecen el tratamiento según el esquema de atención médica. En último término, la medicalización legitima el control social¹².

Se parte de la medicalización como un proceso interactivo que tiene lugar con la participación de los pacientes, involucrados de manera activa en la legitimación de la profesión médica¹³. Vale la pena aclarar, que cuando se hace referencia a la participación activa del paciente en la legitimación de la profesión médica, no se está cayendo en una inconsistencia; se llama la atención al abandono, a la externalización que hace el usuario de su propia iniciativa y autodeterminación para adelantar su proceso curativo; la delegación de tal facultad a un tercero, en este caso al médico, quien es considerado el dador de la salud, es completa, es "paciente".

Adelantos actuales, favorecidos por la modernización y la urbanización de la vida de las personas, generan por sí mismos la promoción de la salud, algo así como una moral de la salud, basada en la responsabilidad individual del bienestar físico y mental no sólo dependiente de la medicalización, sino también del ejercicio o de la dieta¹⁴. La base de la medicalización es el trabajo sobre el cuerpo, sobre un cuerpo que según Foucault está *disciplinado* desde relaciones de poder y dominación, como fuerza de producción, el cuerpo sólo se convierte en fuerza útil cuando es a la vez cuerpo productivo y cuerpo sometido. En términos de la relación médico-paciente, específicamente aduciendo a la relación saber-poder que la media, afirma Foucault que el saber del cuerpo no es

¹² Conrad explica el control médico a través de tres tipos de instancias: *la ideología médica* que impone el modelo médico primario ofreciendo los beneficios sociales e ideológicos; *la colaboración médica*: la información que circula entre agentes institucionales y técnicos, proveedores de la industria farmacéutica comenzando por los mismos usuarios; *la tecnología médica*, que incluye las altas tecnologías médicas, quirúrgicas, farmacéuticas y genéticas.

¹³ Afirma Comaroff que el dominio de la biomedicina se debe a que se constituye en el sistema ortodoxo de curación, legitimado por mecanismos formales de control y por la hegemonía tácita de la concepción del conocimiento, el cual es compartido por la corriente cultural imperante. La biomedicina, dice Comaroff, se interpone entre la ciencia formal y la experiencia diaria de cada proceso como origen propio de la verdad.

¹⁴ Varios antropólogos y sociólogos han analizado la proliferación de la industria cosmetológica y estética. En una manera más elaborada, Kholer Riessman en su artículo de la mujer y la medicalización, muestra la susceptibilidad de las mujeres a ser objeto de este tipo de mercado, en donde el peso del estereotipo y el modelo de belleza ideal, se imponen a las propias características fenotípicas de las mujeres, como mercado potencial de los productos y los tratamientos de este tipo de industrias.

exactamente la ciencia de su funcionamiento, y un dominio de sus fuerzas que es más que la capacidad de vencerlas: este saber y este dominio constituyen lo que podría llamarse para Foucault *la tecnología política del cuerpo*¹⁵

La intervención de las causas biomédicas en las condiciones de vida cotidiana, la sanitización del estilo de vida, la inminencia de la intervención externa y además especializada en prácticamente todas las esferas del comportamiento, y otros elementos de la salud que operan dentro de lo moral son, en conjunto, factores coadyuvantes del proceso de medicalización¹⁶.

El proceso de medicalización sólo es posible en cuerpos dóciles, que puedan ser sometidos, que puedan ser utilizados, transformados y perfeccionados, el cuerpo humano entra por la medicalización en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone en lo que puede considerarse -en palabras de Foucault- en una "anatomía política" que es igualmente una "mecánica del poder" por medio del cual se accede al cuerpo de los demás no simplemente para que ellos hagan lo que se desea sino para que operen como se quiere, con las técnicas adecuadas y según la rapidez y la eficacia que se determina¹⁷.

El procedimiento del examen por el cual se ejerce la formación del saber de quien lo realiza, en este caso el médico, lleva consigo toda la forma y toda la técnica por la cual en lugar de emitir los signos de la potencia del atendido -el paciente- lo mantiene a éste en un mecanismo de objetivación, acompañado por toda una serie de registros y de acumulación documental, en los que el individuo queda plenamente constituido en el objeto de la intervención, objeto de saber, y efecto de poder. La medida de legitimación

¹⁵ Condensado de "Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión" Michel Foucault. Siglo XXI Editores, 16a edición. México, 1989. pp 32-33.

¹⁶ En este proceso no es la actividad del sujeto de conocimiento lo que produciría un saber, útil o recaído al poder, sino que el poder-saber, los procesos y las luchas que lo atraviesan y que lo constituyen son los que determinan las formas, así como también los dominios posibles del conocimiento. Foucault ilustra con detalle este proceso de instauración del saber-poder a lo largo de sus obras, para este caso en particular se revisó el texto "Vigilar y Castigar", ya citado.

¹⁷ Michel Foucault. Ob. cit.

del ejercicio médico es el proceso de patologización por medio del cual se dá a la conducta observada tanto la forma normal de referencia, como su forma mórbida, su patología específica, su nosografía y su etiología; eventualmente su terapéutica¹⁸.

EL PROBLEMA DE LA MEDICALIZACION

"Cuanto más medicalizados sean los individuos, más incapaces se van sintiendo de resolver, por sus propios medios, sus graves problemas de salud; tornándose con ello cada vez más "pacientes".

Guaraci Adeotao Alves de Souza. 1993.

La medicalización se puede percibir amparada en la presunta neutralidad moral médica centrando la dominación de algunos aspectos en manos exclusivas de expertos, la individualización de las problemáticas sociales, la despolitización de los comportamientos humanos, la dislocación de la responsabilidad propia y ajena, el uso del poder de la tecnología y la técnica, y sobretodo,...la exclusión¹⁹

La traducción médica de los comportamientos humanos favorece la práctica que busca controlar o eliminar experiencias problemáticas, definidas como desviadas con el propósito de asegurar su adherencia a las normas sociales²⁰. La definición institucional de la problemática (a través del diagnóstico), el nivel de interacción específico médico-paciente y el tratamiento, conforman el esquema básico de intervención, el llamado control médico²¹. Dice Foucault que las disposiciones de la vigilancia fiscal y económica

¹⁸ Condensado de Michel Foucault en "Historia de la sexualidad tercer volumen -La inquietud de sí". Siglo XXI Editores. 5a edición. México, 1992.

¹⁹ En la tesis de licenciatura "Exploración de tratamientos alternativos para la atención del farmacodependiente" se desarrolla ampliamente el debate de medicina y poder, concretamente en el ejercicio de la práctica médica en general y en el área de las adicciones catalogadas como salud mental en particular. Sara Yaneth Fernández M y María del Pilar Sánchez L. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Departamento de Trabajo Social. Santafé de Bogotá, D.C. Colombia. 1991.

²⁰ En ellas cae perfectamente el tamaño ideal de la familia, la preferencia por uno u otro sexo de los hijos, los hijos deseados y/o esperados por cada mujer o pareja.

²¹ Introducido por Conrad es ahora ampliado por Kholer Catherine Kholer Riessman. Women and medicalization: a new perspective. en Social Policy Vol 14. pp 3-18. Social Policy Corporation. New York. Summer, 1983.

preceden las técnicas de la observación médica, pero poco a poco el espacio administrativo y político se articula en el espacio terapéutico, tiende a individualizar los cuerpos, las enfermedades, los síntomas, las vidas, las muertes. Nace de la disciplina un espacio médicamente útil, desde la consulta se controla, desde el hospital se opera terapéuticamente el mecanismo con el cual se une una forma de ejercitar el poder con cierto tipo de formación de saber²²

Cada vez más comportamientos humanos se han sometido al escrutinio médico, resultando así *la medicalización de la vida*; por eso ahora se consulta al médico acerca de la sexualidad, -todo lo relacionado con ella: como el placer, la opción sexual etc-. la fecundidad, el comportamiento infantil, el envejecimiento²³. El efecto de la expansión del ejercicio médico trae consigo:

- el incremento del poder de la profesión médica, considerado por varios autores como el imperialismo médico²⁴.
- el incremento de círculos técnico-burocráticos que funcionan en la asociación de intereses con los expertos científicos y académicos²⁵.
- el establishment médico, interesado en la profesionalización, creación, organización y control de los propios mercados, en los cuales está literalmente excluidas las llamadas medicinas alternativas y las medicinas tradicionales de las comunidades populares.

²² Tomado y consensado de la obra de Foucault: *Vigilar y Castigar*, ya citada.

²³ Comaroff analiza el poder del proceso curativo en el conocimiento médico tangible que provee en este proceso una racionalidad explícita, presente como natural, que actualmente está constituida culturalmente y motivada socialmente en la imagen del hombre.

²⁴ Kholer detalla la revisión, Conrad la menciona, Comaroff la profundiza; en todos se menciona, paralelo a la problematización del poder y el control médico, la presencia de intereses colaterales como los de la industria farmacéutica, algunos sectores de clase, las aseguradoras y las compañías que impulsan el mercado de servicios de salud entre otros. Otra paradoja del estatus de la medicina puede ser útil para rescatar una serie de debates sobre la naturaleza de la experiencia médica en la cultura: la manera en que la ciencia y la tecnología sirven como mediación incrustada en contradicciones humanas y cómo ellas expresan un interés social específico. Existen problemas con los supuestos culturales, la racionalidad de la ciencia y la tecnología, aunque ellos mitigan más fuertemente que otras formas sociales de conocimiento, lo que será verdaderamente el meollo de la contradicción interna de estas instancias.

²⁵ Como en el capítulo primero, el papel de la academia y los profesionales va de la mano con la esfera política y económica, en este caso también en la social, individual y la biológica, como lo es la salud.

- el lenguaje médico que mistifica los problemas humanos y los aparta del debate público, lo cual favorece la aplicación desinformada de medicamentos, con los cuales se cae en la iatrogenia médica²⁶.

La forma en que la medicina y específicamente la medicalización llega a consolidarse es a través de la labor y la ideología científica de corte positivista (basada en el modelo científico-biologicista), en la cual:

- el conocimiento científico como producción social, históricamente determinada, se asume como teoría científica.
- la mentalidad científica reduce el proceso orgánico a una visión causa-efecto; la práctica médica se basa en conocimiento científico, la ciencia legitima el poder médico sobre la definición de la enfermedad y el tratamiento, que sobre el acierto y la eficiencia terapéutica se basa para justificar la intervención médica.

En este apartado se puede concluir que a partir de los hechos científicos, socialmente contruídos, y los componentes ideológicos que guían la medicalización, los médicos crean y refuerzan las normas sociales al definir ciertos comportamientos o actitudes como patológicas.

Gracias a la constitución del saber sobre el cuerpo, el médico ejerce su poder, porque es a partir de un poder sobre el cuerpo como un saber fisiológico, orgánico ha sido posible, es a partir del exámen médico que se unen el ejercicio del poder con la formación del saber sobre el objeto que se observa, en este caso el enfermo.

²⁶ La iatrogenia médica es la práctica inadecuada de la medicina; como la mayor falta ética, la iatrogenia puede suceder por dolo, mala intención, imprudencia, incapacidad e ignorancia. Las tipologías de iatrogenia las establece la Organización Mundial de la salud, a través de las cuales lleva a cabo el peritaje ético de la práctica y la profesión médica.

- el poder de los médicos reside justamente en la definición de la enfermedad y el monopolio en la provisión del tratamiento; además, con la medicalización se tiende a enfatizar los aspectos de poder y a minimizar el significado de clase²⁷.

La sociología y la antropología médica han cuestionado en la medicalización la descontextualización de los problemas sociales, al tratar la enfermedad como un fenómeno individual, cuando justamente ésta se genera en los problemas sociales colectivos; los conceptos medicalizados de la problemática de salud llegan entonces a pasar por encima de la desigualdad social, importante elemento para la epidemiología diferencial que aqueja a los grandes conjuntos sociales. La labor investigativa en el área de la salud pública ha podido establecer -cada vez con mayor seguridad- que las condiciones socioeconómicas actúan vía mecanismos biológicos, sobre los procesos mórbidos y por consiguiente sobre la mortalidad²⁸, en los procesos sociales, colectivos, en donde cada individuo además de ser una realidad biológica, es un ser social, y es el perfil epidemiológico de su clase el que lo define, y no al contrario²⁹. Para garantizar el control y el manejo del poder social, la sociedad altamente estratificada entra en alianza con la medicalización. En este plano, la confrontación de intereses individuales, sociales, económicos, políticos y profesionales, es ineludible.

²⁷ Como ejemplo de ello, se puede tomar el trabajo de Menéndez, autor clásico que ha centrado su reflexión sobre la relación medicina y conflicto de clase con el cual se puede profundizar el debate, Menéndez se basó en el alcoholismo como ejemplo ilustrativo de los planteamientos centrales de análisis sobre el poder médico y las clases sociales con los cuales desarrolló varios documentos.

²⁸ Carlos García Molina. "El proceso salud-enfermedad-muerte como objeto de estudio". Material de clase. Instituto Nacional de Salud Pública, Escuela Nacional de Salud Pública de México, Departamento de Sociología. Cuernavaca, 1992.

²⁹ Considera Carlos García que el perfil epidemiológico de clase aduce al modo en que, en un espacio socio-económico se ha configurado una formación social de cierto tipo que proporciona elementos explicativos de un perfil epidemiológico particular.

LA MUJER Y EL PROCESO DE MEDICALIZACION

"Desde sus inicios, el movimiento de salud de las mujeres de América Latina y el Caribe, incorporó a la reflexión feminista, el sentido político de la salud como elemento que abarca todos los aspectos de las vidas de las personas, más allá del tratamiento y la prevención de enfermedades".

Ana María Portugal, (1992).^{*+}

Desde la década de los ochenta, algunos estudios examinaron particularmente el comienzo de la medicalización en la vida de las mujeres: opciones identitarias a nivel sexual, agresión, obesidad, anorexia, bulimia y desde luego los aspectos reproductivos, incluyendo embarazo, parto, control natal, infertilidad, aborto, menopausia y síndrome premenstrual. Con tal gama de posibilidades, se concluye que la mujer es más vulnerable a la medicalización que el hombre, sobretodo por los procesos reproductivos naturales en su ciclo vital, por lo cual el género es un factor importante para entender la medicalización³⁰.

Para revisar el proceso de medicalización en la problemática de la mujer, se pueden mencionar básicamente los siguientes niveles: los intereses y creencias de los médicos, las necesidades de clase específicas de la mujer, la relación de las necesidades y el consenso que redefine la experiencia humana como un problema médico³¹.

En el caso concreto de las mujeres esto sucede particularmente en varias experiencias: menarquia, nacimiento de los hijos, control reproductivo, síndrome premenstrual,

^{*+} La cita de Ana María Portugal, 1992, es un documento inédito citado por Amparo Claro en su ponencia.

³⁰ Conrad es quien hace la revisión de los estudios y llega a estas conclusiones en su artículo de medicalización y control social; incluso va más allá, al afirmar que a futuro habrá también una relación vejez medicalización y género, al ser reconocido que la mayor parte de la población envejecida está compuesta por mujeres.

³¹ Los trabajos de sociología y antropología médica documentan ampliamente los mecanismos de operacionalización del poder y el control médico sobre las esferas individuales del comportamiento humano; los rasgos citados aquí condensan los planteamientos de varios autores que van a ser una y otra vez referencia obligada en este capítulo. Un texto particularmente útil para la reflexión de este apartado es el de Catherine Kholer Riessman, quien centra su análisis en la relación medicalización y mujer.

menopausia, sobrepeso y problemas psicológicos. Particularmente los primeros problemas señalados han sido centrales en el proceso de medicalización, en aras del compromiso del crecimiento demográfico de cada uno de ellos; su profesionalización connota también elementos de clase y raza en los que se supone que el varón, médico; desplaza en su oficio a la comadrona o nana, frecuentemente negra y/o india, mujer y pobre³².

El descenso de la fecundidad en mujeres de clase media trajo un nuevo significado al nacimiento, no sólo por el descenso, sino también por el aumento de partos que llegaron a buen término, esto es, la reducción importante de la mortalidad materno-infantil³³. Muchos de los "adelantos" en el proceso de parto y alumbramiento, tienen que ver fundamentalmente con la sedación o anestesia, a la que la mujer recurre para liberarse del dolor, el cansancio y la ligera incapacidad física para enfrentarlo, esta incapacidad se intensifica dadas las condiciones de trabajo y de actividad doméstica desempeñada por cada mujer; el acceso a este recurso de parto sedado, con anestesia y asistencia médica técnica representa una manera de alterar las circunstancias opresivas de su propia vida³⁴.

Las mujeres buscan reducir el control que la biología tiene sobre sus vidas; ellas buscan liberarse del dolor, buscan el control del proceso del nacimiento y el derecho a decidir qué tipo de parto quiere tener; la contradicción consiste en que, en el momento en que la mujer opta por el método médico asistencial de las instituciones de salud, ella pierde el

³² Alguna literatura feminista sobre la invisibilidad femenina basa su análisis en la figura de la nana, como una de las expresiones de la desigualdad y de las diferencias de raza, clase y género al interior del amplio espectro considerado mujer. El trabajo de Amelia Malagamba, investigadora de la Universidad de Texas en Austin, ofrece amplia referencia sobre el particular.

³³ La literatura científica médica documenta este hecho como uno de los aportes de la medicina al mejoramiento de las condiciones de vida de los grupos humanos, de la mujer en este caso concreto.

³⁴ Riessman en su texto documenta el hecho de algunas corrientes feministas que reivindicaron el parto sin dolor, como una forma de respuesta al dominio de los factores biológicos en la condición de la mujer, utilizados por la sociedad y la cultura patriarcal para sostener y fundamentar su opresión y el ejercicio de su poder sobre la mujer. Como se recuerda justamente el avance en las técnicas de cursos profilácticos, como adelanto en la participación activa de la mujer y el compañero en el alumbramiento.

control; particularmente en la relación médico-paciente en la cual hay una asimetría basada en el saber, en el caso de la mujer, la asimetría es doble por el factor genérico ³⁵.

En el control reproductivo también entran en juego la lucha médica profesional con connotaciones de poder y el avance de las tecnologías anticonceptivas; sin embargo, adolece de una centralidad prácticamente exclusiva en el cuerpo de la mujer, en el cual los médicos han usado la ciencia como una racionalidad de dominio profesional.

En una investigación realizada en 1991 por Juan Guillermo Figueroa, en México, sobre anticoncepción quirúrgica voluntaria, el autor afirma que para 1987 había 2.3 millones de mujeres mexicanas esterilizadas por razones anticonceptivas. Antes del procedimiento quirúrgico, una de cada cuatro (26%) nunca recibió información de la existencia y de las características de otros métodos anticonceptivos, ni de la irreversión de la oclusión tubaria. Dos de cada cinco mujeres esterilizadas (40%) nunca se les pidió que firmaran una solicitud de operación o si se les pidió, nunca la leyeron ni la firmaron. Una de cada seis (17%) recibió una revisión médica deficiente o ninguna. De todas las mujeres esterilizadas, cuatro de cada cinco (79%) fueron intervenidas quirúrgicamente en una institución gubernamental³⁶. Como puede apreciarse, la toma de decisión, el procedimiento aplicado, la actitud de la pareja y el papel de la pareja en el ejercicio de la toma de decisión, está claramente asociada a la probabilidad de insatisfacción post-operatoria de la mujer.

Con el control de la fecundidad como centro de las políticas y la anticoncepción como instrumento de reorientación reproductiva -desde la década de los setenta-, se le ha dado a las instituciones médicas, a sus estructuras de poder y a sus burocracias, no sólo

³⁵ Como diría Conrad, la volvió más paciente. Por mucho tiempo la asistencia médica especializada tenía connotaciones de estatus social, era un rasgo de consumo elitista, así fué como poco a poco se ampliaba el mercado médico.

³⁶ Juan Guillermo Figueroa "Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva". Memorias de la IV Reunión Nacional sobre investigación demográfica en México. SOMEDE México, 1990.

un papel relevante en la planeación y ejecución, sino también un poder discreto en la programación de objetivos³⁷.

En México, la esterilización poco a poco se consolida como la técnica preferida para reducir el ciclo reproductivo y asegurar la delimitación de la prole. Para 1976-1987 la anticoncepción de mujeres en edad fértil en México aumentó en un 76.6% (de un 30 a un 53%) acompañada de un cambio en el patrón de uso: al inicio del periodo 36% usaron pastillas, 19% dispositivo intrauterino, 9% la esterilización; para el final del período los métodos literalmente se invierten: 36% esterilización, 20% dispositivo intrauterino, 18% la pastilla. En once años la oclusión tubaria se convirtió en el método preponderante de control de la fecundidad (Cervantes;1993).

En algunos estudios realizados en otros países, se muestra a la mujer esterilizada como principal agente de difusión de la técnica, y al personal paramédico y asistente como segundos agentes bajo la premisa de "*ligar es más simple, se libra de una vez por todas del problema*". Al mismo tiempo, en la misma intervención, el acceso al médico es, en algunos sectores sociales, un modo de mostrar mayor conocimiento sobre lo que "dominan" los médicos, aunque poco a poco la esterilización haya pasado a tener una cobertura más amplia, particularmente hacia sectores marginados³⁸.

En este contexto, Cervantes llama la atención sobre la actitud y disposición de los prestadores del servicio, quienes en últimas terminan reproduciendo la intencionalidad de los programas regulatorios de la fecundidad, usan la cooptación y la persuasión de las usuarias, reduciéndolas a la categoría de aceptantes, subordinando así las necesidades

³⁷ Esta afirmación y una discusión ampliada de la misma se encuentra en el artículo de Alejandro Cervantes "Política de Población: Ética, Diálogo y Democratización". Revista Demos No 8, IISUNAM. pp 25 y 26, México, 1995.

³⁸ Los trabajos del equipo de reproducción humana en Brasil, agenciados por la Universidad de Campinas, ilustran varios de los rasgos aquí señalados; Guaraci Adeodato Alves de Souza, con su trabajo del caso de Bahía también recupera parte de estas aseveraciones.

de la mujer a la razón médica, y guiando su práctica por los requerimientos de la política y no por los derechos reproductivos de las mujeres³⁹.

El terminar reconociendo en la legislación el derecho de la libre procreación, implicó la instauración de instituciones específicas, campañas educativas e información sobre el uso de métodos anticonceptivos; sin embargo, varias de estas medidas fueron tomadas en México años más tarde de haberlas ratificado ante las declaraciones internacionales, en este caso las medidas y programas fueron emitidos justo en momentos en que se celebraba en el país la Conferencia Mundial de la Mujer en 1975⁴⁰.

El reduccionismo demográfico, la medicalización de programas y acciones y la institucionalización de las decisiones reproductivas, provocaron que la decisión sobre la descendencia y el tamaño de la familia dejaran de ser acciones estrictamente consideradas de índole privado; la relación entre comportamiento reproductivo y la acción médica convertía a la población en población usuaria; de esta manera, se asegura el traslado de la capacidad de decisión individual privada e íntima de la pareja al escenario institucional, donde el poder médico actúa, lo cual hizo posible la intervención, la reorientación y la redefinición del comportamiento reproductivo de la población. Como consecuencia, el proceso de decisión sobre la procreación se medicalizó y el ejercicio del derecho reproductivo se institucionalizó⁴¹. Ejercer las prácticas restrictivas en ese sentido ya no causa grandes cuestionamientos éticos, particularmente para las nuevas generaciones, de hecho el paso a la opción o el deseo de descendencias más reducidas

³⁹ Alejandro Cervantes Carson. "De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y derechos humanos en México". Versión preparada para la Antología sobre ética y salud reproductiva. Programa de Estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México. 1993.

⁴⁰ No parece ser coincidencia que algunos de los eventos de embergadura internacional e inclusive mundial hayan precipitado la acción y la intervención del gobierno en materias específicas como esta. Citando a Teresita de Barbieri. Beatriz Selva. Comportamientos reproductivos y sus valoraciones: un estudio de caso con mujeres de la colonia Guerrero. Textos y pretextos: Once estudios sobre la mujer. PIEM. Colegio de México. México. 1991.

⁴¹ Rodolfo Tuirán Gutiérrez, "Sociedad disciplinaria, resistencia y anticoncepción", en Memorias de la reunión sobre avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar en México. Secretaría de Salud. México. 1988. Institucionalizar el derecho reproductivo implica ceder el derecho individual.

pasó a ser visto como normal; las dudas y los conflictos éticos ya se referían más a la libertad sexual de la mujer⁴².

El ejercicio cotidiano del poder médico reproduce la orientación vertical autoritaria y patriarcal del Estado. En cuanto al cuerpo femenino dicho ejercicio aliena a las mujeres en las instituciones de salud, en donde las prácticas médicas disciplinarias las reduce a ser objeto de intervención, cuerpos depositarios de prácticas antinatalistas en las que se subordina la necesidad de la mujer a la razón médica y en donde la práctica se guía por los requerimientos de la política de población, representados en objetivos administrativos concretos -los criterios de evaluación de los programas de planificación familiar siguen siendo cuantitativos- que materializan, a su vez, los intereses internacionales y los nacionales a nivel político y no precisamente los derechos reproductivos de las mujeres y de sus parejas, reconocidas dentro de ellos, como sujetos sociales⁴³. Aunque la política no se ha circunscrito solamente a la reducción del crecimiento demográfico, las únicas metas concretas de los programas de población a partir de 1983 se encuentran planteadas en estos términos⁴⁴.

En los últimos quince años, la disponibilidad de información sobre métodos anticonceptivos, la institucionalización de los servicios de planificación familiar y la legitimización pública del principio de regulación de la procreación, han desempeñado un papel fundamental en el avance de las políticas y la ampliación de la cobertura de los programas de planificación familiar; el momento en el que éstos se implementaron pareció responder no sólo a la existencia de las condiciones adecuadas, requeridas para

⁴² Estos elementos son identificados por Guaraci Adeodato Alves de Souza en su trabajo sobre la difusión de las prácticas restrictivas de la procreación en el caso de Bahía-Brasil, corroborados por otros estudios en diferentes lugares de América Latina.

⁴³ Esta idea se respalda incluso en Artículo 4o de la Ley General de Población Mexicana, en el que se explicita no solamente la condición de igualdad entre los sexos, sino también la protección de la organización y el desarrollo de las familias, en términos del derecho de toda persona a decidir libre, responsable y con conocimiento suficiente sobre el número y el espaciamiento de los hijos.

⁴⁴ En el capítulo anterior se exploró en detalle esta posición, aquí se rescata para avanzar en el debate. Los autores consultados en la materia son, entre otros: Cabrera:1990, Aparicio:1993, Cervantes:1989, 1990; CONAPO:1985,1989. También citados por Aparicio en su ponencia presentada en la IV Conferencia Latinoamericana de Población: "La transición demográfica en América Latina y el Caribe" que tuvo lugar en México en marzo de 1993.

modificar la práctica reproductiva, sino también al propósito estatal de influir directamente en el cambio demográfico⁴⁵.

A partir de la década de los setenta, la intervención estatal es cada vez mayor en la vida social a nivel general, particularmente en la regulación de la fecundidad; esta intervención es la que lleva a conformar tanto la oferta como la demanda de regulación de la fecundidad, no sólo a partir de políticas directas como los programas de planificación familiar, sino a través de otras políticas, cuyas acciones pueden ser tan o más efectivas que las de planificación familiar o bien contribuir a reforzarlas, como es el caso de la política en materia de salud materno infantil, que lleva a una medicalización de la procreación y a difundir nuevos esquemas reproductivos. También juegan un papel importante la socialización y la difusión de normas biomédicas de la procreación, llevadas a cabo por medio de los agentes y las instituciones de salud, particularmente en el seguimiento peri y postnatal⁴⁶.

El mensaje médico lleva una doble función: la socialización y concientización sobre la propia salud y la de los hijos, y, por otro lado, la difusión de las normas biomédicas de la procreación en términos de intervalos intergenésicos, espaciamiento de los hijos, postergación de la edad al primer hijo, ideales en el tamaño de la familia, etc, también la oferta misma de los métodos de planificación familiar, que lleva a una mayor canalización de mujeres hacia una práctica anticonceptiva. A través de estos servicios, en especial los pre y post natales, el médico ejerce su mayor influencia en el proceso de toma de decisión de la pareja para modificar su práctica anticonceptiva; un estudio realizado con un grupo de mujeres de Yucatán permitió constatar que las dos terceras partes tomaron la decisión conjuntamente con el médico, una tercera parte admitió que la decisión y la selección del método corrió a cargo del médico, es decir, fué unilateral⁴⁷. Así mismo, un

⁴⁵ Susana Lerner y Andre Quesnel. *Instituciones y reproducción: Hacia una interpretación del papel de las instituciones de salud en la regulación de la fecundidad en México*. CEDDU-COLMEX, 1990.

⁴⁶ Los boletines del Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población GAAP en México, en sus últimos números han insistido en estos aspectos, particularmente el último, escrito por el Dr. Jorge Martínez Manautou referido al Programa de Población y la Mujer. Año 3. No 13. Abril de 1996.

⁴⁷ *Ibid.* Lerner y Quesnel.

trabajo realizado en Quintana Roo sobre género y pobreza rural, al preguntarse a las mujeres quién había decidido planificar la familia, de doce mujeres que participaron en el estudio, a excepción de dos mujeres, todas las demás respondieron "el doctor"; también el doctor fue quien decidió qué método emplear, sin mediar explicación alguna del por qué se seleccionó dicho método o cuántas otras posibilidades habían para planificar.⁴⁸

LA SALUD DE LA MUJER COMO OBJETO DE CONTROL

*"Mientras el cuerpo de la mujer no le pertenezca a ella misma,
y sus decisiones reproductivas no estén en sus manos, continuará
siendo una ciudadana de segunda categoría".*

Amparo Claro, (1993).

La división de la vida en esferas masculinas y femeninas, explica en parte, según Lamas, la subordinación de las mujeres como grupo a los hombres, esta división se atribuye a lo biológico pero es claramente cultural⁴⁹. La visión biologicista del sistema sexo-género⁵⁰ limita la posición de las mujeres determinada culturalmente por la distinción entre lo público y lo privado⁵¹; lo cual corresponde a una concepción vigente que sí influye en la política y en particular en la relación entre las mujeres y la política.

El reconocer la vigencia de esta dualidad y la aplicación de una política correspondiente facilita entender las implicaciones negativas que ésta tiene para las mujeres, quienes han participado a su vez en el proceso de medicalización por sus propias necesidades y motivos, los cuales han contribuido a su subordinación como mujer y como clase, para

⁴⁸ Elizabeth Maier Hirsch. "Género femenino, pobreza rural y cultura ecológica" Trabajo en prensa. Quintana Roo. 1996.

⁴⁹ Marta Lamas, "la antropología feminista y categoría "género"". Revista Nueva Antropología. Vol VIII. No 30, México, 1986. pgs 173-198.

⁵⁰ Sistema sexo-género o género sexual es utilizado y definido por Maier (1994) como una categoría que permite el análisis de la relación asimétrica y desigual entre el sexo femenino y el masculino, bajo el sustrato biológico.

⁵¹ Lo público y lo privado, dice Lamas, se usa para deslegitimar ciertos intereses o puntos de vista, el juego entre los dos pone en cuestión la pertenencia de ciertas discusiones a los ciudadanos a la sociedad y cuáles son de su exclusiva competencia. (Ver Lamas:1993).

reforzar y justificar la dominación masculina y la exclusión de las mujeres del poder público⁵².

La tendencia demográfica de las últimas tres décadas se ha caracterizado por la búsqueda de la reducción de la mortalidad y el incremento de la natalidad, en un comienzo, cambiando de orientación, en la actualidad, hasta invertir su sentido: reducir la natalidad a partir de la creación de organismos específicamente creados para ello, en el aparato de salud. Se cristaliza entonces parte de la nueva consigna, en donde no sólo se busca medir resultados, sino también actuar en forma directa sobre el perfil socioeconómico de la consultante poniendo a su alcance, de acuerdo con su capacidad económica diferentes calidades y tipos de métodos anticonceptivos para inducir de una u otra manera el resultado. No se actúa sobre el entendido de la opción libre y voluntaria del individuo por uno u otro método, porque el espacio de los posibles y su capacidad de acceso, están determinados por la estratificación socioeconómica y dependen de una voluntad ajena a la de las propias usuarias.

De esta manera, la mirada médica que atribuye a todas las actividades humanas una condición, una vigilancia médica, explica ahora su inclusión en los cuidados obstétricos, en la infertilidad, y en la creciente participación de la pediatría; por ejemplo el parto, es ahora una ceremonia quirúrgica que pasó de manos de las mujeres, a ser propiedad del médico varón⁵³.

Desde allí, el disciplinamiento del cuerpo a través de prácticas médicas sugeridas como saludables desconoce las diversas formas de control que en él actúa, como ya se ha

⁵² Randall. 1982. Citado por Dora Rapold. Desarrollo, clase social y Movilizaciones Femeninas. en Textos y pretextos. Once estudios sobre la mujer. PIEM, Colegio de México. México 1991.

⁵³ Conrad desarrolla una especie de genealogía del ejercicio médico que se remonta a las primeras esferas en las cuales la práctica médica llegó a consolidarse; la salud y la problemática de la mujer fué uno de sus campos más fecundos, como lo plantea ampliamente el autor. El que las mujeres asuman la procreación física, ha favorecido el determinismo biológico que pesa sobre la percepción de su problemática individual. Mujer y reproducir como dice (Elizabeth Maier, 1996) forman la unidad indisoluble, confundidas a tal punto que la última justifica la primera, la periodicidad de dicha convalidación reconfirma el derecho pleno a la existencia femenina, en parte porque con ello se respalda la hombría del que la esposa, pero al mismo tiempo, porque el sinfin de quehaceres vinculados con la crianza intensiva de los hijos llena de contenido la noción misma de ser mujer -principios aún vigentes, en buena parte del territorio mexicano-.

podido establecer. Que las mujeres sean agentes activos -por medio del ejercicio de su sexualidad- de la capacidad reproductiva de la especie, ha hecho de ella un objeto de estudio y de manipulación desde las estructuras de poder de la más diversa índole⁵⁴. La incorporación del cuerpo de la mujer como punto básico de discusión sobre las medidas concretas de control de crecimiento demográfico, por encima de ella misma, se presenta como finalidad prioritaria; la confrontación entre objetivos políticos y prácticas bioéticas⁵⁵ relacionadas explícitamente con este terreno, siguen en la mesa de discusión⁵⁶.

La salud de la mujer ha estado implicada en la ampliación del poder médico, con su institucionalización y expansión, con la dominación tecnológica y el sistema de cuidado médico, que ha encontrado en el área del comportamiento reproductivo y sexual un terreno apropiado para expandirse con el esquema particular de percibir el proceso salud-enfermedad que el conocimiento biológico científico de la medicina positivista, posee⁵⁷.

Por constitución, se considera que la provisión de los servicios de salud en México está determinada por la racionalidad del Estado, lo cual resalta otro de los ejes de discusión de las alternativas reales de una posible opción ética y libertaria⁵⁸ en el ejercicio médico: si cuando para influir en el proceso de toma de decisiones, únicamente se puede mediante el acceso a la participación en el aparato administrativo de las instituciones estatales, y ello sólo puede darse si el médico antepone a sus intereses profesionales,

⁵⁴ Las mujeres han contribuido a redefinir su experiencia en categorías médicas, los médicos por su parte, tienen intereses prácticos y económicos de todo el proceso. Existen claros motivos ideológicos y materiales relacionados con el desarrollo de la profesión médica y las condiciones del mercado de servicios de salud.

⁵⁵ Marta Lamas define la bioética como ética de la vida, (retoma al estadounidense Van R Potter) convirtiéndose en la ética de la investigación biológica (termina con Mancina). El artículo se titula "la bioética proceso social y cambio de valores" apareció publicado en la revista Sociológica -Lo público y lo privado- Universidad Autónoma Metropolitana (Unidad Azcapotzalco). División de Ciencias Sociales y Humanidades. Departamento de Sociología. Año 8 No 22. Mayo-agosto de 1993.

⁵⁶ Como dice Nancy Fraser, al citar a Italo Calvino para introducir la problematización de la relación cuerpo-poder y género en uno de sus capítulos: "...the body is a uniform! the body is a armed militia! the body is violent action! the body claims power! the body's at war! the body declares itself subject! the body is an end and not a means! the body signifies! communicates! shouts! protests! subverts!". -Italo Calvino, *If on Winter's Night a traveler*.

⁵⁷ Una de las características que justamente Catherine Kholer Riessman identifica como antecedentes de la medicalización de la vida de las mujeres en su artículo.

⁵⁸ Igualitaria, participativa y basada en el consenso, en la base de la equidad de quienes en ella toman parte.

los intereses de los pacientes, el riesgo en este punto se encuentra en terminar anteponiendo tanto los intereses personales como los del Estado, sobre los intereses de la población usuaria y demandante del servicio médico⁵⁹.

Al concentrar la medicina su atención sobre la mujer, al medicalizarla, la ha percibido como suma de eventos biológicos, que exigen soluciones médicas; he aquí algunos ejemplos: las tecnologías anticonceptivas -también conocidas como ingeniería reproductiva-, el embarazo, el cuidado perinatal, la salud materna, la experimentación genética, la cirugía fetal, la menopausia -entendida como un proceso que requiere tratamiento médico con efectos y consecuencias sobre la salud de la mujer-, el embarazo adolescente y la mujer maltratada se han empezado a conceptualizar además como parte de esquemas psiquiátricos⁶⁰.

El síndrome premenstrual, al adquirir una base conceptual y científica en la cual reúne toda la sintomatología de la más diversa índole puede traer, en su transformación, una serie de consecuencias iatrogénicas para la mujer, al incrementar notablemente el riesgo de cáncer cérvico-uterino⁶¹. Este elemento permite rescatar algunos factores que han caracterizado la práctica médica centrada en la problemática femenina, en cooperación con la industria farmacéutica, lo que puede denominarse la mercadotecnia de la salud: como resultado de la expansión de la medicalización y profesionalización médica, ha aumentado la competencia profesional y la búsqueda de nuevas enfermedades, lo cual refleja que los médicos no están entrenados para pensar a la mujer de manera neutral, exenta de la valoración que la construcción cultural de género, del contexto donde se desempeñan trae consigo, al contrario, su práctica está permeada del entretejido cultural que construye la diferenciación genérica. Por último, - el mercado farmacológico que ha

⁵⁹ Gustavo Nigenda. Asociaciones médicas y política corporativista en México: Apuntes sobre algunos cambios recientes. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca. Mimeo.

⁶⁰ La numeración y el detalle de estos elementos los lleva a cabo Kholer Riessman en el artículo de mujer y medicalización.

⁶¹ Esto lo aclara Kholer cuando señala que cualquier señal de abatimiento, irritación o cansancio de la mujer es asimilado con su periodo menstrual, así como otras manifestaciones de dolencia o incomodidad física; esta generalización ha causado daños por diagnósticos errados, tratamientos médicos contraproducentes, uso de medicación contraindicada, etc.

afectado la percepción médica, en la que se incluye los aspectos legales de la profesión y un nuevo mercado también en expansión, que es el de las industrias aseguradoras⁶².

Son muy complejos los motivos que causan que cierta clase de mujeres participen con el médico en la redefinición de experiencias particulares de salud; el caso de las problemáticas de índole estético-cosmetológico, que refuerza el estereotipo cultural de la "belleza" ha impulsado la industria farmacéutica de anoréxicos, reguladores del apetito; y a la industria de comestibles dietéticos, bajos en calorías con productos adelgazantes, abalados médicamente para contrastar la gordura.

El análisis de las condiciones de mercado frente a los médicos en general y con ciertas especialidades en particular, es necesario explicarlos por la variación de respuesta médica a los problemas de la mujer; el campo varía entre grupos de mujeres (sociales y étnicos) y entre especialidades médicas, sin olvidar como ya se expuso, la influencia de la industria farmacéutica y la mezcla entre ellas, que redefinen tal respuesta.

Dado que la práctica médica es un espacio masculinizado por excelencia, la presentación de los problemas de las mujeres desde la perspectiva médica ha permitido a mujeres de ciertos sectores -ya se mencionó la selectividad y el criterio de clase que atraviesa el ejercicio médico- convertirse en mujeres aún más desvalorizadas y minimizadas. Dado que la mujer consultante, la "paciente", es vista desde sus síntomas físicos más que por la causa social de sus problemas, es ella la que desde diferente posición social hace frente al control médico. Esta problemática es recíproca entre mujeres y médicos: los médicos crean la oferta en el sentido de generar nuevos mercados para prestar sus servicios, ellos a su vez, responden al mercado que las mujeres les crean (desde la condición biológica que como reproductora, la vincula con el aparato médico asistencial, hasta su condición socioeconómica que la lleva a demandar servicios particulares a sus necesidades físicas). Por tanto, *las mujeres tienen un papel y continúan jugando ese papel: el de establecer el mercado médico en la sociedad moderna.*

⁶² Conrad también amplía parte de la discusión planteada por Kholer en su trabajo.

CONCLUSIONES

El fondo del debate población desarrollo lleva necesariamente a la confrontación política, académica-científica y práctica; esta última dada la materia que ocupa este trabajo, se puede decir que es la médica. Parece ser que hay un traslape de intereses evidente que ha arrojado como resultado la vulneración de los individuos, y en lo fundamental, de su esencia que es la libertad y el derecho a decidir, a ejercer la toma de decisiones y la posibilidad de planear por su propio criterio su descendencia, su futuro. De fondo lo que cabría rescatar es el debate y la evaluación de los preceptos valorativos e ideológicos que actúan al interior de todas las instancias mencionadas, de manera que se develen de una vez por todas sus intereses y las diferentes formas y estrategias que cada instancia aplica para ejercer el poder.

El peso del determinismo biológico de la mujer, dado por sus características fisiológicas favorece la construcción socio cultural genérica que le atribuye a ella la exclusiva capacidad de gestar y engendrar, lo cual le ha significado: convertirse en el foco de la intervención médica, al ser la mayor demandante de los servicios profesionales del médico con respecto al hombre; asumir la triple subordinación en el espacio de la consulta médica: la de género, construída por la cultura, la social, determinada por la condición de clase, y la institucional, dada por el rol de paciente al entrar a la consulta; materializar en sí misma el objeto de intervención de la política de población y de los programas de planificación familiar, debido a su comportamiento reproductivo (su fecundidad), principal componente de la dinámica demográfica.

Los mecanismos de expropiación de la autonomía y el libre albedrío de la mujer, de la pareja, en términos de su opción reproductiva, y el ejercicio de su sexualidad, no pueden justificarse en el discurso médico sobre los óptimos de la salud materno-infantil, porque detrás de ellos se esconde el discurso político y la posición estatal antinatalista, que actúa sobre el supuesto de la sobrepoblación para alcanzar las metas demográficas. En

el contexto actual de crisis económica y sociopolítica, se elaboran en el campo ideológico los ideales del nuevo comportamiento de la población, los que van a orientar la práctica médica a través de la cual se lleva a cabo lo fino de la intervención y el control del comportamiento reproductivo de los individuos, porque sin la formalización de la demanda de servicios anticonceptivos, sin la práctica anticonceptiva, y sin el deseo de limitar el tamaño de la familia, no hubiera sido posible la articulación instituciones de salud - poder médico - ideología - política.

Las concepciones de política poblacional revisadas hasta ahora, han marcado diferencias en su articulación con la sociedad civil, en la orientación ideológica y en una posición gubernamental muy particular, propia del régimen político mexicano; la línea central bajo la cual se ha venido actuando ha sido la centralización del poder y de la determinación política, y con ello, la marginación de la sociedad civil y de otros grupos y organizaciones locales (como las comunidades lésbicas, los movimientos pro-aborto). Sin embargo es difícil pensar que instancias como la médica estén marginadas de tal espacio, si como se pudo apreciar a lo largo del capítulo, es justamente quien funge como una de las instancias articuladoras de las orientaciones políticas reguladoras del estado en materia de población, en crecimiento demográfico en general y en comportamiento reproductivo en particular.

Con este análisis es posible captar un nivel muy particular de interrelación prácticamente directa de la sociedad civil con el Estado interventor; interrelación directa pero además desigual ya que la relación médico-paciente es por principio vertical, asimétrica y selectiva por género y por clase. Mientras no actúen en comunión (sociedad civil y Estado), desde el nivel de formulación de las políticas -en donde se elaboran los planes y programas, hasta los niveles operativos de los mismos en los cuales se llevan a cabo las acciones concretas- la orientación de la acción médica seguirá teniendo un efecto real sobre el tamaño de las familias y en el comportamiento y la capacidad reproductiva de la población, y específicamente actuará de manera determinante sobre la capacidad de decisión y el comportamiento reproductivo de la mujer.

Es un hecho que la mujer es el objeto directo de la acción regulacionista de los programas de planificación familiar, acción favorecida por la institucionalización en los organismos de salud de todos los aspectos relacionados con su salud y su reproducción, porque el medio por el que se ejerce tal acción es el ejercicio médico, espacio masculinizado y permeado de los valores culturales y sociales predominantes. De hecho en el consultorio médico se mezclan elementos ideológicos, culturales, políticos, económicos, sociales y por supuesto genéricos.

La fortaleza de la práctica médica reside también en el enclave del capital nacional y multinacional, la industria farmacéutica, el mercado de la salud, las aseguradoras, la industria estética-cosmetológica y, desde luego, en la posibilidad que la práctica médica ofrece para incidir de manera irreversible en la vida de los individuos.

BIBLIOGRAFÍA

Alves de Souza Guaraci Adeodato. ponencia: Difusión de prácticas restrictivas de la procreación: momentos, mecanismos y determinaciones. Universidad federal de Bahia-Brasil. IV Conferencia Latinoamericana de Población: La Transición Demográfica en América Latina y el Caribe. Paralela No 1: Aspectos ideológicos y culturales en las formulaciones sobre transición demográfica. México, 23 al 26 de marzo de 1993. INEGI. IISUNAM. Vol II.

Aparicio Jiménez Ricardo César. ponencia: Políticas de Población. Políticas de Planificación familiar y Derechos reproductivos en México. IV Conferencia Latinoamericana de Población: La Transición Demográfica en América Latina y el Caribe. Paralela No 13: Implicaciones Jurídicas y Éticas de los cambios demográficos. Coordinada por Rodolfo Tuirán. México, 23 al 26 de marzo de 1993. INEGI. IISUNAM. Vol II.

Cervantes Carson Alejandro. Política de Población: Ética, Diálogo y Democratización. Revista Demos No 8, IISUNAM. pp 25 y 26, México, 1995.

Cervantes Carson Alejandro. De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y derechos humanos en México. Versión preparada para la Antología sobre ética y salud reproductiva. Programa de Estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México. 1993.

Claro Amparo. ponencia: Grupos de mujeres organizadas y activistas feministas y su influencia en la salud reproductiva y la regulación de la fecundidad. IV Conferencia Latinoamericana de Población: La Transición Demográfica en América Latina y el Caribe. Paralela No 12: Cambios en la regulación de la procreación. Coordinada por Aníbal Faúndes. México, 23 al 26 de marzo de 1993. INEGI. IISUNAM. Vol II.

Comaroff, Jean. Medicine: Symbol and ideology. pp 49-68. En The problem of medical Knowledge. Edimburgh University Press. Great Britain, 1982.

Conrad Peter. Medicalization and Social Control. pp 209-232. Annual Review of Sociology, 1992. USA.

Fernández M, Sara Yaneth y Sánchez L María del Pilar. Exploración de tratamientos alternativos para la atención del farmacodependiente. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Departamento de Trabajo Social. Santafé de Bogotá, D.C. Colombia. 1991.

Figuroa Juan Guillermo. Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva. Memorias de la IV Reunión Nacional sobre investigación demográfica en México. SOMEDE México, 1990.

Foucault Michel. Microfísica del poder. 2a edición. Ediciones La Piqueta. España, 1979.

Foucault Michel. Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión. Siglo XXI Editores, 16a edición. México, 1989. pp 32-33.

Foucault Michel. Historia de la sexualidad No 3 -La inquietud de sí. Siglo XXI Editores. 5a edición. México, 1992.

Fraser Nancy. Unruly practices power, discourse and gender in the contemporary social theory. University of Minnesota Press. Minneapolis. USA. 1989.

García Molina Carlos. El proceso salud-enfermedad-muerte como objeto de estudio. Material de clase. Instituto Nacional de Salud Pública, Escuela Nacional de Salud Pública de México, Departamento de Sociología. Cuernavaca, 1992.

Kholler Riessman Catherine. Women and medicalization: a new perspective. en Social Policy Vol 14. pp 3-18. Social Policy Corporation. New York. Summer, 1983.

Lamas Marta. La antropología feminista y categoría "género". Revista Nueva Antropología. Vol VIII. No 30, México, 1986. pgs 173-198.

Lamas Marta. La bioética proceso social y cambio de valores. Publicado en la revista Sociológica -Lo público y lo privado- Universidad Autónoma Metropolitana (Unidad Azcapotzalco). División de Ciencias Sociales y Humanidades. Departamento de Sociología. Año 8 No 22. Mayo-agosto de 1993.

Lamas Marta. Revista Debate Feminista Número Cuerpo y política. Cuerpo: Diferencia sexual y género. Año 5, Vol 10, Septiembre de 1994.

Lerner Susana y Quesnel Andre. Instituciones y reproducción: Hacia una interpretación del papel de las instituciones de salud en la regulación de la fecundidad en México. CEDDU-COLMEX, México, 1990.

Maier Hirsch Elizabeth. Salud reproductiva en Quintana Roo. Documento en prensa. Quintana Roo, 1994.

Maier Hirsch Elizabeth. Género femenino, pobreza rural y cultura ecológica Trabajo por publicar. Quintana Roo. 1996.

Martínez Manautou Jorge. El Programa de Población y la Mujer. Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población GAAP. México. Año 3. No 13. Abril de 1996.

Menéndez Eduardo L. Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos Capítulo III. pp 53-84. En Poder Estratificación y Salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán- México. Ediciones La Casa Chata. Puebla. 1981.

Menéndez Eduardo L, Di Pardo R. El concepto de clase social en la investigación de la problemática de la salud-enfermedad. pp 53-62. Revista de La Casa de la Chata, Puebla, 1986.

Nigenda Gustavo. Asociaciones médicas y política corporativista en México: Apuntes sobre algunos cambios recientes. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca. Mimeo.

Ordorica Mellado Manuel. ¿Qué ha pasado con la política de población en México? Boletín Grupo Académico de Apoyo a la Política de población (GAAPP). Vol 1, Año 1, No 1, México, Mayo de 1994.

Rapold Dora. Desarrollo, clase social y Movilizaciones Femeninas. en Textos y pretextos. Once estudios sobre la mujer. PIEM, Colegio de México. México 1991.

Selva Beatriz. Comportamientos reproductivos y sus valoraciones: un estudio de caso con mujeres de la colonia Guerrero. Textos y pretextos. Once estudios sobre la mujer. PIEM. Colegio de México. México. 1991.

Tuirán Gutiérrez Rodolfo. Sociedad disciplinaria, resistencia y anticoncepción. en Memorias de la reunión sobre avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar en México. Secretaría de Salud. México 1988.

**CAPITULO III:
LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS EN MEXICO**

CAPITULO III

LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS EN MEXICO

"...La noción política de igualdad incluye, y de hecho depende de, un reconocimiento de la existencia de la diferencia. Las demandas de igualdad se han apoyado en argumentos implícitos o usualmente no reconocidos de diferencia. La igualdad podría definirse como una indiferencia deliberada frente a diferencias específicas..."

Walzer (1983)..

Luego de propiciar elementos para el análisis de la situación en México tanto de las políticas en materia de población, como en los programas de planificación familiar, y de haber incursionado en el área institucional -concretamente en las características de la profesión médica y el ejercicio a través de ella del control social mediante la intervención en las condiciones de salud de los usuarios, en sus opciones, y en su capacidad de decisión sobre su propio cuerpo, y su propio bienestar-, se avanza en el presente capítulo en el terreno de los derechos y posibilidades de los individuos de elegir sus opciones en un contexto de libertad y autonomía, respecto a su comportamiento sexual y reproductivo.

El cuestionamiento se plantea en el efecto de la participación activa de los individuos en todas las etapas de decisión, de planeación y de programación respecto a la planificación familiar, respecto al ejercicio de su sexualidad y respecto al reconocimiento efectivo que el Estado haga a las mexicanas y mexicanos sobre el particular; especialmente tras de haber considerado en el capítulo anterior el efecto determinante de la medicalización en la vida de los individuos, y explícitamente, en la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

En México los derechos reproductivos tratan de enmarcarse en los derechos humanos y en los derechos constitucionales, por medio de la adscripción y ratificación del país, a los acuerdos internacionales que sobre la materia se han realizando desde mediados de

siglo en el mundo¹. Vale la pena preguntarse, en qué términos se da la valoración y cuál ha sido la posición de la mujer -en una sociedad reconocida históricamente por patrones culturales eminentemente patriarcales y autoritarios-, si realmente puede ella o no ejercer control sobre su propio cuerpo y su sexualidad; cuando la sobrevaloración social de la maternidad la confronta, con la decisión de ser o no madre y cuando el mensaje institucional la ha privilegiado como objeto de intervención y objetivo en sí misma de los programas de planificación familiar, por medio de la anticoncepción y del control de la fecundidad.

Los derechos humanos, dice Salazar (1994), se basan en una concepción que presenta una visión *individualista, libertaria e igualitaria* del orden social, donde los seres humanos son considerados como fines en sí mismos, es decir, como la pauta fundamental para juzgar la legitimidad o ilegitimidad de la organización social; donde ya no es el individuo el que existe para la sociedad o el Estado, sino éstos los que existen para el individuo. Maier (1992) define los derechos humanos como un conjunto de pautas éticas, con proyección jurídica, a través de instrumentos internacionalmente reconocidos, nacidas en la necesidad y las luchas sociales por apropiarse de las condiciones esenciales para una vida digna.

En este contexto, la idea de derecho supone entonces una capacidad y una posibilidad *legítima* del individuo para realizar o no determinadas acciones, así como para impedir que determinadas acciones lo afecten. El que sea legítima quiere decir, que tener un derecho implica siempre la posibilidad de exigir de parte de los demás que esa posibilidad o capacidad sea no solo tolerada sino respetada puntualmente y sin

¹Al respecto señala Salazar (94), cuando retoma a Bobbio, "...el hecho de que la mayor parte de los estados hayan firmado una serie de convenciones y acuerdos que reconocen, al menos formalmente, un cúmulo creciente de derechos, supone que su generalización, ya no es una cuestión teórica sino histórica, y supone que al menos a nivel declarativo, los valores implicados en estos derechos han adquirido reconocimiento universal, esto es, que ninguna fuerza política propiamente moderna y civilizada, puede menos que tomarlos como punto de partida mínimo para sus programas y propuestas...ese reconocimiento internacional sigue siendo, en la gran mayoría de los casos, más declarativo y retórico que práctico y efectivo...". Se encuentra en "Derechos humanos y democracia moderna" Semanario de política y cultura Etcétera, No. 69, México, 26 de mayo de 1994.

cortapisas; para más precisión Salazar (1994) apunta: *“se trata de capacidades y posibilidades abiertas para todos, es decir, universales y abstractas. Lo que significa, precisamente, que todo derecho bien entendido implica obligaciones de reciprocidad”*.

En México la política y los programas de población se basan en el respeto irrestricto de los derechos humanos y los derechos constitucionales, las libertades, la garantía de la idiosincrasia y los valores culturales. De hecho, el Reglamento de la Ley General de Población reconoce que las políticas de regulación del crecimiento demográfico se enmarcan en el pleno respeto de los derechos individuales, y destaca el papel del Estado en la búsqueda de justicia social en el marco de dicho derecho. En este sentido, la responsabilidad y las implicaciones de la contraposición de intereses en materia reproductiva por parte del Estado y de la sociedad civil, trae connotaciones que pueden tener efectos substanciales a largo plazo, como por ejemplo, la intervención directa sobre las decisiones individuales de los ciudadanos en términos de crecimiento o decrecimiento poblacional, en nombre del bien nacional². Este capítulo pretende avanzar en la discusión al incorporar específicamente la dimensión los derechos sexuales y reproductivos enmarcados en los derechos humanos.

La triple condición del derecho en la planificación familiar como derecho individual, como derecho de pareja y como derecho social; fué reconocido con la puesta en marcha de los primeros programas de planificación familiar en el país, desde 1976, como parte de la política de población su marco de referencia más amplio y que ya fué discutido en el capítulo anterior. En estos programas se observa un marcado énfasis en las mujeres, como objetivo de las políticas y programas de planificación familiar; este capítulo abordará estas dimensiones de manera que se llegue a establecer la relación entre ellas, traducidas en tres elementos de base: género, derechos y salud.

² Se supone que para el año dos mil la meta es alcanzar la tasa de crecimiento del 1.6 %. Aunque la política no se ha circunscrito solamente a la reducción del crecimiento demográfico, las únicas metas concretas de los programas de población a partir de 1983, se encuentran planteadas en estos términos. Esta afirmación la hacen varios autores, entre los que se citan: Cabrera,90; Aparicio,93; Cervantes:89,90; CONAPO 85,89.

RATIFICACIÓN INSTITUCIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS Y REPRODUCTIVOS EN MÉXICO

*"Que desaparezca la costumbre de comprar a las novias con dinero, animales o cosas.
Las mujeres deben de decidir con quién y cuando quieren casarse.
Que los padres y los esposos dejen de actuar como dueños de las mujeres.
Que lleguemos a acuerdos sobre lo injusto del maltrato, de los golpes
y castigos que nos imponen. Que se acepte que las mujeres decidamos
sobre nuestras cosas, sobre lo que compramos y vendemos de nuestros
productos, sin pedirle permiso al marido. Que cada comunidad, hombres y mujeres,
haga una revisión de las costumbres para eliminar las que no benefician a las mujeres".*

(Cita de la Plataforma de las mujeres para el diálogo.
Convención Estatal de Mujeres Chiapanecas. 1995).

Afirmar un derecho, es afirmar no sólo la posibilidad de ejercerlo, sino también la obligación de respetar su ejercicio por los demás; como puntualiza Maier (1992), los derechos humanos se caracterizan por tres elementos primordiales: - son inalienables; - son imprescriptibles, - y son indivisibles.

El reconocimiento primero teórico y después jurídico de los derechos humanos implica una larga y compleja historia de debates, luchas, progresos, y retrocesos; se trata de conquistas y construcciones históricas necesariamente frágiles y necesariamente contradictorias Salazar (1994). Muchas veces la realización concreta de cada uno de los derechos humanos requiere de condiciones materiales e institucionales difíciles de lograr, requerimiento que no está exento de conflictos; el caso de la salud por ejemplo, definida por la OMS como *el completo estado de bienestar físico, mental, emocional*, constituye en sí misma en la suma de los derechos para el pleno desarrollo de la vida humana.

Las Naciones Unidas, al abogar por la igualdad entre hombres y mujeres en 1945, afirma en su Carta no sólo la condición de igualdad sino que prohíbe la discriminación basada

en el sexo, considerando que la libre decisión reproductiva es un derecho humano fundamental.

En 1968 la Conferencia Internacional sobre los derechos humanos afirmó también el derecho de la libre decisión reproductiva, incluyendo el desarrollo de iniciativas internacionales que mejoren la condición de la mujer; este acuerdo fue reafirmado en la Primera Conferencia Mundial de Población de Naciones Unidas en 1974 y nuevamente en la Segunda Conferencia realizada en México en 1984³.

En este mismo tenor, las Naciones Unidas hicieron notar la necesidad de mejorar la vida de la mujer al declarar que 1970-1985 era el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer. La Conferencia Mundial de 1985 sobre la Mujer estableció la estrategia para lograr en el año 2000 la igualdad del hombre y la mujer; para ello en 1995 las Naciones Unidas convocó la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing⁴.

En el caso de México, es notable tanto en las recomendaciones de los programas nacionales como en las internacionales la importancia que le da el país a reconocer en la mujer la igualdad de circunstancias en lo referente al reconocimiento y disfrute de los derechos consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y que formalmente amparan por igual al hombre y a la mujer⁵. Se sabe que el Presidente Echevarría conformó un equipo de especialistas con el propósito de revisar uno a uno los artículos de la constitución para eliminar de ella todos los que pudieran indicar algún rasgo de discriminación entre los sexos, esta medida fué aplicada a propósito de la

³ Naciones Unidas. Documentos Oficiales Centro para la Información Económica y Social. Las acciones tomadas en Bucarest. Nueva York. ONU.1979. A si mismo, en 1979 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, en la cual se especifica los pasos para prevenir la discriminación de la mujer y sugiere medidas para cambiar las leyes y las actitudes; y en junio de 1993, 116 países la han ratificado (excepto Estados Unidos, que en esta ocasión no ratificó la declaración ni la adoptó en su legislación) Cook, 1994.

⁴ Population Reports. Ob.cit.

⁵ Carmen A Miró. "Los derechos humanos y las políticas de población". Memorias de la II Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, México, noviembre de 1980.

realización en México de la III Conferencia Mundial de la Mujer en 1975; de hecho, revisando la Carta Magna Mexicana se encuentra que el Artículo 4 Constitucional estipula:

"El varón y la mujer son iguales ante la ley.

Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos"⁶.

Sin denominar específicamente como derecho reproductivo el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, -esencia básica de tal derecho- el Artículo Cuarto de la Constitución Mexicana, no sólo lo hace explícito cuando lo modifica en 1974 en el último párrafo, sino que lo eleva a derecho constitucional al considerarlo en la Carta Magna. Las lecturas hechas a este artículo desde las diversas instancias que toman parte en su materialización han tendido hasta ahora a la concentración en los aspectos reproductivos, particularmente los relacionados con la fecundidad, más que en la condición de base que le da origen: la igualdad jurídica entre el hombre y la mujer⁷.

Habría que reconocer, sin embargo, que la defensa abstracta y hasta maniquea de los derechos humanos puede convertirse fácilmente en un recurso demagógico para avalar intereses más bien opacos e irresponsables, más útil para ocultar y denegar los problemas sociales que para esclarecerlos y discutirlos de manera civilizada como lo considera Salazar (1994). Esta reflexión viene al caso cuando un paso tan importante como el reconocimiento y la protección de los derechos individuales, se convierten en la base del Estado; parece claro hoy por hoy, que sin el reconocimiento de los seres humanos como sujetos capaces de exigir y ejercer sus libertades individuales de

⁶ Leyes y Códigos de México: CONSTITUCION POLÍTICA de los Estados Unidos Mexicanos. Septuagésima edición. Editorial Porrúa, S.A. México, 1982.

⁷ La igualdad sin embargo tiene sus implicaciones, como diría Cervantes (1995): " lo que define al ser humano como igual a los demás lo hace, al mismo tiempo, diferente".

elección, todos los demás presuntos derechos, por más loables que parezcan, fácilmente se convierten en coartada de poderes autoritarios y hasta totalitarios⁸.

Por otra parte, es inevitable encontrar que dadas las condiciones sociales de nuestros países, el ejercicio responsable del derecho a tener los hijos que se deseen con los medios adecuados para mantenerlos y educarlos (implícito en la responsabilidad adquirida al tenerlos) es, por decirlo, poco probable. El libre y responsable ejercicio de la paternidad y la maternidad sugiere a la vez el reconocimiento y el respeto por todos los derechos humanos que garantizan el bienestar, la calidad de vida y la paz⁹.

De acuerdo con la legislación, en el Art. 9o del Reglamento de la Ley General de Población, la política y los programas de población deben basarse en el respeto "irrestringido a los derechos humanos, las libertades, la garantía, la idiosincrasia y los valores culturales de la población mexicana". Sin embargo, la importancia dada a la regulación del crecimiento demográfico por medio de la anticoncepción puede llevar a considerar de importancia secundaria o irrelevante la información que se debe brindar a

⁸ Como Salazar (1994) analiza y describe en su artículo, este momento es el que corresponde a la llamada *primera generación* de los derechos humanos, la cual hace referencia a los *derechos civiles*, que son las libertades individuales reconocidas y garantizadas por el Estado; estos derechos civiles configuran a los seres humanos como sujetos que tienen propiamente derecho a exigir sus derechos, pero también como sujetos responsables de sus acciones. La *segunda generación* la constituyen los *derechos políticos*, los cuales representan justamente el complemento y la articulación de la participación y la representación en las decisiones públicas de los derechos individuales, cuando la participación se consolida a través del plebiscito o la refrenda, y con mayor frecuencia con la elección de representantes temporales y acotados se materializan los derechos políticos, el ser humano se constituye ciudadano, y lo hace en *estricto sensu* dice Salazar, si es libre para decidir y optar no sólo sobre el sentido de su participación sino incluso sobre su participación misma. Por último se encuentra la *tercera generación* de los derechos humanos, los llamados *derechos sociales*, encaminados a garantizar que los titulares de los derechos anteriores estén en condiciones de exigirlos y ejercerlos, estos derechos suponen un compromiso y una acción positiva del Estado y de la sociedad, se tratan de derechos por una vida digna, en que existan las condiciones mínimas para el ejercicio real de los demás derechos, los derechos sociales se convirtieron en la condición material de un ejercicio verdaderamente universal y justo de los derechos humanos; en este marco de los derechos sociales surgen los *derechos sociales especiales*, que tienden a proteger a los más débiles, reconociendo sus situaciones específicas, ya sea para corregir las desigualdades que por milenios han posibilitado formas de opresión sexistas o racistas -efectivamente en esta categoría figuran los derechos de la mujer-; con estos derechos se asume la necesidad de concretar y dar sustento efectivo tanto a los derechos civiles como a los políticos.

⁹ Carmen A Miró, Ob cit. La Maestra agrega a su disertación que la posibilidad de acceder al ejercicio de los derechos humanos cerrando la brecha entre las declaraciones internacionales y el efectivo disfrute de los mismos, depende de los cambios profundos que sólo en forma limitada una política demográfica puede contribuir a promover. Además el ejercicio de los derechos reproductivos involucran como dice Cervantes (1995) diferentes momentos, diferentes decisiones, esto se verá más adelante en detalle.

la población, así como su participación activa en el uso de anticonceptivos (Aparicio;1993). Es que como dice Sartori (1988): *"...los derechos como las libertades configuran una serie cuyo ordenamiento preciso es necesario precisamente para evitar manipulaciones y distorsiones que acaban anulando, en los hechos, la propia idea moderna de los derechos humanos."*¹⁰

La planificación familiar para el Consejo Nacional de Población CONAPO en 1985, fue conceptualizada como un derecho social que ampliaba las libertades individuales y de la pareja facilitando los medios para la regulación de la fecundidad. Con el Artículo tercero de la Norma Técnica de Planificación Familiar en la Atención Primaria en Salud, se homologa la Planificación Familiar al derecho constitucional de decidir sobre el número y el espaciamiento de los hijos; por lo tanto se constituye en un derecho reproductivo establecido por la Constitución política y adoptado como norma obligatoria en la prestación de servicios de planificación familiar¹¹. De esta manera se consolida en este momento, la triple condición de la planificación como derecho individual, como derecho de pareja y como derecho social.

Finalmente, el programa Nacional de Población 1995 - 2000¹² documento que retoma en sus planteamientos básicos las declaraciones de las reuniones internacionales, particularmente la del Cairo, permite resaltar entre sus líneas elementos relacionados con los derechos humanos, los derechos reproductivos y los derechos sociales, concretamente en las acciones propuestas en torno a los programas de población y

¹⁰ En Teoría de la democracia. Vol. 2, Cap. XI, Alianza Universidad, Madrid, 1988.

¹¹ Raúl Benítez Zenteno en su nota editorial de la Revista Demos No 8 "La búsqueda del real Bienestar Social". IISUNAM México, 1995.

¹² El documento presenta once subprogramas o líneas estratégicas de acciones propuestas: dos de carácter normativo en materia de población y desarrollo y su relación con la dinámica y la estructura de la población; uno en el cual se establece la relación de la planificación familiar con la salud reproductiva en la cual se busca reforzar las garantías individuales y los derechos humanos, vinculándolos con los procesos de desarrollo económico y social; un programa para la familia; un programa para la mujer; un programa para los grupos étnicos; un programa para la descentralización de programas a través de los Consejos Estatales de Población (CONEPOS); un programa sobre la distribución territorial de la población y la liberación de la inversión extranjera; un programa de población, desarrollo sustentable y equilibrio ecológico, y finalmente; un programa para el fomento de la investigación, la formación y la capacitación de recursos humanos en materia de población

desarrollo, en el programa de población, desarrollo sustentable y equilibrio ecológico, y por último el programa para el fomento de la investigación, la formación y la capacitación de recursos humanos en materia de población¹³.

Sin embargo en el país, la visión tradicional de la familia y el afianzamiento dentro de ella de la autoridad familiar centrada en la figura masculina y/o paterna, incide directamente en la regulación y el control del comportamiento sexual y reproductivo de la mujer¹⁴, haciendo que las condiciones para ejercer y materializar buena parte de los derechos consignados en los discursos y los programas oficiales, sean prácticamente inalcanzables.

El cumplimiento de los derechos humanos y reproductivos está inscrito en la estructura socioeconómica del país, y está a su vez, arraigada en la tradición cultural en la cual se sustentan diversas y múltiples manifestaciones de opresión sobre ciertos sectores particularmente sobre el sexo femenino, como describe Maier (1992) *"...el cuerpo de la mujer se asemeja a una formación socioeconómica colonizada del siglo XIX, en el cual su desarrollo económico, social y cultural queda determinado por la apropiación externa de las decisiones sobre la producción de sus riquezas naturales."*

¹³ Programa Nacional de Población 1995 - 2000. Poder Ejecutivo Federal. Secretaría de Gobernación, Consejo Nacional de Población CONAPO.

¹⁴ Raúl Benítez Zenteno. "Derechos Humanos, población y políticas de población" en la II Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, México, noviembre de 1980.

LA CONCEPTUALIZACION DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS¹⁵

"No podemos olvidar que la capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos. En este sentido es también un factor de gran importancia en la búsqueda del empoderamiento de las mujeres".*

María Isabel Plata, PROFAMILIA:1995¹⁶.

Actualmente se hace referencia a los derechos reproductivos, a partir del reconocimiento de la Declaración de Teherán en el 68 del derecho humano sobre la capacidad de decidir en el ámbito de la reproducción, a nivel general, y del Art. cuarto constitucional mexicano a nivel particular. Esta discusión sobre los derechos reproductivos se abrió al medio público, político e internacional al mismo tiempo que se ventilaban en los discursos internacionales, en el campo de los derechos humanos, el énfasis que en ellos tienen los derechos económicos, sociales y culturales, la coyuntura es importante, pues como diría Salazar (1994) *"...sin derechos individuales, civiles, sin libertades subjetivas, los seres humanos vuelven a convertirse en meros súbditos, en meros instrumentos de las razones o motivaciones de los que detentan el poder"*.

Sin embargo, la idea de que las mujeres están habilitadas para decidir cómo, cuándo, y con quién tener los hijos no es nueva, data del mismo movimiento feminista por el control

¹⁵ Los derechos reproductivos son entendidos como la capacidad que tiene toda persona, sin distinción, de decidir sobre su reproducción, y, ampliando el concepto, de incorporar las condiciones y los medios adecuados para llevar a la práctica dichas decisiones, y, así, efectuar un proceso de autodeterminación reproductiva. Para la materialización de estos derechos se requieren: - niveles mínimos de bienestar, - satisfacción de ciertas necesidades básicas, - respeto a los derechos humanos universalmente reconocidos; todas estas condiciones en el marco de relaciones equitativas entre los géneros. Definición basada en el documento presentado por J.G. Figueroa y E. Liendo Zignoni en el Seminario sobre Masculinidad del PUEG de la UNAM, celebrado el 31 de octubre de 1994, y retomada por La redacción del Boletín del Programa Salud Reproductiva y Sociedad No. 3, Año I, México. Mayo-Agosto de 1994.

*El empoderamiento consiste en el proceso a través del cual las mujeres se movilizan para entender, identificar y superar la discriminación de género, para alcanzar la igualdad, el bienestar y el acceso igualitario a los recursos, por medio de la toma del control y de la realización de las acciones necesarias para vencer los obstáculos de la desigualdad.

¹⁶ María Isabel Plata. "Los nuevos derechos: el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos". en Seminario sobre Derechos Humanos con perspectiva de género. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas, Programa de Estudios de Género, Mujer y Desarrollo y el Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos, ILSA. Bogotá, Octubre de 1995.

natal desarrollado en Inglaterra entre los socialistas Owenistas a partir de 1830¹⁷; las líderes (entre las que se contaban Browne, Sanger) eran explícitas en vincular la cuestión del control de nacimientos en la lucha de las mujeres por emancipación social¹⁸ y política, además de la necesidad de poder controlar sus cuerpos con miras a la satisfacción y el autoconocimiento sexual¹⁹.

En un documento de estrategias para los derechos reproductivos, producido por el Women's Resource and Research Center de Filipinas aparece: *"La autodeterminación y el placer en la sexualidad son dos significados primarios de la idea de control sobre el propio cuerpo y una razón principal para que se reivindique el acceso al aborto y a la regulación de la fecundidad. Salud y derechos reproductivos son intervenciones necesarias para romper el ciclo vicioso de ser pobre, vivir subordinada y estar permanentemente embarazada"*²⁰. Eventos como el citado recuperan el debate político, académico, ético y filosófico del sentido del derecho, de los derechos humanos; de los nuevos significados de los derechos individuales y su relación con las condiciones socioeconómicas básicas abogan por los cambios necesarios para eliminar la pobreza y posibilitar, particularmente para la mujer - hablando de aspectos reproductivos- el acceso de ella al poder, su *empoderamiento*. El documento disuelve las fronteras entre derechos humanos y desarrollo y correlaciona lo

¹⁷ Sonia Correa y Rosalind Petchesky. Documento especialmente preparado para el II Curso de Salud Reproductiva y Sexualidad. Derechos sexuales y reproductivos en la perspectiva feminista. UNICAMP, Brasil, 1993.

¹⁸ La emancipación social es un término retomado de las corrientes socialistas, en su momento, las feministas a las que nos referimos se catalogaban como socialistas, el término, con el tiempo fué adoptado por otros movimientos.

¹⁹ A manera de antecedente, las autoras (Correa y Petchesky) consignan los casos de una joven francesa en el siglo XVI, acusada de tener relaciones sexuales prematrimoniales con su pareja, a lo cual la muchacha respondió *"así como París pertenece al Rey, mi cuerpo a mí me pertenece"*; en el siglo XVII, una secta inglesa proclamaba *"la propiedad de la propia persona es una propiedad que le pertenece a todo y cualquier hombre"*; en el siglo XVIII un joven inglés acusado de homosexual se defendió ante los tribunales afirmando: *"No pienso que sea un crimen hacer lo que a bien apruebo con mi propio cuerpo"*. Hacia finales de los setenta comienzos de los ochentas, las iniciativas respecto a los derechos reproductivos tenían como objetivo asegurar a las mujeres la posibilidad de determinar sus vidas reproductivas en condiciones de salud adecuadas, y de bienestar social y económico.

²⁰ Como se ha hecho antes, se advierte sobre las posibles lecturas que pueden surgir de declaraciones como la citada en este caso, puesto que puede perfectamente encajar en los planteamientos de sectores y grupos contrarios a los promotores originales, como por ejemplo algunos neomalthusianos que bajo la bandera menos población menos pobreza, pueden leer la reivindicación de la consigna en una posibilidad de intervención directa sobre la condición de amplios sectores de población femenina, hoy sumidos en serias condiciones de marginación social; o incluso, también grupos de extrema derecha, defensores del estatus quo, que siempre verán con buenos ojos la reducción a toda costa de un problema tan inconveniente como la pobreza dentro de su propio país.

personal con lo político, ampliando la óptica de análisis en lo que se refiere al campo de los derechos en su expresión más amplia (Plata:1995, Correa y Petchesky; 1993, De Barbieri;1980).

De hecho, los estados participantes en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, reconocieron la interrelación que existe entre la pobreza, la discriminación de género, el no ejercicio del poder por parte de las mujeres, y las diferentes manifestaciones de violencia contra éstas como factores que inciden en la no vigencia de los derechos sexuales y reproductivos²¹. Además, en el marco de la misma Conferencia se evidenció que el impacto de la crisis y la implementación de políticas neoliberales - cuyas características son, entre otras, el incremento de la pobreza y el deterioro de la calidad de vida, la reducción del gasto social y de servicios sociales básicos- afecta particularmente la salud de las mujeres y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos²².

Los derechos reproductivos hacen alusión a varias dimensiones entre las cuales se pueden encontrar²³:

1. Dimensión de la procreación: el número de hijos, que tiene que ver con la procreación (la concepción, el embarazo y el parto); incluyendo la posibilidad de interrumpir el embarazo.
2. Dimensión de la sexualidad: el ejercicio de la sexualidad, que tiene que ver con construcción social y cultural de la vivencia del propio cuerpo y, en amplios sentidos, de la relación entre hombres y mujeres.

²¹ Como explica Maier (1992) "la incapacidad de considerar como violaciones a los derechos humanos a las prácticas flagrantes y extendidas de violencia hacia el 50% de la población del planeta surge esencialmente de la separación conceptual en el patriarcado de los ámbitos privado y público".

²² María Isabel Rosas B. "Derechos sexuales y reproductivos: ejes de una estrategia de desarrollo". En La muralla y el laberinto, huellas de las mujeres en la Conferencia de Beijing, abril de 1996. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer. CLADEM.Lima Perú, abril de 1996.

²³ Ver en detalle Figueroa;1995, Cervantes;1995, Figueroa;1994, Cervantes;1993.

3. Dimensión de la reproducción diaria (socialización y calidad de vida de los hijos) las responsabilidades del cuidado y la crianza de los hijos.

Como parte del reconocimiento de la complejidad de las dimensiones de los derechos reproductivos, baste recuperar las palabras del Secretario de Naciones Unidas en 1990: *"las políticas de fecundidad son; tal vez, el componente más controversial... porque de un lado se refieren a uno de los aspectos más íntimos de la vida humana, la reproducción, y por el otro, sus resultados pueden ser vistos como una alteración numérica del balance entre grupos sociales, clases sociales, grupos étnicos e incluso entre países..."* (tomado de Cervantes:1993), que a la vez se definen en los derechos humanos y en propuestas de nuevos sistemas de vida en el planeta.

La naturaleza de los derechos humanos en general y los derechos reproductivos en particular están articulados con la gestión del Estado para reconocerlos y respetarlos; reflejan en sí mismos no sólo la voluntad estatal, sino también la individual²⁴. Esta relación involucra varias dimensiones: el conocimiento necesario sobre los aspectos fundamentales del derecho y de las maneras de ejercerlo por parte del individuo, así como las condiciones existentes para acceder a su ejercicio, en donde se contemplan además, las técnicas y los medios de los cuales se pueden servir los individuos²⁵.

Las obligaciones del Estado en la materia tienen que ver con la provisión de los medios y las condiciones necesarias para el ejercicio de las decisiones tomadas, y con la no interferencia en la toma misma de decisiones por parte de los organismos gubernamentales, lo cual es inevitable, porque para la regulación del comportamiento reproductivo es necesaria la interacción de diversos actores sociales²⁶. Los primeros

²⁴ Dice Cervantes, que el derecho reproductivo es un derecho multidimensional que combina diferentes momentos y diferentes decisiones: decidir tener al hijo; decidir cuándo tenerlo; y decidir qué tipo de anticonceptivo usar para regular la fecundidad (1995). Incluso cabría pensar en otro: decidir si se interrumpe o no el embarazo cuando el producto no es deseado.

²⁵ Cervantes;1993. Ob cit.

²⁶ Retomo y adapto la propuesta de Figueroa de escenificar la obra con los actores que entran en relación, porque me permite introducir las diversas dimensiones implicadas en los derechos y porque se adapta también al orden propuesto

entran en relación directa: *la población* usuaria, titular del derecho; los *prestadores del servicio* o la institución gubernamental, por lo general pertenecientes a las instituciones de salud. Los dos últimos se mueven dentro de la esfera política o científica: los *hacedores de las políticas de población* y, específicamente para el caso que nos ocupa, para la normatización del comportamiento reproductivo materializado en las metas demográficas; los *académicos e investigadores* que generan los conocimientos necesarios para evaluar los resultados de las acciones hasta ahora seguidas y establecer sus correctivos, y para proponer líneas de acción directas y efectivas en diferentes espacios de la realidad, considerados en algún momento prioritarios.

El campo de acción de los actores sociales en cuestión está marcado en los hechos por una suerte de tensiones y conflictos, los cuales tienen su base en la estratificación social y económica de la población usuaria que la lleva a un acceso diferencial al ejercicio de sus derechos; los sistemas de diferenciación social hacen que, aunque los individuos tengan legalmente los mismos derechos, no todos los puedan ejercer de la misma manera: para unos éstos ocurrirán con las mayores posibilidades, opciones y alternativas; para otros, la elección se dará en un marco restringido de posibilidades; para otros más, la elección ni siquiera será una posibilidad²⁷. Un elemento clave para hacer aún más restringida la posibilidad real de la población de decidir sobre su propio cuerpo fué, según Figueroa (1994), Tuirán (1988) y Cervantes (1993,1995) la institucionalización del comportamiento reproductivo mediante la medicalización de los programas de población, que terminó convirtiendo a la población derechohabiente en población usuaria.

Prueba de ello es la inversión total en el uso de métodos anticonceptivos experimentada en México en menos de dos décadas, concretamente el caso de la oclusión tubaria, que

por el trabajo a nivel general, en donde se ha abordado la política de población, la relación médica institucional con la población usuaria, los derechos humanos, sexuales y reproductivos, y por último, la problemática de la salud reproductiva que condensa la intervención de todos los actores puestos en escena.

²⁷ Ampliamente planteado por Cervantes, 1993.

pasó a ser el método más usado por la población en el país²⁸. Los métodos quirúrgicos son los más utilizados: el 65.8% de las usuarias de un método de planificación familiar en el IMSS, son usuarias de los métodos quirúrgicos, de las cuales más de la mitad son mujeres del medio rural atendidas por el régimen de solidaridad social. Aún así, la meta de planificación familiar contemplada recientemente es incrementar en un 15% las mujeres usuarias de los métodos quirúrgicos. Arana (1995), ver antecedentes en, Cervantes (1993).

El reduccionismo institucional alrededor de las metas reflejadas en los programas de planificación familiar ha limitado la oportunidad de las instituciones de interactuar con otras instancias gubernamentales (la interacción entre los actores sociales no es eficiente, aunque en aras de las metas cuantificables sean todo un éxito. Figueroa (1994)). Las relaciones de poder predominantes entre los programas institucionales y las políticas subyacentes por un lado, y la verticalidad de la relación médico-paciente por el otro, reducen las posibilidades de ejercer realmente un derecho, ya que fragmentan la información necesaria para la toma de decisión en materia reproductiva, por parte de la (del) usuaria (o).

Así, el concepto de reproducción no se restringe a la promoción de la anticoncepción, se refiere también a los significados y valores que el individuo deposita en sus relaciones sociales, sexuales²⁹, afectivas; dado el énfasis puesto en la secuencia de la procreación - concepción, embarazo y parto- se han descuidado justamente los aspectos relacionados con la sexualidad y la crianza de los hijos en los que se consolidan las estructuras

²⁸ Dada la naturaleza del método, por su irreversibilidad es difícil pensar en que represente una opción anticonceptiva en sí misma, no obstante las contradicciones de los organismos de salud que lo promocionan más y lo presentan como el método más eficaz, práctico y confiable.

²⁹ Se resalta el efecto de los valores culturales predominantes en donde las características de la sexualidad definen un patrón fundamentalmente heterosexual, monógamo y coital; condiciones socialmente aceptadas y consolidadas en el espacio cultural ampliado. Para el caso mexicano, se han llevado a cabo estudios sobre las prácticas sexuales en algunas regiones revelando resultados en los cuales la bisexualidad se presenta como pauta cultural, y como práctica sexual afianzada. Ver Boletín Salud Reproductiva y Sociedad, No. 3. Año I México, Mayo-Agosto de 1994.

básicas del entretejido cultural, los valores y las representaciones sociales del ejercicio sexual de cada individuo Figueroa (1993); Cervantes (1995).

En un estudio realizado alrededor de la representación social de la sexualidad de las mujeres en México, se comprobó que la escolaridad en la mujer es un factor preponderante en la valoración de la actividad sexual y en la capacidad de decisión sobre el propio cuerpo. El derecho a decidir sobre la propia sexualidad está asociado con el nivel de información sobre métodos anticonceptivos; delegar al hombre la decisión de asumir la sexualidad como fuente de placer, la frecuencia y la valoración de la misma se presentó en un porcentaje considerable de las mujeres del estudio³⁰; la prevalencia de la asociación sexualidad-maternidad disociada de la relación sexualidad-placer fué significativa. Todo esto representa la existencia de pautas culturales tradicionales que convierten la experiencia materna en la exaltación del deber ser femenino, y la experiencia de la sexualidad activa y el juego erótico como rol preponderantemente masculino³¹. Los autores de la investigación terminan concluyendo que en la sexualidad confluyen la historia personal y las representaciones sociales predominantes en la cultura, en donde la escolaridad y el medio físico social tiene una relación directa con la valoración de la sexualidad y con la práctica anticonceptiva³².

³⁰ Dice Jacques Derridas, citado por Cervantes (1995), que la construcción de la realidad de la mujer ha sido realizada a partir de la exclusión, de hecho la ley de la comunidad racional ha sido instituida sobre la ley privada de la familia que siempre represa la feminidad, aumenta contra ella, la compromete, la presiona y la restringe.

³¹ Nuevamente diría Derrida (citado por Cervantes:1995) la mujer requiere de una deconstrucción afirmativa, necesita un proceso especial de deconstrucción considerando el lugar ocupado por ella en el sistema de diferenciación social basado en el sexo, y la deconstrucción de las perspectivas falocéntricas introyectadas.

³² Figueroa y Rivera; 1993. La investigación se basó en los resultados de la Encuesta sobre los determinantes de la Práctica anticonceptiva en México, realizada en 1988.

LA CONNOTACIÓN DERECHO REPRODUCTIVO-DERECHO SEXUAL

"... Como lo comprendió Stella Browne, que la separación entre placer sexual y procreación contenía una libertad política vital para las mujeres al hacer practicable la diferenciación entre las funciones eróticas y las funciones reproductivas..."

Rowbotham. (1980).

La necesidad de incorporar la noción de los derechos sexuales obedece a la pérdida, en los derechos reproductivos, de una dimensión fundamental que no incorpora de manera explícita el ejercicio pleno del goce del cuerpo y la vivencia de la sexualidad. Además la ausencia de la reconstrucción de procesos sociales dentro de los cuales, a partir de las diferencias biológicas primarias, se ha construido una normatividad social que ha llevado tales diferencias a un nivel de desigualdad en el acceso y percepción de los derechos humanos básicos -en la percepción de los propios derechos- y a mínimos de bienestar reconocidos como obligatorios para que los seres humanos, en conjunto, construyan sus procesos de desarrollo histórico y personal³³.

Si bien es cierto los grupos feministas han apoyado la aparición de la píldora y los dispositivos intrauterinos, y esto contribuye a la toma de decisión de la mujer por la separación que tal recurso permite hacer de la sexualidad y la reproducción, también es un hecho que mientras el cuerpo de la mujer no le pertenezca a ella misma³⁴ y sus decisiones reproductivas no estén realmente en sus manos, continuarán siendo ciudadanas de segunda categoría, como lo señala Amparo Claro(1993). Lourdes Arizpe confirma dicha aseveración cuando añade: *"...el pasado rehusa a morir y se entremezcla con el presente. No hay más que hablar con las mujeres campesinas de México, Colombia, Guatemala; para ellas el destino baja del cielo: marido, hijos, penas y sufrimientos, todo ocurre "porque Dios lo quiere" es casual que tengan esa consciencia de sus propias vidas? claro que no. Basta preguntar qué poder de decisión tienen sobre sus cuerpos, sobre sus propias vidas, las de*

³³ Ver Cervantes, 1995

³⁴ Para que le pertenezcan a ella misma hay implícitas condiciones socioeconómicas y culturales de por medio que si la mujer no se puede proveer a sí misma, no tiene cuerpo sobre el cual pueda decidir.

*sus hijos y esposos y la de la comunidad...*³⁵. Si; la iglesia, los gobiernos y la profesión médica, en especial la dedicada a la ginecología y la obstetricia, compartirían directamente el interés por tomar las decisiones en relación al proceso reproductivo operado en los cuerpos de la población femenina.

Según Teresita De Barbieri (1980), mientras no haya una transformación real de las prácticas cotidianas, mientras persista el desconocimiento del estatuto legal que defiende a la mujer y mientras el temor a perder los supuestos beneficios que la sociedad tradicional le otorga con la maternidad, la opresión y la desigualdad, será muy difícil la materialización y el ejercicio real de los derechos humanos y reproductivos que por ley le corresponden.

La sociedad que proclamó la igualdad y la libertad para toda la población lo hizo al parecer efectivo para el sexo masculino; en opinión de la autora, la consecuencia directa de esto fue, para todas las mujeres, el control de la diferencia específica que la distingue del varón: la reproducción; la declaración de los derechos y los programas dirigidos a la mujer se obtuvieron más por presión de los organismos internacionales que por el proceso de la movilización femenina en el país, lo cual puede explicar algunos de los problemas que los mismos han encontrado para su materialización³⁶. Para la autora es un hecho que desde su origen, la mujer fué sistemáticamente excluída de toda definición de derecho humano, ya que éste corresponde a la racionalidad masculina y patriarcal.

El manejo de la sexualidad femenina y de la reproducción humana entraña un proceso biológico, pero también es claro que este proceso está inserto en todo un enjambre cultural que determina las modalidades en que se produce, el valor que se le adjudica y los contratos sociales que lo sustentan. Ante ésto, por un lado, la socialización hace más énfasis y se pertrecha con argumentos biológicos pretendidamente irrevocables, y por el

³⁵ Arizpe;1989, Ob cit, Claro;1993, Ob cit.

³⁶ Teresita De Barbieri. "Derechos humanos de las mujeres y políticas de población, una relación compleja" Memorias II Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, México, noviembre de 1980.

otro, la perspectiva de la construcción genérica busca superar esta óptica biológica³⁷ en el momento en que la reproducción, con sus actividades domésticas concomitantes, se convierte en un determinismo social excluyente del desarrollo de otras potencialidades (Elú, Leñero, 1992).

Los derechos reproductivos se inscriben dentro del marco general de los derechos humanos y a la vez se articulan con aquellos que deben normar, la igualdad entre los derechos de los hombres y las mujeres, para el desarrollo de capacidades que deben ser asumidas por ambos, por encima de diferencias sexistas. La disyuntiva que presenta el debate de la igualdad sexual, en el contexto de los derechos reproductivos, es que justamente se pretende alcanzar la igualdad sexual en un tipo de sociedad donde la desigualdad social es la regla; su solución plena en el ámbito de los derechos humanos implica la ruptura de las barreras sexuales tanto como la superación de los mecanismos discriminatorios generados por la desigualdad social³⁸.

Dice Nafis Sadik, Directora ejecutiva del Fondo de Población de Naciones Unidas (UFGA), que la principal tarea de las mujeres después del Cairo y de Beijing es mantener la movilización y la denuncia militante, prepararse para los golpes que pueden dar sectores conservadores y no renunciar a la demanda de tener poder de decisión sobre sí mismas, el gobierno y las tareas políticas³⁹.

El ejercicio de la sexualidad no está, en la mayoría de las veces asociado con la diferenciación entre la sexualidad ejercida con fines reproductivos y la sexualidad ejercida con fines lúdicos recreativos. Las cifras estadísticas presentadas por organizaciones

³⁷ Sólo para ilustrar con un ejemplo esta afirmación: se prevé que en el mundo crecerá el sida en aras de casa más rápido que en cualquier otro grupo de población por la falta de poder que tienen ante su pareja. Palabras en el Seminario Internacional de Atención Primaria en Salud. La Habana. 1995.

³⁸ Graciarena. Ob.cit. Cervantes (1995) afirma que transformar las formas y el significado de la acción de los sujetos para ofrecer a cambio un nuevo modelo de relaciones humanas, emana de la capacidad reflexiva del ser social, y por ello es que esta transformación sólo puede ser social.

³⁹ Diario La Jornada, "Afectaría la privatización de la seguridad social a las mujeres" Sara Lovera. 23 de Noviembre de 1995.

internacionales reflejan esta situación: en México por ejemplo, se estima que alrededor del 10% de las casi doce millones de adolescentes en el país quedan embarazadas, uno de cada cinco embarazos ocurren antes de los veinte años; 50% de las mujeres entre quince y veinticuatro años de edad no deseaban tener a su primer hijo; 10% de los nacimientos ocurridos en jóvenes menores de dieciseis años ocurrieron por violación; se estima que alrededor del 20% de los casos de sida registrados en el país ocurren en mujeres, y el 32% de las mexicanas entre veinte y veinticuatro años tuvieron relaciones sexuales antes de tener una relación de pareja estable. Los datos se presentaron por la Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de Población de Naciones Unidas, y algunas Organizaciones no Gubernamentales presentes en la Primera Reunión Regional sobre Salud Reproductiva en América Latina y el Caribe llevada a cabo en México⁴⁰.

Con estos datos se resalta no el hecho de la iniciación sexual temprana, esta es un proceso natural del desarrollo humano, lo que debe resaltarse es que tal iniciación se dá en condiciones de alto riesgo para la salud de los jóvenes (ETS, Sida), sin la información disponible y con consecuencias definitivas en sus vidas, como es el caso del embarazo no deseado y el aborto en condiciones de riesgo.

Justamente, voceros de instituciones gubernamentales como el CONAPO han planteado su preocupación por el "alto riesgo reproductivo" de la población mexicana, datos oficiales muestran que las relaciones sexuales empiezan en México a los 16 años en promedio y es muy frecuente que el matrimonio sea a los 19; con frecuencia los jóvenes no acceden a métodos seguros de anticoncepción y optan por los métodos definitivos cuando ya tienen hijos que no han sido deseados, ante este panorama, las estrategias del sector salud para dar información sobre todas las opciones están fuera de control del CONAPO⁴¹.

⁴⁰ Diario La Jornada, "En México, 22 millones de mujeres en peligro reproductivo, 5 decesos diarios, tasa de mortalidad materna". Sara Lovera. 1 de septiembre de 1995.

⁴¹ En concreto, la preocupación de los funcionarios por esta información obedecía, según sus declaraciones, a que el riesgo reproductivo aumenta la probabilidad de procrear y representa un obstáculo para alcanzar las metas demográficas. Estas declaraciones las presentaron Manuel Urbina, Secretario General del CONAPO; y Alfonso

La dificultad más grande que enfrenta el ejercicio de los derechos reproductivos y más aún los derechos sexuales, es que justamente la capacidad del Estado para proveer la información necesaria y los medios para ejercerlos, además de las políticas internas del aparato institucional -no siempre en comunión con la posición de las(os) usuarias(os), no es suficiente; al contrario, los servicios son irregulares, la información deficiente así como la cobertura⁴². Incluso Cook (1993) sostiene en su artículo que la experiencia empírica demuestra que las leyes implementadas en nuestros países obstruyen el acceso de la mujer a los servicios de salud reproductiva; protegidos por la neutralidad de la ley se vienen violando los derechos básicos de la mujer; muchas de estas violaciones no son consideradas como tales, ni penalizadas o tipificadas como delito en el país.

El supuesto básico de las instituciones gubernamentales se apoyaba en la planificación familiar como parte del desarrollo y la integración de la mujer al ámbito social y económico del país, a su estructura productiva, para de esta manera ampliar la libertad individual de la mujer sobre su propio cuerpo y su posibilidad de decisión. Sin embargo, esta postura se encuentra representada en metas demográficas que han traducido sus resultados en las metas de usuarias de anticonceptivos; el número se convierte de esta manera en la base fundamental para la evaluación del éxito, la eficiencia y/o la eficacia de los programas, de hecho sigue siendo más importante si los programas son percibidos por las mujeres, antes de si realmente existe la disponibilidad y el acceso para su uso (Aparicio;1993, Welti;1980).

La tensión entre las prioridades demográficas y la elección reproductiva, y la tensión entre los estándares internacionales y las costumbres locales y religiosas de cada ámbito cultural se pone en juego justamente en el marco de los criterios básicos de las instituciones que prestan los servicios de atención médica (Freedman;1993)

Sandoval, director de Estudios Demográficos de la misma institución, cuando presentaban a la prensa el plan para cambiar la conducta reproductiva del mexicano y proponían la meta demográfica del 1.6% de crecimiento de la población para finales de siglo. La Jornada 29 de abril de 1995.

⁴² Aparicio Ob cit.

A tal punto llega esta situación que el lenguaje de los informes periódicos de las instituciones de salud sobre el particular se desglosa en: usuarias nuevas, usuarias activas, nacimientos evitados, impacto demográfico, continuidad en el uso del método, tasa de prevalencia, métodos de alta eficacia y continuidad y la llamada demanda insatisfecha; el énfasis es mayor en la calidad (¿o capacidad?) del servicio que en el interés de las mujeres (indicador creado para estimar la capacidad a la que se debe ampliar el servicio para cumplir las metas y los objetivos cuantitativos de cada institución en materia de planificación familiar)⁴³.

De acuerdo con los principios filosóficos y sociales de la política de población, las políticas de regulación del crecimiento de la población sólo tienen sentido si contribuyen a elevar el bienestar y la calidad de vida de la población; hasta la fecha, considerando los elementos hasta ahora expuestos, tal situación dista mucho de haberse alcanzado, por lo cual es necesario buscar otras explicaciones al respecto.

LA BIOÉTICA COMO CAMPO DE PROBLEMATIZACIÓN DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS -Tecnologías anticonceptivas y manipulación genética-

"Las personas venimos al mundo en cuerpo de hombre o en cuerpo de mujer, y esa diferencia tiene consecuencias distintas, sobre todo en la reproducción".

Marta Lamas (1993)⁴⁴.

La ética y la vida misma demandan un replanteamiento a la luz del proceso de modernización de la sociedad, de la secularización y los avances de la ciencia y la

⁴³ Figueroa 1993, Cervantes 1993, Aparicio;1993.

⁴⁴ Marta Lamas en "La bioética, proceso social y cambio de valores". Revista Sociológica -lo público y lo privado- Universidad Autónoma Metropolitana (Unidad Azcapotzalco). División de Ciencias Sociales y Humanidades. Departamento de Sociología. Año 8, No 22. Mayo-Agosto de 1993, México.

tecnología⁴⁵; entra en juego entonces el rezago de las normas jurídicas respecto del avance tecnológico y de las nuevas formas de conducta: si el desarrollo científico avanza a su vez más rápido que las normas jurídicas, cuando los avances son tan rápidos, parece difícil establecer un código ético que alcance el suficiente consenso como para tener valor legislativo⁴⁶.

Hay tres elementos éticos fundamentales en la formulación de los derechos humanos: el derecho a la vida, el derecho a la igualdad y el derecho a la libertad⁴⁷, que se supone subyacen en cualquier acción individual, en cualquier toma de decisión. El debate es candente en lo concerniente al derecho a la vida, particularmente en relación con los derechos reproductivos en los cuales entra la discusión sobre el aborto; ya en la discusión sobre el derecho a la igualdad y a la libertad, hay una referencia más explícita al sentido de justicia social, a los condicionantes económicos, sociales y culturales que restringen el acceso del individuo a la materialización de sus derechos y opciones. Es importante introducir estos elementos al considerar la problemática ética en materia de avances médicos y biotecnológicos, puesto que las tres dimensiones estarán presentes en ella.

El debate ético de la investigación científica en el área médica data de años atrás, se recuerda el racismo anglosajón predominante en Inglaterra y Estados Unidos en las décadas de los 20 y los 30 que, con el pretexto pseudocientífico de la "eugenesia", promulgó leyes restrictivas de la inmigración de grupos étnicos de Europa Meridional y de Oriente⁴⁸. El movimiento eugenésico se apoyaba en las premisas de "mejorar el pool

⁴⁵ El sentido de moderno se refiere a la sociedad como proceso altamente secularizado, con una práctica política abierta, que se pretende así misma participativa y democrática.

⁴⁶ El doctor Müller en su ponencia "Bioética y derecho internacional" va más lejos que Lamas al afirmar que existe una contradicción entre ética y tecnología, partiendo de la zaga del derecho frente al proceso de innovaciones tecnológicas relativas a la salud, y al desarrollo de las biotecnologías que según el autor tendrán un repercusión fundamental en la salud y en el derecho a la salud. Memorias del Seminario Salud y derechos humanos. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México, 1991

⁴⁷ Marta Lamas. Ob cit.

⁴⁸ Ejemplo de tales medidas fue, la esterilización de decenas de miles de personas en Estados Unidos, argumentándose que la inteligencia es heredada y que los mecanismos genéticos explican la mayoría de casos de un mal definido como

genético estimulando la reproducción de aquellos con características deseables, y restringiendo la de aquellos con características indeseables"(Penchaszadeh;1991; Tuirán;1988). La eugenesia expresa la influencia del darwinismo social y enfatiza, a diferencia del neomalthusianismo, el control cualitativo más que cuantitativo de la población; propone la eugenesia mejorar el stock genético de la población a través de estimular, por un lado, la reproducción de los grupos raciales o sociales, considerados como superiores (la llamada *eugenesia positiva*) y, por el otro, promover el control de la reproducción entre los grupos definidos como "dispensables" o "inferiores" (la llamada *eugenesia negativa*)⁴⁹.

En la actualidad, aunque nadie se atreve a mencionar la palabra eugenesia, se está empezando a discutir si se puede utilizar esa tecnología para favorecer la transmisión de ciertos genes "deseables", o cuestionar el derecho de una pareja con riesgo genético aumentado a procrear o a proseguir un embarazo con un feto afectado por una enfermedad genética; lo que parece conducirnos a la conclusión contundente de que no existe libertad de elección total o absoluta en materia reproductiva⁵⁰.

En el terreno de la salud y los derechos humanos, la nueva tecnología genética también está llamada a tener profundas influencias, al suministrar nuevas armas diagnósticas y terapéuticas para enfrentar enfermedades hasta ahora sin tratamiento, al proporcionar nuevas herramientas para la identificación humana, y al hacer factible la instrumentación genética para modificar características genéticas, para bien o para mal. Las posibilidades de la nueva tecnología son tan enormes, y sus repercusiones éticas tan trascendentes, que es imprescindible que los conocimientos de genética pasen a ser del dominio público. Esta es la única manera de que la comunidad en general -no

"retardo mental". Otro ejemplo mucho más claro fueron las políticas genocidas de la Alemania nazi, cuyas leyes eugenésicas legitimaron la esterilización y/o asesinato de miles de personas con afecciones que se suponían (generalmente erróneamente) de origen genético.

⁴⁹ Rodolfo Tuirán Gutiérrez. "Sociedad disciplinaria, resistencia y anticoncepción". Memorias de la Reunión sobre avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar. México. 1988.

⁵⁰ Se recuerdan los elementos puestos a discusión en el capítulo anterior, profundizados ahora en lo que toca a la responsabilidad individual, social y sobre todo a la competencia ética del profesional de salud.

Únicamente los científicos- determine los rumbos éticos de las investigaciones e intervenciones en genética, no sólo en el ser humano, sino en todas las especies del planeta⁵¹.

Mientras las mujeres están obligadas a defender sus derechos al aborto, a los consultorios, a los servicios sociales, y la lucha por una ley contra la violencia sexual, por el parto humanizado, y por una real paridad en el trabajo, está todavía en pañales la investigación científica y tecnológica que, desde lo hondo de sus laboratorios, prepara técnicas de reproducción artificial y de ingeniería genética las cuales desplazan el horizonte que hasta ahora ha definido la sexualidad masculina y femenina⁵². Una cosa es separar el ejercicio de la sexualidad del ejercicio reproductivo gracias al avance de las

⁵¹ Víctor B. Penchaszadeh. "Genética y derechos humanos" Memorias Seminario Salud y Derechos Humanos. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México, 1991.

⁵² Francesca Gargallo, 1993 y Marta Lamas, 1993. Ambas autoras abordan el debate de la bioética desde la perspectiva de género y refiriendo experiencias concretas de Europa y de América Latina respectivamente. Quisiera comentar, para ilustrar esta discusión, lo sucedido en Brasil hace dos tres años con el caso de la investigación del Norplant, un proyecto financiado por el Population Council, en el cual se evidenció la ausencia de medidas de reglamentación, supervisión y vigilancia de los protocolos de investigación médica particularmente en materia anticonceptiva; la polémica pasó a los medios de comunicación y la controversia se amplió por grupos feministas defensoras de los derechos reproductivos y la libertad sexual de las mujeres. Aunque las prioridades estatales en el discurso oficial contemplaban: la investigación y desarrollo de anticonceptivos orales más efectivos y menos peligrosos, inclusive para el hombre; pruebas clínicas para la evaluación de la efectividad y seguridad de los nuevos productos; desarrollo de anticonceptivos más seguros, efectivos y menos costosos; y el desarrollo de métodos precisos para determinar el periodo de la fertilidad, lo cierto es que se incumplió con las medidas reguladoras de tales actividades, particularmente en este caso del Norplant, cuyo punto de quiebre fue justamente la desinformación de las mujeres voluntarias participantes, e incluso el desconocimiento de los efectos secundarios y los mecanismos de acción reales del método al que estaban exponiéndose; además la prensa demostró que no se utilizaron protocolos oficiales de consentimiento, se reclutaron voluntarias para la experimentación en centros no autorizados, y los procedimientos utilizados no fueron aplicados de manera homogénea, encontrándose incluso fumadoras, adolescentes y diabéticas dentro de las voluntarias consignadas en la investigación. Para no extendernos en el caso, finalmente se puso en evidencia la preeminencia del racionalismo científico con el que se procedió en la investigación, el desconocimiento de los condicionantes sociales y culturales sobre los cuales se estaba llevando a cabo la investigación, y el énfasis marcado de las empresas e instituciones comprometidas en invertir en anticonceptivos de alta tecnología con efectos más duraderos y que implicaban, en última instancia mayor control por parte de los proveedores (en otras palabras, más medicalización). Por lo tanto, se puede concluir que en determinado caso la alta tecnología puede representar una amenaza para la libertad de elección de la mujer, y además se corre un riesgo de error en este tipo de investigaciones, lo cual el investigador tratará de disminuir pero no tiene el interés de entender. Los conceptos de ciudadanía y derechos humanos son incipientes en estos planos, todavía no incluyen el derecho del usuario de impugnar la prácticas médicas y de exigir respeto a su opinión frente a la elección del tratamiento. Para ver en detalle este caso revisar el artículo de Carmen Barroso y Sonia Correa "Servidores públicos vs Profesionales liberales: La política de la investigación sobre anticoncepción". Revista Estudios Sociológicos. No IX. México. 1991.

tecnologías reproductivas, y otra es el sentido de separar de la maternidad el componente sexual, el mundo de la maternidad sin sexualidad.

En este punto es donde entra en juego el concepto de bioética, entendido como una ética de la investigación biológica en la cual se identifican tres tipos de problemas o áreas básicas⁵³: *los relativos a la ética bio-médica*, que analiza fundamentalmente la relación médico-paciente; *los relativos al medio ambiente y a los seres vivos en general*; por último, *los relativos a la ingeniería y la manipulación genética* (Gargallo;1993, Lamas;1993). La bioética aparece como la manifestación del empeño en dar sentido a la propia libertad del paciente, es el mantenimiento equilibrado entre libertad y responsabilidad, por lo tanto expresa el dilema entre la libertad individual y la responsabilidad social.

Es conveniente hacer un paréntesis para señalar un elemento presente en esta discusión -que será además no sólo reiterativa en todo el presente capítulo, sino en todo el trabajo-, y es la discusión entre lo público y lo privado como espacios usados para deslegitimar o legitimar ciertos intereses o puntos de vista; estas dos dimensiones ponen en juego la pertenencia de ciertas decisiones a los individuos, a la sociedad, y la exclusiva competencia de cada una de las instancias involucradas; para el caso que nos atañe, la defensa de la decisión individual respecto al uso reproductivo y sexual del cuerpo y el control sobre la duración de la vida⁵⁴. El meollo según varios autores (Figuroa:1991,1993,1995; Lamas:1993; De Barbieri:1980; Cervantes:1993,1995; Aparicio:1993; entre otros) es el reconocimiento de la libertad de elegir, es el paso entre poseer y ejercer el derecho⁵⁵.

⁵³ Francesca Gargallo en "Nuevas técnicas reproductivas: el debate de las italianas". Revista Debate Feminista - Fronteras límites y negociaciones-. Año 4, Vol. 8, México, septiembre de 1993

⁵⁴ Dice Aparicio (1993) que un bastión fundamental de la lucha feminista es el aborto; la ideología patriarcal se juega en el aborto una carta clave para asegurar la voluntad monolítica de poder y control sobre la mujer y sobre la vida y la muerte; además no puede dejar de considerarse un factor demográfico fundamental, especialmente cuando se habla de regulación de la fecundidad.

⁵⁵ Figuroa y Cervantes insisten en la titularidad inalienable del derecho humano y reproductivo de todo individuo por el hecho de ser ciudadano, por el hecho de existir y tener inmediatamente el reconocimiento como tal, materializado en la titularidad; de allí a ejercerlo es otra discusión, puesto que en tal ejercicio entran en juego las condiciones sociales, económicas y culturales con las cuales los individuos actúan y acceden a ellos.

pueda decidir sobre la técnica sino también sobre el destino del material genético; y , por último, la garantía de que a los hijos nacidos de las nuevas técnicas les sean aseguradas las condiciones de paridad y tutelados sus derechos⁵⁹.

La tecnología genética toca varios de los puntos contenidos en la Carta de los Derechos Humanos, sólo por mencionar algunos baste indicar que el concepto de atención de salud en genética tiene connotaciones especiales, pues muchas de las acciones preventivas y terapéuticas se relacionan con el fenómeno de la reproducción; dadas las condiciones bajo las cuales se toma cualquier decisión sobre la materia, es fundamental que las acciones sean estrictamente voluntarias y que las parejas cuenten con la información suficiente y disponible para poder actuar libre y responsablemente⁶⁰. Los derechos que pueden verse afectados por la comisión u omisión , en la acción de la genética humana son:

- El derecho a la información objetiva, acertada y completa.
- El derecho a la atención médica preventiva y/o curativa en relación a enfermedades genéticas; este derecho incluye también el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de personas con discapacidades genéticas, sin discriminación alguna.
- El derecho a decidir libremente sobre su reproducción, incluyendo la decisión de procrear aún en presencia de riesgos genéticos, de continuar un embarazo aún si el diagnóstico prenatal indica un feto afectado, o de interrumpirlo si así lo desea la madre o la pareja.
- El derecho a la privacidad, donde la información genética obtenida en el curso de cualquier tipo de análisis debe ser estrictamente confidencial y restringida para el uso por parte de los profesionales de la salud directamente involucrados.

⁵⁹ Extractos de la declaración presentada en el Encuentro de mujeres candidatas a elecciones en junio de 1987 en Roma, algunos elementos fueron adicionados por boletines de prensa del diario La jornada, en el suplemento especial de la doble jornada de los lunes del mes de mayo del 96, dedicados a la conmemoración del mes de la madre, y los del mes de marzo, dedicados a las jornadas mundiales del día internacional de la mujer. Ver Gargallo (1993), y Diario La jornada; suplementos especiales -Doble Jornada- mes de marzo, abril y mayo de 1996.

⁶⁰ Victor B. Penchaszadeh. "Genética y derechos humanos". Ob cit.

- El derecho a la autonomía individual, a decidir autónomamente sobre cuestiones relacionadas con su salud genética, y, por último,
- El derecho de toda persona a ser tratada como ser humano y a no ser discriminada por sus características genéticas.

La aplicación de las tecnologías genéticas pueden contribuir a disminuir el sufrimiento, la discapacidad y la muerte causados por las enfermedades genéticas, en la medida en que se salvaguarden los principios éticos y los derechos humanos fundamentales que se han mencionado, de lo contrario, nuevamente se constituirá en un elemento más de intervención y de control sobre el comportamiento reproductivo de la población y la cosificación del cuerpo de la mujer como depositaria de la experimentación de esta tecnología⁶¹.

Los valores construidos por la sociedad suelen manifestar aspectos universales de la experiencia y potencialidad humana, éstos se reflejan en los planteamientos de los derechos humanos universales como el derecho a la vida, el derecho a la igualdad y el derecho a la libertad, situación que hace más evidente la necesidad de que los legisladores conozcan la realidad, para estructurar nuevas obligaciones éticas que tomen en consideración dichos derechos⁶².

⁶¹ Dice Sonia Correa y Rosalind Petchesky que las normas éticas están siempre sujetas a la variación histórica y a la controversia política, como Jacques Derrida considera, citado por las autoras, en ellas está implícita la estructura sintáctica de la ley y del derecho que conviven en su ejercicio con una fuerza autorizada y con la posibilidad de deconstrucción. Documento inédito adaptado especialmente para el II Curso de Salud Reproductiva y Sexualidad, sobre los derechos sexuales y reproductivos desde la perspectiva feminista, UNICAMP, Brasil, 1993.

⁶² Lamas. Ob cit.

LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DESDE LAS POSTURAS FEMINISTAS. CONSIDERANDO EL GENERO

"Las mujeres no estamos en contra de los avances científicos, sino alarmadas del uso que se hace de ellos. Uso sobre el que no tenemos ni conocimiento, ni poder, ni siquiera el de detenerlo.

María, en "Fue niña", pastorela de Navidad
Revista Debate Feminista No. 8, 1993..

Hacia finales de los sesentas se produjo un resurgimiento de los movimientos femeninos que colocaron en primera línea del conocimiento público la equidad sexual y la necesidad de reordenar las relaciones básicas; los objetivos de estos movimientos varían desde las reclamaciones militantes por la igualdad de derechos respecto al varón⁶³, hasta exigencias del derecho a la igualdad de oportunidades en el empleo, la educación y la vida pública⁶⁴ Graciarena (1975), citando a la ONU en el 74.

En este sentido, la posición feminista no se centra en la simple incorporación de la dimensión de la diferencia sexual como categoría analítica, sino como lo dice Fraser: *"...en la necesidad de reconocer que la visión del mundo y el pensamiento social ha estado estructurado desde lo masculino y excluyendo lo femenino, de que es en este sentido androcéntrica y por ello debe ser criticada, disecada y sustituida..."*⁶⁵. La postura del cambio de construcción social por la vía del desmonte del sistema patriarcal, la apoya Maier(1992) cuando afirma: *"...Modificar las pautas androcéntricas y patriarcales tradicionales implica una*

⁶³ Algunos grupos feministas radicales cuestionaron la igualdad entre hombre y mujer, particularmente en los aspectos reproductivos, por considerar que al ser la mujer la biológicamente apta para la reproducción y la portadora del producto, debe tener prioridad en la decisión sobre su cuerpo y que esta decisión no puede ser equiparada al varón pues necesariamente tendría que cooptar el derecho a la autodeterminación de la mujer sobre sí misma, se prefiere entonces hablar de equidad, para referirse a contextos amplios generales, pero en los aspectos reproductivos se mantienen aún hoy puntos suspensivos.

⁶⁴ Jorge Graciarena, "Notas sobre el problema de la desigualdad sexual en sociedades de clase". en Mujeres en América Latina: Aportes para una discusión. Comisión Económica para América Latina CEPAL. Fondo de Cultura Económica. México, 1975.

⁶⁵ Fraser cita a Nicholson. L. en su texto *Unruly Practices. Power, discourse and gender in contemporary social theory.* Minneapolis, Minnessota. University of Minnessota Press. 1989.

nueva práctica compartida por ambos sexos para renombrar la realidad, reconstruir la historia, redefinir las tareas, los espacios y los problemas, retomar decisiones, desarrollar soluciones conjuntamente y reorganizar el ejercicio de poder de manera cada vez más horizontal.

A partir de los setenta se han llevado a cabo cuatro conferencias mundiales sobre la mujer: la primera, en 1975, realizada en México; la segunda, en 1980, en Copenhague; la tercera, en 1985, en Nairobi, y la cuarta, en Beijing China. Estos eventos se han constituido en su momento en la plataforma de acción de los movimientos y organizaciones de mujeres de todo el mundo en torno a la necesidad de reflexión y discusión de la problemática actual de las mujeres, las condiciones socioeconómicas y culturales en las que se encuentra cada país, y la condición actual respecto a los derechos humanos y reproductivos, en los cuales la mujer es el actor principal, (sería la actriz principal).

Varias autoras han demostrado en sus estudios la existencia de sesgos en el análisis teórico y empírico en las ciencias sociales en los que se reflejan conflictos en una posición androcéntrica de base⁶⁶. El principal de estos sesgos, es la consideración de la conducta masculina como parámetro de normalidad política⁶⁷ Astelarra(1990).

Dado que la posición de las mujeres en la esfera pública política puede considerarse una subcultura política forjada por la desigualdad en las relaciones sociales entre los géneros y por su interiorización frente al otro desvalorizada -pese a los derechos formales adquiridos- la construcción genérica establece la diferencia y marca la acción colectiva de acuerdo con cada momento, con cada circunstancia⁶⁸ Jones(1992).

⁶⁶ El problema con el modelo androcéntrico, afirma Connell, no es que las cualidades femenino/masculino puedan ser combinadas en la misma persona, lo realmente útil de este modelo es que la combinación de los dos, resuelve la tensión entre ellos.

⁶⁷ Astelarra Judith (compiladora). En Las mujeres y la política parte del texto Participación política de las mujeres. Madrid, Siglo XXI. 1990.

⁶⁸ Kathleen Jones hace una disertación alrededor de la repercusión de la construcción genérica en la constitución de espacios democráticos en su artículo "Hacia una revisión de la política" en Política y Cultura. No.1. México. Octubre de 1992.

Algunas autoras insisten en la necesidad de reconocer que la política de las reivindicaciones, por más que éstas sean justas, es una política subordinada y de la subordinación, toda vez que se apoya sobre lo que resulta justo según la realidad proyectada y sostenida por otros y porque adopta, lógicamente, sus formas políticas, es decir masculinas en su origen⁶⁹. Una política de liberación, como han designado al feminismo las autoras, debe adoptar un fundamento para la libertad de la mujer; la unión y la interrelación entre las mujeres es a la vez, la base, el contenido y el instrumento de esta lucha⁷⁰. En consecuencia la mujer debe actuar políticamente por ella misma, a fin de lograr adelantos en su causa, utilizando cualquier forma de organización que le sea apropiada (Joekes, 1987).

Tuñón (1987) considera al respecto que no es suficiente la lucha por el acceso al trabajo, a la educación y a la vida pública en igualdad con el hombre, porque la mujer que se asume en esta posición está limitada por su condición sexual -que realmente es construída socialmente-. El cambio para la autora, radica en buscar otras estrategias, entre ellas el desmonte, la deconstrucción de la opresión femenina en los terrenos ideológicos, en los cuales se pueden encontrar los elementos añejos y modernos que han venido alimentando a las diferentes clases sociales, edades y niveles de educación.

Las Naciones Unidas en su documento "Estrategia Internacional del desarrollo para el Tercer decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo" (Nueva York.1981), considera que a través de las formas organizativas y en general las legislaciones mismas deben reparar en el mayor acceso de la mujer a la alimentación, los servicios de salud, la

⁶⁹ En este punto Arizpe justamente considera que las mujeres son la única mayoría que tiene una ideología de minoría, en el sentido en que su lucha la han asumido por años en una especie de doble militancia, descrita por la autora como la lucha simultánea por la igualdad y equidad genérica por un lado, y la lucha por las transformaciones estructurales, las sociales y económicas, por el otro. No se trata, dice Arizpe, de asumirse como desigual frente al hombre, pues esta desigualdad es ideológica y de poder que se construye desde lo sociocultural y se define con base en la diferenciación biológica.

⁷⁰ Colectivo de la librería de Milán en el fragmento del libro "No creas tener derechos" publicado por la editorial horas y horas de Madrid; en la revista Debate Feminista -política, trabajo y tiempos- Año 4, Vol. 7. México, Marzo de 1993.

educación, el adiestramiento, el empleo y los recursos financieros, así como una participación mayor en el análisis, planeamiento, toma de decisiones, ejecución y evaluación del desarrollo. En otro apartado dice el documento deben fomentarse cambios que conduzcan a que el hombre y la mujer compartan sus responsabilidades en la familia y en el manejo del hogar, y deben fortalecerse los mecanismos institucionales y administrativos para lograr estos objetivos⁷¹.

Los cambios en la redefinición de los cambios en lo privado y lo público, en términos del papel del estado, de la reproducción social, de las relaciones conyugales, y de la participación política de las mujeres, que conllevan sus demandas, sobrepasan por mucho los programas de transformación social postulados en la actualidad por la mayoría de partidos políticos⁷², es aquí donde se prueba una vez más que la distancia entre el discurso y la práctica en materia de reglamentación de propuestas y programas, es más, en materia de los mismos derechos constitucionales es un hecho.

CONCLUSIONES

En la legislación y la Constitución mexicana se refleja el reconocimiento implícito de los derechos reproductivos. Sin embargo, la noción del derecho a decidir sobre la reproducción, citado en infinidad de documentos oficiales, es tan general que se vuelve, en su aplicación, un tanto difusa y ambigua, porque incorpora elementos valorativos cuya interpretación no es única.

El punto de encuentro de las luchas y las movilizaciones de mujeres ha sido no sólo la concentración de propuestas democráticas para garantizar el reconocimiento y el respeto de los derechos humanos ya ratificados por nuestros países, sino también por el avance de la movilización al incorporar en sus propuestas, la presión social por el también

⁷¹ Naciones Unidas, "Estrategia Internacional del Desarrollo para el Tercer Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo". Nueva York. Departamento de Información Pública de Naciones Unidas. 1981.

⁷² Arispe. Ob cit.

reconocimiento de los derechos reproductivos y la incorporación de los mismos como derechos humanos para consolidar la lucha.

Desde el campo de la investigación y la elaboración de los programas diseñados en el área de la planificación familiar, en el marco de la política de población en México, se observa: a) que las condiciones requeridas para materializar el ejercicio pleno del derecho son de diversa índole y complejidad, b) que aunque la coordinación institucional se enmarca en el reconocimiento de los derechos reproductivos, el compromiso oficial de reducir el ritmo de fecundidad, y las metas demográficas estipuladas por los documentos y programas oficiales a alcanzar en el corto y el mediano plazo son aspectos que reducen su alcance y su perspectiva; c) que el criterio numérico para evaluar los programas de planificación familiar representa en sí mismo un reduccionismo de la labor de las instituciones gubernamentales encargadas de proveer no sólo los métodos de regulación de la fecundidad, sino también, la información adecuada para ello. Y por último, d) El peso de la meta demográfica sobre los programas de planificación familiar, reduce las posibilidades del mismo para ofrecer un servicio integral y subvalora la decisión y autodeterminación de las(os) usuarias(os) del servicio, llegando incluso a constituirse en violación de los derechos humanos⁷³.

La lucha por los derechos reproductivos representa la posibilidad de conformar una plataforma ciudadana de oposición al proyecto neoliberal, así como incorporar a la lucha por la democracia a una población que resiente en su salud reproductiva las carencias y arbitrariedades generadas por la desigualdad social.

Sin la transformación de las condiciones socioeconómicas y la satisfacción de las necesidades básicas, las mujeres difícilmente podrán decidir y regular su comportamiento reproductivo, el conocimiento del propio cuerpo y la posibilidad de decidir sobre él, está condicionado por otras necesidades relacionadas con la

⁷³ un ejemplo de esto es el caso de la oclusión tubaria

subsistencia, mismas que hasta no ser superadas ostaculizan cualquier avance en el ámbito de los derechos reproductivos y no logrará trascender el discurso político, puesto que sólo una vez garantizadas las condiciones mínimas de subsistencia, la posibilidad de reivindicar otras condiciones integrales de la calidad y el nivel de vida serán más viables.

La dimensión educativa representa la posibilidad de brindar a la población la información necesaria y adecuada para hacer efectivo el ejercicio de sus derechos reproductivos, la capacidad de decisión libre y responsable con base en el conocimiento de los elementos básicos que tal acción requiere; la información incluye los adelantos médicos, las investigaciones y las tecnologías tanto anticonceptivas como las relacionadas con la infertilidad y la experimentación genética.

Los derechos reproductivos están enmarcados en los derechos humanos, por esto es necesario normarlos con base en estos, establecer pautas de comportamiento en las relaciones que se llevan a cabo entre los actores sociales que interactúan sobre el área del comportamiento reproductivo, fundamentalmente entre la población usuaria y los prestadores de servicios, debe ser considerada como una acción prioritaria. El debate ético pone en juego el conflicto de intereses presente en la regulación del comportamiento reproductivo, marcando los límites de la acción entre quienes interactúan en él.

Este debate también tiene que ver con la incorporación de las nuevas investigaciones que se refieren a la salud reproductiva pero que no están incorporados en los programas. No puede ser que el costo de los avances en la investigación genética, en las tecnologías y los adelantos médicos anticonceptivos sigan representando la pérdida y la negación de los derechos y las facultades de la población usuaria sobre la cual se aplican. La vigilancia social, mediante la participación activa de todos los individuos implicados en la experimentación y la investigación, es un requisito básico para asegurar el rumbo y los límites de tales adelantos.

El énfasis dado a la función de la reproducción como función de la sexualidad por la construcción sociocultural imperante, limita las posibilidades del ejercicio del derecho reproductivo y del derecho sexual de los individuos, particularmente de la mujer, de ahí que sea necesaria la deconstrucción afirmativa y el empoderamiento de la mujer respecto a la valoración de la sexualidad y la recuperación de su propio cuerpo; este es un punto elemental para la materialización del derecho reproductivo.

BIBLIOGRAFÍA

- Aparicio Jiménez Ricardo Cesar. Políticas de población, políticas de planificación familiar y derechos reproductivos en México. Paralela No 13: Implicaciones políticas, jurídicas y éticas de los cambios demográficos. Organiza: Rodolfo Tuirán. IV Conferencia Latinoamericana de población. La transición demográfica en América Latina y el Caribe. Volumen II Memorias publicadas por INEGI e IISUNAM, México 23-26 de marzo de 1993.
- Arizpe Lourdes. La mujer en el desarrollo de México y de América Latina. CRIM-UNAM. México, 1989.
- Astelarra Judith (compiladora) En Las mujeres y la política parte del texto Participación política de las mujeres. Madrid, Siglo XXI. 1990.
- Barroso Carmen y Correa Sonia. Servidores públicos vs Profesionales liberales. La política de la investigación sobre anticoncepción. Revista Estudios Sociológicos. No IX. México, 1991.
- Benitez Zenteno Raúl. Derechos Humanos, población y políticas de población. Memorias II Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, México, noviembre de 1980.
- Benitez Zenteno Raúl. La búsqueda del real bienestar social en su nota editorial de la Revista Demos No 8. IISUNAM México, 1995.
- Boletín Salud Reproductiva y Sociedad. No. 3, Año 1, El Colegio de México, México, Mayo-Agosto de 1994
- Cervantes Carson Alejandro. De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y derechos humanos en México. Versión preparada para la antología sobre ética y salud reproductiva. Programa de estudios de género. Universidad Nacional Autónoma de México, 1993.
- Cervantes Carson Alejandro. Derechos reproductivos: hacia la fundación de un campo cognoscitivo Ponencia presentada en el XX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, América Latina y el Caribe. Perspectivas de su reconstrucción. Comisión de trabajo: Género, sexualidad, familia y reproducción social. Sesión: Salud y derechos en el espacio de la sexualidad y la reproducción. México D.F., 1995.
- Cervantes Carson Alejandro. Derridas's Strategy: Remarks on politics, otherness, and woman. Department of Sociology & Population Research Center. University of Texas at Austin. Mimeo. USA. 1995.

Cervantes Carson Alejandro. Tolerancia de su necesidad e insuficiencia (contribuciones a la formación de una nueva ética) Revista Topodrijo. Número doble 40-41. Septiembre-diciembre. Universidad Autónoma Metropolitana (Unidad Ixtapalapa). México, 1995.

Cook Rebecca J. International Human Rights and Women's Reproductive Health. In Studies in Family Planning. Vol. 24, No. 2, Mar/Apr 1993.

Colectivo de la librería de Milán. Fragmento del libro "No creas tener derechos" publicado por la editorial horas y horas de Madrid, en la revista Debate Feminista -política, trabajo y tiempos- Año 4, Vol. 7, México. Marzo de 1993.

Connell R.W. Gender and Power: Society, the person and sexual politics. Stanford University Press. Stanford, California, 1987.

Correa Sonia y Petchesky Rosalind. Documento inédito adaptado especialmente para el II Curso de Salud Reproductiva y Sexualidad, sobre los derechos sexuales y reproductivos desde la perspectiva feminista. UNICAMP, Brasil, 1993.

De Barbieri Teresita. derechos humanos de las mujeres y políticas de población una relación compleja. Memorias II Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, México, noviembre de 1980.

Diario La Jornada Revisión Hemerográfica Columna de Sara Lovera, y suplemento especial La Doble Jornada de los días lunes. México. 29 de abril, 1 de septiembre, 26 de octubre y 17 22 y 23 de noviembre de 1995.

Figueroa Perea Juan Guillermo y Rivera Reyes Gabriela. Algunas reflexiones sobre la representación social de la sexualidad femenina Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana. Coordinadora Soledad González Montes. El Colegio de México. Programa Interdisciplinarios de Estudios de la Mujer. México, 1993.

Figueroa Perea Juan Guillermo. Derechos reproductivos y el espacio de la salud Revista Demos No. 7. IISUNAM, México, 1994.

Figueroa Perea Juan Guillermo. Apuntes sobre algunas posibilidades de autodeterminación reproductiva en América Latina. Revista Perfiles Latinoamericanos. Sede Académica de México de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO. Año 4, No. 6. México, Junio de 1995.

Figueroa Perea Juan Guillermo. Aproximación a los derechos reproductivos. Serie Reflexiones No 8, Programa Salud Reproductiva y Sociedad. El Colegio de México. México, 1995.

Franco Saúl. Violencia, derechos humanos y salud. Memorias Seminario Salud y Derechos Humanos. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México, 1991.

Fraser Nancy. Unruly Practices. Power, discourse and gender in contemporary social theory. Minneapolis, Minnesota. University of Minnesota Press. 1989

Friedman Lynn P. and Isaacs Stephen L. Human Rights and Reproductive Choice. In Studies in Family Planning. Vol 24, No. 1, Jan/Feb 1993.

Gargallo Francesca. Nuevas técnicas reproductivas: el debate de las italianas. Revista Debate Feminista -Fronteras, límites y negociaciones-. Año 4, Vol. 8. México, septiembre 1993.

Graciarena Jorge. Notas sobre el problema de la desigualdad sexual en sociedades de clase en Mujeres en América Latina: Aportes para una discusión. Comisión Económica para América Latina CEPAL. Fondo de cultura Económica. México. 1975

Isaacs Stephen. Incentives, population policy and reproductive rights: ethical issues. In Studies in family planning. Vol. 26, No. 6, Nov-Dec of 1995.

Joekes, Susan P. La mujer y la economía mundial Instituto Internacional de investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la promoción de la mujer (INSTRAW). Siglo XXI Editores, México, 1987

Jones Kathleen. Hacia una revisión de la política, en Política y Cultura. No México. Octubre de 1992.

Lamas Marta. La bioética proceso social y cambio de valores. Revista Sociológica -lo público y lo privado- Universidad Autónoma Metropolitana (Unidad Azcapotzalco). División de Ciencias Sociales y Humanidades. Departamento de Sociología. Año 8, No 22. Mayo-Agosto de 1993. México.

Lamas Marta. Cuerpo: Diferencia sexual y género. Artículo de la revista Debate feminista. Número sobre Cuerpo y Política. Año 5 Vol. 10, Sept. 1994.

Leyes y Códigos de México: CONSTITUCIÓN POLÍTICA de los Estados Unidos Mexicanos. Septuagésima edición. Editorial Porrúa, S.A. México, 1982.

Maier Hirsch Elizabeth. La mujer frente a los derechos humanos Artículo de la Revista Política y Cultura de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. No. 1, México, Otoño de 1992

Maier Hirsch Elizabeth. Tesis de Doctorado. La mujer como sujeto político inédito. México, 1996.

Miró Carmen A. Los derechos humanos y las políticas de población Memorias de la II Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, México, noviembre de 1980

Müller Díaz Luis. Bioética y derecho internacional. Memorias del Seminario Salud y derechos humanos. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México, 1991.

Naciones Unidas. documentos oficiales Centro para la Información Económica y Social. Las acciones tomadas en Bucarest. Nueva York. ONU 1979.

Naciones Unidas. Estrategia Internacional del Desarrollo para el Tercer Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Nueva York. Departamento de Información Pública de Naciones Unidas. 1981.

Penchaszadeh Victor B. Genética y derechos humanos. Memorias Seminario Salud y Derechos Humanos. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México, 1991.

Plata María Isabel. Los nuevos derechos: el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Seminario sobre Derechos Humanos con perspectiva de género. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas, Programa de estudios de Género, Mujer y Desarrollo y el Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos, ILSA. Bogotá, Octubre de 1995.

Population Reports. Vol XXII, No 1. Serie M. No 12. Temas especiales. Julio de 1994.

Rosas B María Isabel. Derechos sexuales y reproductivos ejes de una estrategia de desarrollo. En La muralla y el laberinto, huellas de las mujeres en la Conferencia de Beijing, abril de 1996. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer. CLADEM Lima Perú, abril de 1996.

Rowbotham Sheila. La mujer ignorada por la historia. En Tribuna Feminista. Editorial Pluma y debate. Bogotá, Colombia. 1980.

Salazar Luis. Derechos humanos y democracia moderna. Semanario de política y cultura Etcétera, No. 69, México, 26 de mayo de 1994.

Sartori, G. Teoría de la democracia. Vol. 2, Cap. XI, Alianza Universidad, Madrid, 1988.

Secretaría de Gobernación, Consejo Nacional de Población CONAPO Programa Nacional de Población 1995 - 2000. Poder Ejecutivo Federal.

Tuirán Gutiérrez Rodolfo. Sociedad disciplinaria, resistencia y anticoncepción. Memorias de la Reunión sobre avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar. Editado por la Dirección Nacional de Planificación Familiar. SSA. México. 1988.

Tuñón Pablos Julia. Mujeres en México: una historia olvidada. Editorial Planeta. México. 1987.

UNESCO Human rights aspects of population programmes: with special reference to human rights law. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. France 1977.

Waizer Michel Spheres of Justice. A defense of pluralism and equality. Basic Books. N.Y., 1983.

Weiti Chanes Carlos. Efectos del desarrollo socioeconómico y la disponibilidad de servicios anticonceptivos sobre la fecundidad en México en 1976. Memorias de la II Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. México, noviembre de 1980.

**CAPITULO IV:
LA SALUD REPRODUCTIVA COMO PROGRAMA DE CAMBIO EN
POLITICA DE POBLACION**

CAPITULO IV
LA SALUD REPRODUCTIVA COMO PROGRAMA DE CAMBIO
EN POLITICA DE POBLACION

"...Para evitar muertes y enfermedades no es suficiente la medicina curativa, ni siquiera la prevención: es preciso modificar a fondo sus causas estructurales, relacionadas directamente con las condiciones de vida. Esto implicaría la refundación de la vida cotidiana sobre otras bases..".

Marcela Lagarde (1996).

La discusión acerca de las condiciones de salud, particularmente las que tienen que ver con los procesos relacionados con la salud reproductiva constituyen un campo amplio y complejo en el que se expresan las desigualdades genéricas basadas en las construcciones sociales en las cuales las mujeres cumplen un rol social específico que vincula el aspecto de la reproducción biológica, la reproducción social y la reproducción cotidiana, en palabras de Jelin(1980). En esta cuarta y última parte, el trabajo centrará la atención en tres tópicos básicos para entrar en el meollo de cada proceso y por ende en las desigualdades propias de la construcción social a la cual se hace mención, particularmente en la situación actual de las mujeres mexicanas. Estos tópicos se constituirán en tres partes en las cuales se divide y a su vez se articula este capítulo y son las siguientes:

- Primera Parte La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo.
- Segunda Parte El programa de Salud Reproductiva en México.
- Tercera Parte La relación investigación-política pública: Antecedentes sobre la salud reproductiva en México.

Desde luego, a sabiendas de la extensión de cada parte se trata de articular en cada una de ellas preguntas fundamentales que hilen entre sí los principios básicos sobre los cuales descansa el concepto de salud reproductiva y que son los siguientes: el reconocimiento de los derechos humanos, más exactamente los derechos reproductivos;

la necesidad de buscar la equidad de mujeres y hombres a través de la calidad de atención y la calidad de vida, y por último; la consideración de los elementos éticos personales y sociales de quienes en la salud reproductiva intervienen.

A lo largo del presente capítulo se reiterará una y otra vez, como se ha hecho en los anteriores, que la articulación y las dimensiones posibles presentes en la problemática y el concepto mismo de salud reproductiva lleva a trascender las fronteras nacionales y que de partida será necesario abordarla desde la perspectiva de género, para mirar con ella los problemas del desarrollo humano, la defensa y promoción de la vida, la equidad y la salud para todos; para comprender de esta forma, cómo intervienen las condiciones y relaciones de género en la determinación de la calidad de vida y en la construcción de un mundo social y epidemiológicamente más equitativo.

Hasta ahora, lo que se ha podido avanzar en los capítulos anteriores ha sido justamente en el análisis del papel de las instituciones de salud en México como instrumento de las políticas de población; así como en el plano internacional se ha reconocido la necesidad de articular los diversos niveles de intervención. El haber recuperado en un comienzo el papel de la política y la investigación en el área de población y salud, y el incursionar en los niveles más directos de interacción -como son la población usuaria y los prestadores de servicios- para identificar los principios de la relación, y posteriormente conocer los acuerdos internacionales en materia de derecho que rigen tal nivel de interacción, han permitido llegar a este punto, donde la controversia en torno al tema central del trabajo encuentra su síntesis: La salud reproductiva.

Si se han puesto en juego a los actores que intervienen en la problemática de la salud y del comportamiento reproductivo, ha sido justamente para reconocer su desempeño, el papel cumplido hasta ahora por cada uno de ellos hasta este momento, que se supone representa un importante punto de quiebre, pues se trata de los acuerdos internacionales de la Conferencia del Cairo, el Programa Nacional de Salud Reproductiva y los avances en la investigación además del conocimiento de la incidencia de tales eventos en la salud reproductiva de la población mexicana, particularmente la situación

de la mujer. Se supone que la base medular tanto a nivel internacional como nacional - establecido por el discurso oficial- es el compromiso de impulsar a la mujer, reconocer la importancia de su papel y llevarla al "empoderamiento" de su persona, de su capacidad reproductiva y de su capacidad de acción en torno a su condición de salud particular.

Los dos primeros tópicos seleccionados en el capítulo serán entonces el telón de fondo sobre los cuales se reconocen las disposiciones internacionales y los acuerdos a los que se llegó en la Conferencia del Cairo (1994) y de Beijing (1996); Conferencias en las que México participó, tomó parte y ratificó los acuerdos en ellas logrados y se comprometió con los Planes de Acción de cada reunión. Se revisa también la máxima expresión de tales acuerdos representados en el papel del Estado y la postura oficial de México en materia de salud reproductiva, materializada en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1995-2000), que se presentó públicamente en días pasados. Y, para identificar los avances y la situación del país en la materia, se hace un balance de la investigación en el área de la Salud Reproductiva -con particular énfasis en el área sociodemográfica-, las propuestas metodológicas, las preguntas básicas de investigación y los aportes desde la academia a la comprensión de la salud reproductiva y a la formulación de líneas de acción generadas desde los resultados de estos trabajos que a la fecha, suman cerca del centenar de proyectos, buena parte de ellos ya publicados y otros en realización.

Consciente que cada apartado del capítulo merece en sí mismo una investigación, se trata de hacer una revisión general que permita ofrecer al lector una visión de conjunto sobre los avances y las limitaciones en el conocimiento y el estado de la salud reproductiva de la población mexicana en general y de la mujer mexicana en particular, a sabiendas que los procesos que desde distintos enfoques los autores han relacionado con la salud reproductiva de la mujer condicionan su capacidad biológica, social y cultural para enfrentar los requerimientos de la procreación y la prevención de los riesgos a lo largo del periodo reproductivo; puesto que los diferenciales de salud-enfermedad están relacionados con las condiciones socioeconómicas, culturales, geográficas e

intergeneráticas; que ponen de manifiesto la base de desigualdad e inequidad sobre la cual se construyen las relaciones sociales y sexuales en el país.

El punto es establecer justamente hasta qué punto se refuerzan o se debilitan desde el discurso de los programas oficiales los condicionamientos de orden genérico y sexual y las posibilidades existentes de erradicar tales condicionamientos mediante el acceso al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que los mismos documentos contienen. Del panorama que resulte se decide en parte el futuro del país, porque lograr el reconocimiento de la mujer mexicana como sujeto político implica como lo establece Marcela Lagarde (1996): *"...alterar la relación entre poder y desarrollo de poder, y el desarrollo de poder perdurable es aquel que permite a cada mujer y a todas como género -vivir para sí- establecer pactos e intervenir en condiciones de igualdad; y esto sólo es posible si se redistribuye el poder entre los géneros, entre las clases y entre todas las categorías sociales: en un reordenamiento basado en la democracia genérica..."*.

PRIMERA PARTE: LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE POBLACION Y DESARROLLO DEL CAIRO (1994).

"El concepto de los derechos es lo más importante.... así se enraizan las políticas de población en la justicia en lugar de limitarse al lenguaje demográfico o a la fijación de metas."

Joan Dulop¹.

Desde 1975, en la Conferencia Mundial de la Población realizada en México se establece el contraste entre el cuerpo de la mujer y el cuerpo del hombre, se establece su inviolabilidad y se reconoce como elemento básico de su dignidad y libertad. Luego de las conferencias de Bucarest, de Teherán y de México, se articulan el derecho a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos, en oposición a los movimientos controlistas que buscaban precesamente controlar el crecimiento de la población de los países del tercer mundo (Freedman e Isaacs: 1993).

Es justamente en México en donde la *nueva era para el desarrollo de alternativas para la mujer*, establece que el control sobre la reproducción es una necesidad básica y un derecho para todas las mujeres, vinculado a ellas está considerado el estatus social y la salud de la mujer....*Pero nuestros cuerpos son materia de luchas entre estados, religiones, unidades domésticas dirigidas por hombres y por corporaciones privadas*².

La relación entre salud y elección reproductiva es un derecho humano fundamental, la libertad y la autonomía son conceptos complejos en la materia, por lo cual se requiere de condiciones básicas de acceso a información adecuada, servicios apropiados; el reconocimiento de estos derechos no está exento de las tensiones que se presentan entre las decisiones reproductivas y los estándares legales frente a los preceptos religiosos culturales. La Conferencia de Bucarest expande el derecho a los padres de la toma de decisión, a las parejas y a los individuos, la Conferencia de Teherán enfatiza en

¹ Germain A., Kyte R. "El Consenso del Cairo: El programa acertado en el momento oportuno". International Women's Health Coalition, N.Y., 1995.

² Declaración del Simposio Internacional en Investigación Contraceptiva y Desarrollo para el año 2000. México. 1993.

cambio en el derecho a la educación y el acceso a la información para la toma de decisiones responsable (Freedman e Isaacs:1993).

Todo este contexto obedece a la consideración de tres elementos fundamentales que constituyeron la base sobre la que giró la Conferencia del El Cairo: -los derechos reproductivos, - la salud reproductiva, y - la condición de la mujer como su eje. En el capítulo anterior introducimos la problematización de los derechos reproductivos, ahora antes de llegar al meollo del asunto -la Conferencia del Cairo- se va a considerar el concepto de salud reproductiva para seguir sus orígenes y sus alcances, particularmente en la acción.

Llegar al Cairo implicó también la Conferencia de Viena (1993) centrada en los Derechos Humanos, la reunión del Cairo, efectivamente en (1994) centrada en Población y Desarrollo y daría pie a su vez para la conferencia de Copenhague (1995) centrada a su vez en el Desarrollo Social. Las conferencias han sido espacios de concertación entre Estado y Sociedad civil para el debate, el diseño y la formulación de proyectos nacionales, regionales e internacionales. Ver Sajó (1996).

Antecedentes y construcción del concepto de la salud reproductiva:

Para la década de los cincuentas sesentas la Fundación Ford decidió apoyar el desarrollo de la demografía, para apoyar las ciencias sociales, la investigación en ciencias reproductivas y el desarrollo de los anticonceptivos -los especialistas llaman a este momento, la primera generación en investigación anticonceptiva- en medio de la discusión pública entre las políticas de población, los programas de planificación familiar y el control de los embarazos³ (Ford Foundation,1991). La Fundación para los ochentas enfatiza en los factores claves en la influencia de la demanda de programas de planificación familiar básicamente en programas de salud materno-infantil, educación de

³ La Fundación centra su acción en la ecuación de tres factores considerados por ella prioritarios: crecimiento de la población, derechos de las mujeres y equidad de género, particularmente después de concluir en la primera década de sus investigaciones que el nivel educativo de la mujer está íntimamente relacionado con el nivel de fecundidad, la autonomía y la capacidad de la mujer para tomar decisiones. Ver Ford, (1991).

las mujeres y estrategia de ingreso⁴, en la actualidad los programas de salud reproductiva se centran en los factores socioculturales y económicos que la influyen con especial atención a la posición de desventaja de las mujeres en países en desarrollo de las áreas rural y urbana a partir de su ciclo de vida, otros esfuerzos para atender las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), SIDA y de Sexualidad. Esta secuencia ilustra parte del proceso por el cual se ha avanzado alrededor de la conceptualización de la salud reproductiva, remite a sus orígenes, nos remonta a su historia.

En 1974, el Artículo 14 del Plan de Acción Mundial de población reconoce el derecho de *"...todas las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y a tener la información y la educación que le permitan hacerlo."* (Said y Nassim, 1989), paso a paso se consolida el avance en lo que más adelante sería conocido como los derechos reproductivos; se considera entonces que el proceso para definirlos ha llevado años, ha implicado reuniones, eventos, desde la movilización local de los movimientos sociales, las agrupaciones, los Organismos No Gubernamentales, las instituciones públicas del Estado hasta la discusión y el acuerdo internacional; por ejemplo, como muestra del avance de la movilización de las mujeres alrededor del mundo por demandas concretas y específicas sobre su salud, su cuerpo y su persona, en la Conferencia de Naciones Unidas, realizada en 1985 para conmemorar la Década de la Mujer consideraba en sus declaraciones finales: *"...las mujeres del tercer mundo demandamos acceso a todos los servicios de planificación familiar, incluyendo el aborto como método de interrupción para asegurar nuestro derecho a escoger por nosotras mismas cuál es el mejor método de acuerdo a nuestra situación, para proteger nuestras vidas y para proyectar las vidas de los niños que realmente deseamos y queremos cuidar. Esta es nuestra concepción de Pro-vida."* Como se verá más adelante la noción de derechos reproductivos es fundamental para entender el significado del concepto de salud reproductiva.

⁴ Naciones Unidas reconocería a la década de los ochenta como la década de las crisis económicas cuyos efectos en el medio social y físico generaron la propuesta de integrar a la mujer al proceso de desarrollo, como iniciativa de los Estados, medida que debía apuntar según la organización a fomentar e incrementar la responsabilidad de los individuos frente a su propio bienestar, y la descentralización de las organizaciones y programas estatales para ampliar la cobertura. Ver Naciones Unidas, 1993.

Khanna (1994), permite hacer un recorrido a través del tiempo de los diferentes conceptos de salud reproductiva, los antecedentes inmediatos que nos permite llegar a la definición actual; el autor señala por ejemplo como en sus inicios, alrededor de los setentas, los objetivos de los programas se limitaban a desarrollar métodos seguros, aceptables y efectivos para la regulación de la fecundidad y el monitoreo de los mismos a largo plazo, esta tendencia es confirmada por Benagiano (1989) quien afirma que en los sesentas la investigación se centró en el desarrollo de los programas de planificación familiar y la investigación en la reproducción humana; para mediados de la década, la OMS señalaría la necesidad de considerar en las investigaciones demográficas los factores socioeconómicos, culturales, económicos y psicológicos de la salud, para comienzos de los setenta, dice Benagiano, Se expanden los programas de desarrollo de la investigación y el entrenamiento en el área de la reproducción humana.

Para finales de los setenta, retoma Khanna la secuencia, se incluye en el área la investigación sobre la aceptación de varios métodos y la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad; también tuvo lugar la Convención Mundial para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, cuyo artículo 16 explicita el derecho a la elección reproductiva, sin mencionar el aborto: *"...el Estado debe asegurarse de que las bases de la igualdad entre hombres y mujeres les otorgue los mismos derechos para decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos, tener acceso a información y educación para acceder a ese derecho."* (Freedman and Isaacs, 1993).

En el 86 la OMS recomienda la colaboración estrecha de la investigación en Reproducción Humana con el Programa Global de SIDA que pretende conducir la investigación en los diferentes campos de inmunodeficiencia humana y su transmisión de la madre al hijo; para 1988 a partir del Simposio realizado en Brasil sobre la Salud de las Mujeres en el tercer mundo en el que se evaluó el impacto del embarazo no deseado, se reafirma a nivel internacional, la estrecha relación entre planificación familiar, salud y desarrollo, y la necesidad de integrar las actividades de planificación familiar con los cuidados y la salud materno-infantil (Germain and Ordway, 1989; Khanna, 1994).

Christopher Tietze investigador de larga trayectoria en el área de anticoncepción y aborto, es considerado por muchos como el pionero del concepto de salud reproductiva, sería este autor el primero en señalar la conveniencia de su uso para reflejar la inseparabilidad entre el derecho y la libertad reproductivos; para Tietze *la salud reproductiva es la habilidad del hombre y de la mujer de tener una sexualidad segura, sin riesgo de un embarazo no deseado y sólo en caso de así decidirlo, que la mujer pueda llevar a término un embarazo sano y seguro* (Said y Nassim, 1989). Por su parte, Germain y Ordway (1989) afirman que *"la salud reproductiva es un concepto para mejorar el estatus de la mujer y su salud como elemento esencial para el ejercicio de sus derechos bajo principios de justicia, libertad y tolerancia"*

Said y Nassim apuntan a la connotación de responsabilidad y de libertad como conceptos básicos de la salud reproductiva para entender las dimensiones del discurso internacional; por un lado, la responsabilidad de los gobiernos y los organismos que trabajan con salud, y asegurar que los individuos y las parejas tengan acceso tanto a la práctica anticonceptiva como a los servicios básicos de atención; y por el otro la libertad como principio fundamental que para el contexto consiste justamente en la habilidad para separar sexo de reproducción, los autores llaman la atención sobre la necesidad de abolir leyes restrictivas que solo conducen a que ni los pobres ni los analfabetas puedan acceder a los servicios seguros y sin riesgos, incluido el aborto. Los avances en la lucha por la democracia participativa⁵ de varios países del globo que buscaban no sólo la independencia sino la posibilidad de existir como movimientos civiles hicieron posible que llegaran a abogar por los derechos de las mujeres y por la reivindicación de las experiencias de las mujeres mismas en las tecnologías anticonceptivas y los servicios de planificación familiar (Germain and Faundes, 1993).

En 1992, Las Naciones Unidas definió la salud reproductiva como *la condición en la cual el proceso reproductivo es acompañado por un estado de completo bienestar físico, mental y social*

⁵ Para el concepto de democracia participativa y sociedad civil se puede consultar a Nancy Fraser en su artículo "Repensar el ámbito público: una contribución a la crítica de la democracia realmente existente" publicado en la Revista Debate Feminista. Política, Trabajo y Tiempos. Año 4, Vol. 7, Marzo 1993. Para la autora, la democracia participativa parte de la paridad como un elemento esencial para un ámbito público democrático y de una igualdad aproximada como condición previa para la paridad participativa; la sociedad civil quiere decir el nexo de las asociaciones "secundarias" o no gubernamentales que no son ni económicas ni administrativas.

que implica, la habilidad de la población de reproducirse, donde la mujer puede tener un embarazo y un parto saludable y cuyo resultado es un hijo sano. Implica que la gente sea capaz de regular su fecundidad sin riesgo para su salud y para tener relaciones sexuales seguras. (Khanna, et. al., 1992). Ya para 1993 en el Simposio Internacional en Investigación Contraceptiva y Desarrollo para el año 2000, ratifica los acuerdos internacionales anteriores referidos a los derechos, la maternidad segura y la regulación de la fecundidad (Declaración Oficial del Simposio, México. Marzo de 1993).

Finalmente en 1994, antes de la Conferencia del Cairo sería definida por la OMS la Salud Reproductiva como: *"Así como se define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social; no solamente la ausencia de enfermedad o malestar, la salud reproductiva se refiere a las funciones y procesos del sistema reproductivo durante todas las etapas de la vida. Salud reproductiva sin embargo, implica que las personas son capaces de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y segura y que tendrán la capacidad de reproducirse con plena libertad para decidir cuándo y cómo, qué frecuencia. Implícito en esto último se encuentra la condición del derecho del hombre y la mujer a estar informados y a tener acceso a métodos de regulación de su fecundidad seguros, efectivos, confortables y aceptables sobre los cuales pueda decidir, y el derecho de acceder a los servicios de salud que consideren más adecuados para que la mujer pueda tener un embarazo seguro y un nacimiento que garantice a las parejas la mejor opción de tener un hijo saludable."* (Khanna, et.al., 1994).

Esta última sería la definición adoptada como base de los documentos, los discursos y los programas de los distintos gobiernos en la conformación y estructuración de lo que hoy día se conoce como los programas de salud reproductiva, elemento que se incorpora a nueva cuenta en los actuales programas y políticas en materia de población; México es uno de los países que entra a distinguirse en la adaptación del término y su asimilación en el programa de gobierno, en la política en materia de población y salud de la actual administración.

La revisión de los distintos intentos teóricos por conceptualizar a la salud reproductiva hecha hasta ahora, indica la urgencia de integrar los elementos relacionados con la salud materno-infantil, con la planificación familiar y en general, con los aspectos

ginecobstétricos de la salud femenina, en una sólo área que abarque todos los elementos del proceso reproductivo. En este sentido, la salud reproductiva como propuesta conceptual integra dos dimensiones inicialmente, además de la combinación de elementos que ya se señalaban, y son:- el derecho a la información y a la toma de decisiones individuales sobre el propio proceso reproductivo, en el cual entra a jugar la segunda opción y es la posibilidad de ejercer la sexualidad lúdica como fuente de placer y de disfrute del cuerpo (parte esencial del desarrollo humano), en donde el factor reproductivo sea completamente opcional y libre para hombres y mujeres en el momento que ambos lo deseen.

Estudiosos de la salud reproductiva y los preparativos de la Conferencia

Antes del Cairo, se llevaron a cabo múltiples reuniones regionales, movilización de recursos y gestiones por parte de los gobiernos para llegar no sólo a la Conferencia sino a la materialización de su plataforma de acción, justamente el Plan de Acción; a sabiendas que la tensión entre las prioridades demográficas y las opciones individuales que considera la salud reproductiva no son fenómenos biomédicos aislados sino que incluyen la calidad ética de la atención en el contexto de la relación Instituciones-Usuarios (Freedman and Isaacs, 1993); en este binomio se pone en juego la racionalidad de los derechos humanos sobre los cuales se supone es definida la salud; la racionalidad demográfica sobre la cual se sustenta la propuesta del binomio población y desarrollo; y la racionalidad misma de la salud; espacio que sintetiza las condiciones socio-económicas, los estilos de vida, los servicios de salud y la investigación en salud reproductiva (Khanna, et.al., 1992).

Se llevaron a cabo seis reuniones de expertos previos a la Conferencia, las cuales fueron:

- Población, Medio Ambiente y Desarrollo en Estados Unidos, enero de 1992.
- Políticas y programas de población reunida en El Cairo en abril de 1992.
- Población y Mujer en Bostwana, junio de 1992.
- Planificación, familia, salud y bienestar familiar en India, octubre de 1992.

- Crecimiento de la población, estructura demográfica en Francia, noviembre de 1992.
- Distribución de la población y migración en Bolivia, enero de 1992.

Los ejes de trabajo consideraban la integración población, crecimiento económico y desarrollo sustentable, para lo cual se enfatizaría en los seis grupos de plantear objetivos y recomendaciones de corto plazo que faciliten y garanticen la evaluación y seguimiento de cada programa en las distintas áreas, y la estimación de metas a corto plazo también, para -según las recomendaciones- medir el grado de compromiso de los países en los objetivos planteados (Naciones Unidas, 1993).

Cook⁶ (1993), ubica el contexto de derecho que se buscó en la Conferencia, señalando sus características de derecho internacional en el cual se contempla: - la libertad frente a todas las formas de discriminación, - Libertad y seguridad para el matrimonio y la formación de la familia, esto es vida familiar y vida privada, - información y educación, - Acceso al cuidado y al servicio de salud. Habría que mencionar la fuerte presión ejercida por los grupos religiosos, particularmente la posición del Vaticano en la Conferencia y su resistencia a considerar varios de los puntos del Plan como la interrupción del embarazo y particularmente el aborto, que se ha convertido en el caballito de batalla para la acción de varios de estos grupos que tienen su base en organizaciones neoconservadoras y de derecha en cada país; su acción se considera una embestida político e ideológica de grupos de nueva ultraderecha basados en una visión ahistórica de la familia y que han ido en aumento a nivel mundial (en México, se conoce de los grupos de Provida por ejemplo) Boletín Salud Reproductiva y Sociedad No. 3 (1994).

⁶ Cook (1993) parte de la base de que todo cuerpo legislativo, es estructurado desde la "neutralidad de la ley", concibiendo la neutralidad desde su origen patriarcal, es decir, vertical, jerárquica en el discurso y en la racionalidad masculina.

El Cairo

"Los resultados de esta Conferencia se medirán en función de la fuerza de los compromisos específicos que se contraigan y de lo que se haga para cumplir esos compromisos, como parte de una nueva asociación mundial de todos los países y pueblos del mundo, basada en un sentimiento de responsabilidad compartida aunque diferenciada, de los unos por los otros y de todos por el planeta".

Preámbulo, 1.15 CIPD.

La Conferencia Gubernamental constó de tres foros: el correspondiente a las sesiones plenarias, la Gran Comisión y las comisiones *Ad hoc* que se crearon para buscar el consenso sobre ciertos puntos que no se logró en las sesiones de la Gran Comisión. En este último foro se discutieron los temas del Plan de Acción Mundial que quedaron pendientes o "entre corchetes", desde la reunión preparatoria (Prep Com III) celebrada en Nueva York en mayo de 1994. Boletines Salud Reproductiva y Sociedad (No.4,1994).

El acuerdo básico sobre procedimientos alcanzado en Nueva York fue que en El Cairo solamente se discutirían los párrafos entre corchetes, dándose por aprobado todo el resto del texto, para trazar el Plan de Acción previsto para los veinte años siguientes.

Joan Dunlop, Presidenta de la International Women's Health Coalition afirma: "*La Conferencia demostró lo que es posible cuando la comunidad Internacional actúa con buena voluntad e integridad a fin de superar las diferencias y encarar los retos centrada en la salud de la mujer, en el fomento de la autonomía de la mujer y en sus derechos*", la activista hace esta declaración al reconocer el papel fundamental cumplido por las Organizaciones No Gubernamentales y los grupos de mujeres alrededor del mundo, en el éxito y desarrollo de la Conferencia; las reuniones regionales, las Conferencias preparatorias, y los grupos de expertos fueron el marco del evento, cuyo resultado quedó plasmado en el Plan de acción de dieciseis capítulos⁷ en el que establece un conjunto de recomendaciones de

⁷ Los capítulos considerados fueron: I) El preámbulo, II) Los principios, III) Relaciones entre la población, el crecimiento económico sostenido y el desarrollo sostenible, IV) Igualdad y equidad entre los sexos y habilitación de la mujer, V) La familia, sus funciones, derechos composición y estructura, VI) Crecimiento y estructura de la población, VII) Derechos reproductivos y salud reproductiva, VIII) Salud, morbilidad y mortalidad, IX) Distribución de la

acción sobre población y desarrollo incluyendo el tema del crecimiento económico sostenido dentro del contexto del desarrollo sustentable; la protección de la integridad de la familia; la protección de la salud; la necesidad de disminuir las diferencias educativas entre los géneros y el cuidado del medio ambiente⁸.

De los puntos más debatidos de la Conferencia fueron sin duda los concernientes al aborto, salud reproductiva y derechos reproductivos, partiendo de la definición de cada uno de ellos, considerando al primero la interrupción del embarazo, el documento tiene valor histórico al lograr en el párrafo 7.3 el reconocimiento de los derechos reproductivos, destacando la necesidad de contemplarlos como derechos humanos internacionales, de hecho se reconocieron los derechos humanos de las mujeres y las niñas.

Como base de sus recomendaciones, el documento de El Cairo estipula que sólo mediante el fomento de la autonomía de las mujeres y su plena participación en la vida política, social y económica de los países se logrará el desarrollo y el progreso para todos⁹. Respecto a las recomendaciones referidas a la relación población-mujer los grupos de expertos consideraron cinco áreas como prioritarias: salud, educación, oportunidades económicas, el papel de los adolescentes y el de los hombres, los investigadores que definieron estas áreas señalaron las asimetrías de género y sus consecuencias en la vida de las mujeres en materia de desarrollo y de población.

población, urbanización y migración interna, X) Migración internacional, XI) Población, desarrollo y educación, XII) tecnología, investigación y desarrollo, XIII) Actividades nacionales, XIV) Cooperación internacional, XV) Colaboración con el sector no gubernamental, XVI) Actividades complementarias de la Conferencia. Los comentarios para el análisis de este capítulo se va a centrar en los apartados II, IV, VII, VIII, XII, XIII, XIV y, XV.

⁸ Boletín Salud Reproductiva y Sociedad. Año II, No. 4, Colmex, 1994. Fue la primera vez que una reunión mundial que contó con la asistencia de representantes de 184 países además de reconocer los derechos reproductivos como derechos humanos dentro de sus documentos, señala metas financieras específicas para la salud reproductiva. Rosas (1996).

⁹ El Capítulo II del Plan de Acción considera los principios básicos del mismo (quince en total) donde entre otros figuran: - el reconocimiento a los derechos fundamentales, por parte de las políticas y los programas de población y desarrollo, - la incorporación del derecho al desarrollo -derecho universal e inalienable-, para el provechamiento del potencial de cada individuo, base del término traducido como empoderamiento de la mujer, impulsado desde esta reunión, - el derecho de las mujeres a la participación en sociedad en condiciones de igualdad, la equidad y la igualdad incluye la eliminación de todo tipo de violencia contra la mujer (principio cuarto) - el desarrollo sostenible como imprescindible para el bienestar de las personas, - el derecho de todos a salud y educación, - la protección de los derechos de niños y niñas; entre otros "El Consenso del Cairo: el programa acertado en el momento oportuno" (1995).

Principales aspectos trabajados antes, en y después de la Conferencia

A partir del reconocimiento de los derechos reproductivos y los derechos de la mujer y de las niñas, cobran relevancia elementos relacionados con la práctica sexual: lo que implica varias dimensiones¹⁰:

A. Macroestructurales

- Condiciones socioculturales
- Condiciones económicas
- Educación sexual e información adecuada
- Desigualdad social, pobreza
- Calidad de vida
- Violencia
- Medios de comunicación

B. Microestructurales

- Programas de Planificación Familiar.
- Atención materno-infantil
- Tecnologías anticonceptivas
- Tecnología Biomédica
- Infertilidad
- Regulación de la fecundidad
- Maternidad segura

C. Microestructurales

- Discriminación por género
- Desnutrición, bajo peso al nacer
- Analfabetismo diferencial
- Dependencia del sector público
- Pautas de comportamiento sexual
- Acceso a información sexual
- Sexualidad adolescente
- Acceso a servicios

D. Académicos¹¹

- Fomento de la investigación
- Estudios sociodemográficos
- Métodos de Medición
- Diagnósticos de la población
- Investigación anticonceptiva
- Necesidades reproductivas del hombre
- Necesidades de la mujer durante el ciclo reproductivo

¹⁰ Germain y Faundes (1993). clasificarían los niveles de acción en nivel político, nivel de investigación, nivel local y nivel clínico, en ellos se hace el llamado al trabajo conjunto de los actores que intervienen en el proceso, equipos multidisciplinarios, investigadores, grupos de mujeres, maestros, colaboración del sector privado-la industria farmacéutica por ejemplo, como propone Naciones Unidas (1993), los medios masivos de comunicación.

¹¹ A. Said and Nassim (1989); Ford Foundation (1991); Naciones Unidas (1993).
B. Germain and Orway (1989); Khanna et. al.,(1992).
C. Said and Nassim (1989); Naciones Unidas (1993); Benagiano (1993); Informe Cairo (1994).
D. Ford Foundation (1991); Benagiano (1993).

Dentro de los aspectos también considerados se encuentra la discusión ética de los derechos humanos, reconocimiento de la política social, la incorporación del concepto de salud reproductiva como parte integral de los diferentes niveles de políticas y programas, para la atención de las enfermedades de transmisión sexual, consejerías, atención del embarazo no deseado y educación sexual (Ford Foundation (1991); Freedman e Isaacs (1993); Cook (1993)). Se evitó el lenguaje imperativo demográfico durante el evento y en los acuerdos del Plan de acción, el reconocimiento del derecho al desarrollo, la igualdad de género y la negociación del lenguaje adecuado sobre la sexualidad, derechos sexuales, salud sexual, aborto en condiciones no adecuadas entre otras fueron materia de largas sesiones, discusiones y finalmente negociaciones entre los diferentes países participantes Germain y Kyte (1995).

Un elemento que tomó fuerza a lo largo de la reunión en la discusión de los elementos de la salud reproductiva fue la práctica de incentivos y desincentivos de las políticas de población¹² que algunos países llevan a cabo en la actualidad, los cuales conflictúan claramente la autonomía en materia de decisiones anticonceptivas y confronta la responsabilidad individual con la responsabilidad social, comprometiendo el estatus de la mujer, la pregunta de quienes plantean este debate es la aceptación cultural en términos del peso demográfico y el peso de la salud como aspectos prioritarios para incentivar o desincentivar el crecimiento de la población; las posturas de los países que tienen como base los derechos humanos en la política de desarrollo y en la época de población rechazan estas prácticas.

¹² El caso de China, India y Singapur en las disposiciones políticas internas propuestas a través de las campañas del hijo único, consistentes en estímulos y concesiones en vivienda, educación y seguridad social a las familias reducidas y el desincentivo a través de restricciones y penalizaciones de todo tipo a la familia numerosa, los resultados han sido extremos, por ejemplo han sido denunciados por organismos internacionales los abortos inducidos y el infanticidio de niñas en estos países como consecuencia de estas medidas -en China se calcula que de cada 10 niños 4 son niñas, a partir del momento en que tales políticas empezaron a emitirse-; en contraste los casos de Francia y Argentina, se citan como políticas que incentivan el aumento de la familia, eliminan los servicios estatales de planificación familiar, reducen las condiciones legales del aborto y favorecen con apoyo económico y social a través de subsidios a las familias numerosas. Naciones Unidas (1993); Declaración del Cairo (1994).

La Conferencia del Cairo se pronunció justamente en contra de los incentivos, propuso a cambio implementar servicios de salud de buena calidad, para fomentar la autonomía de la mujer, programando de acuerdo a las prioridades particulares de cada población, los derechos humanos de la igualdad, la equidad, la salud y los derechos reproductivos requieren la articulación de la política de población de cada país con la coparticipación de los Organismos No Gubernamentales con los cuales convenir un postura contundente frente a las prácticas incentivadoras desincentivadoras de las políticas de población. Freedman and Isaacs (1993); Declaración del Simposio Internacional de investigación contraceptiva y desarrollo para el año 2000 (1993); Germain y Kyte (1995).

Otro elemento fué la iniciativa de impulsar la segunda generación de investigación en métodos anticonceptivos, de tecnología anticonceptiva para hacer frente a la pandemia del SIDA, prevenir las enfermedades de transmisión sexual, desarrollar la anticoncepción masculina y métodos específicos para la actividad sexual de hombres y mujeres en distintos momentos de su ciclo de vida, para concretar acciones en torno de la salud reproductiva de la población y garantizar los derechos reproductivos y la salud reproductiva, Benangiano (1993). Se supone que la primera generación se supone superada pues surgió en la década de los setenta justamente para la regulación de la fecundidad y el logro de las metas demográficas, Cook (1993).

La Organización Mundial de la Salud propondría para la Conferencia del Cairo las siguientes áreas prioritarias de atención¹³:

- salud sexual adolescente,
- higiene de la reproducción,
- métodos anticonceptivos,
- aborto sin riesgos,
- capacidad de formulación y legislación de políticas,
- capacitación y entrenamiento de los médicos y del personal proveedor de servicios con educación continuada en el área de la salud reproductiva,
- mortalidad materna.
- salud de la mujer,
- maternidad segura,
- Prevención de ETS/SIDA,
- prevención de embarazo no deseado,

¹³ Para ver en detalle consultar: Seid and Nassim (1993); Khanna et. al.(1993); Benangiano (1993); Germain y Faundes (1993); OMS (1994).

pueden ser agentes de cambio mediante el desarrollo personal y la autonomía que podrán obtener mediante el disfrute de la salud reproductiva¹⁴.

El estatus de la mujer es un factor clave para la habilidad y el deseo de controlar la propia fecundidad, las condiciones de nutrición, pobreza, analfabetismo, los ingresos diferenciales y el menor acceso a los servicios sociales respecto al hombre, ha sido una constante a pesar de la participación económica en ascenso de la mujer, con baja remuneración, baja calificación; de los factores que más influyen en el grado de autonomía de la mujer, en el nivel de su fecundidad y en la condición de salud reproductiva se encuentra la educación.

En 1989 en el Foro Internacional de población en el siglo XXI, reunido en Amsterdam por el Fondo de Población de Naciones Unidas, se acordó la "Declaración de Amsterdam" en la que se establece que *"para ser efectivo, la estrategia de desarrollo refleja aspectos de la población relacionados con objetivos primarios. El vínculo entre programas de población con salud, de educación, vivienda y empleo entre otros...donde las mujeres son el centro del proceso de desarrollo... por lo tanto, la inversión en la mejoría de su estatus se extiende a la toma libre de decisiones que afectan sus vidas y las de sus familias y pueden ser cruciales en determinar las tasas de crecimiento de la población futuras..."*¹⁵ Ford Foundation (1991); Cook (1993).

La reivindicación de los movimientos feministas de cara a la Conferencia del Cairo contemplaron fundamentalmente los siguientes puntos: - el impulso de la llamada segunda generación de la revolución en las tecnologías anticonceptivas, en la cual se incorpore de manera activa al hombre, - la provisión de métodos que controle el usuario

¹⁴ De lo anterior pueden surgir diversas lecturas como la que hace Lagarde (1996) al considerar la identidad femenina y su relación con la insurrección en México, aduciendo a las zapatistas del EZLN: *"...Ramona, Ana María, Silvia y sus compañeras de armas quieren los mismos derechos humanos específicos para su género. Pero en condiciones patriarcales concretar en la sociedad esas reivindicaciones significa revolucionar al conjunto de la sociedad y el Estado, transformar a las mujeres en coparticipes andadoras de la historia en la vida cotidiana"*.

¹⁵ Es necesario llamar la atención sobre algunos discursos oficiales de eventos internacionales en los cuales se corre el riesgo de caer en posturas controlistas e incluso malthusianas respecto a las declaraciones que tienen que ver con el control del crecimiento de la población, el aumento de la cobertura de los programas de planificación familiar, muchos de estos discursos pueden provenir de movimientos reivindicativos de los derechos de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y su capacidad reproductiva, sin embargo se topan con discursos políticos cuya "positiva receptividad" merece ser materia de discusión.

directamente y no requiera la intervención de terceros, esto es, que el hombre o la mujer sea autónomo en su uso, lo cual requiere que sean métodos efectivos, seguros y confortables, - que sean métodos no sistemáticos en su acción, con baja o nula incidencia de efectos secundarios, - que sean métodos que prevengan no sólo el embarazo sino que provean los elementos necesarios para una higiene de la reproducción de hombres y mujeres y que ofrezcan prevención frente al riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual y Sida, y por último, - la disponibilidad de la mayor información posible. Boletín Salud Reproductiva y Sociedad No. 4. (1994); Cook (1993).

Dentro de este apartado, es importante mencionar una segunda fase se podría decir, de la Plataforma propuesta por el Plan de Acción de la Conferencia del Cairo, que es la Conferencia Mundial de la Mujer llevada a cabo en Beijing China, en noviembre de 1995. En este punto vale la pena señalar el hecho de que a pesar de que ninguna otra Conferencia a nivel mundial tuvo tal nivel de organización y preparación regional previa como la de Beijing, la Plataforma de acción generada de ésta tuvo 40% de desacuerdo en sus apartados como lo comenta Vargas (1996); el resultado, una declaración de 38 párrafos firmada por los gobiernos asistentes en la cual se sintetizan las propuestas del Plan de Acción de la Conferencia del Cairo que se conoce con el nombre de la Declaración de Beijing (1996).

Beijing respeta el lenguaje del Cairo sobre los derechos sexuales y reproductivos, la interrelación de la pobreza con la discriminación de género, el no ejercicio del poder por parte de las mujeres y la existencia de la violencia y el maltrato a la mujer como una violación a los derechos humanos, Rosas (1996).

La Conferencia de Beijing propone la eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer, propone dinámicas de trabajo a nivel regional, nacional y local para lograr el proceso de empoderamiento y autonomía de las mujeres. Como afirma Virginia Vargas, representante a la Conferencia de Beijing de la región Latinoamericana y el Caribe (1996): ** las mujeres demostraron no ser extraterrestres, sino producto de su entorno y de los*

*límites de sus sociedades y de sus democracias**, las ONG's de mujeres tuvieron un papel protagónico.

Así como en el Cairo tuvieron el reconocimiento por más de una década de movilización, así también en la Conferencia los movimientos de mujeres tuvieron reconocimiento por haber organizado grupos de presión y haber establecido mecanismos para monitorear y asegurar la implementación de las recomendaciones de la Declaración en cada país y región Rioseco (1995); se denunció el efecto del modelo económico actual en el incremento de la feminización de la pobreza y la restricción en el acceso a los servicios básicos, debido a la ausencia de propuestas de acción sobre las causas estructurales de la pobreza extrema.

El balance de la Conferencia de Beijing frente a la Conferencia del Cairo no ha sido reconocido de manera positiva, pareciera que sus logros hallan sido la movilización a nivel regional y local de las organizaciones feministas, la discusión de las temáticas y la movilización de los grupos al interior de cada país; sin embargo en el momento de la Conferencia hubo problemas para lograr el consenso, el amplio margen de abstencionismo en la votación de los artículos del Plan de acción llegó al 40%, bastante elevado considerando el trabajo previo al evento; elemento que a juicio de varios de sus participantes como Virginia Vargas es indicativo del trabajo de concientización pendiente para todas las organizaciones locales que lograron impulsarse justamente alrededor de la Conferencia.

Los mecanismos propuestos para superar la subordinación de la mujer en Beijing fueron: el impulso de la ciudadanía¹⁶, que a su vez requiere actualización en los códigos civiles y de derechos ciudadanos en el avance de la interacción de la relación gobierno-sociedad civil, la consolidación orgánica política adquirida por este medio implica la

¹⁶ En declaraciones a la prensa al evaluar la importancia del evento y relacionarlo con el avance del movimiento feminista, Teresita De Barbieri afirma que en los 90, en la creación de la ciudadanía reside justamente uno de los mayores desafíos del movimiento de mujeres y el futuro de la democracia en América Latina. Doble Jornada del 4 de marzo.

negociación con los movimientos de mujeres locales y el despliegue y la visibilidad política de éstos mediante la ciudadanía como indicador del proceso Vargas (1996).

Por su parte, la representación oficial de México a Beijing logró no sólo proponer que el aborto fuera considerado un problema de salud pública sino la ratificación de los derechos humanos y el pronunciamiento de 20 puntos básicos¹⁷ articulados en tres componentes, la población, el desarrollo social y el adelanto de la mujer¹⁸; parte de la discusión de base sobre la cual se definieron estos puntos tienen que ver con la relación desarrollo humano, desarrollo sostenible, en el primero se hablará con mayor fuerza desde El Cairo hasta Beijing del derecho al desarrollo como un derecho humano y desde el segundo se propondrá la satisfacción de necesidades básicas mediante la equidad entre crecimiento económico-desarrollo equitativo Rosas(1996).

Es importante resaltar el poder de convocatoria que reflejó la conformación de la delegación de México a Beijing: políticos, intelectuales, feministas, dirigentes, representantes de distintos sectores de la sociedad formaron una comisión que tuvo extensas jornadas de trabajo previo para lanzar sus propuestas como delegación oficial; esta coyuntura representa un verdadero avance del diálogo y la negociación de las diferentes instancias que tomaron parte para llegar al evento, si los resultados definitivos de la Conferencia no fueron bien evaluados, la importancia del proceso a nivel nacional ha sido definitivo para el trabajo en materia de los derechos y del impulso de los principales puntos de acuerdo de Beijing.

¹⁷ Los puntos fueron publicados en el diario La Jornada del 26 de octubre de 1995 y se resumen como sigue: -combate a la pobreza, -acceso a la educación y derecho a la toma de decisiones, - atención a la salud de acuerdo a l ciclo de vida de cada mujer, - protección al derecho al trabajo femenino, -apoyo a la microempresa femenina, - protección a los derechos de la mujer, -fortalecimiento de las capacidades de la mujer, -promoción y defensa de los derechos de la mujer indígena, -acción contra la discriminación de las niñas, - atención a los hogares monoparentales, - eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer y penalización, - erradicación de los estereotipos de género, - asignación equitativa de las responsabilidades domésticas, - inclusión de la perspectiva de género en las políticas públicas, participación de las mujeres en las políticas públicas, - mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer, -apoyo a instancias y mecanismos internacionales en beneficio de la mujer.

¹⁸ Las reservas ante la postura oficial se evidencia cuando la Red de mujeres de baja California que participó en los preparativos y en la Conferencia misma afirmaba: "consideramos que el modelo económico actual ha sido un fracaso porque la feminización de la pobreza ha aumentado y el acceso a la educación y los servicios de salud han disminuido. Esta actitud evidencia que los gobiernos se niegan a dirigir la atención a las causas estructurales de la pobreza extrema" Boletín Informativo Año 2. No. 1. Junio-diciembre de 1995.

Puntos pendientes del Cairo y de Beijing

"A pesar de todo el reconocimiento que le dió a los derechos humanos de la mujer, la Plataforma para la Acción falló en comprender verdaderamente lo vastos y complejos que son los problemas de las mujeres. Esto sólo se puede deber al hecho que para solucionar estos problemas se necesitan cambios fundamentales en el orden mundial...la globalización de nuestra economía nos esta matando lentamente y subyuga y discrimina más aun a la mujer".

Sajor (1996).

Como parte de las agendas de trabajo para los gobiernos y las organizaciones presentes en las Conferencias, queda pendiente el avance en el reconocimiento de los problemas de cada país de acuerdo a su contexto sociocultural en el cual pueda atender las necesidades y requerimientos específicos de la población. Desde una postura formal los siguientes son los puntos neurálgicos que quedaron pendientes:

- La Bioética como campo de investigación para promover la reflexión ética en el área reproductiva, esta generará la confrontación bien individual - bien social, la experiencia demuestra que los individuos toman sus propias decisiones de acuerdo a sus valores morales personales y al uso de métodos a los cuales tenga acceso sean legales o ilegales, seguros o inseguros. La discusión ética entra en juego cuando se discuten las prioridades individuales y las sociales respecto al tamaño de la familia¹⁹, además el avance de los acuerdos internacionales sin una modificación correspondiente en la legislación local de cada país, carecen de soporte y no provee elementos a la población para su defensa. Ford Foundation (1991); OMS (1994).

Desde esta perspectiva la comunidad internacional debe subrayar un enfoque equilibrado entre planificación familiar y salud reproductiva, particularmente en los países en vía de desarrollo en los que las responsabilidades públicas y el sistema democrático

¹⁹ No sólo se consideran los aspectos estrictamente médicos, también la consideración de otra serie de elementos que se han constituido en la razón social de varios grupos y organizaciones sociales neoconservadores, de derecha, que defienden el modelo tradicional de la familia, se oponen abiertamente al aborto, entre otros.

no está todavía desarrollado y donde un interés exclusivo en la planificación familiar, manejado de manera autoritaria, puede reducir las oportunidades de las mujeres para luchar a nivel legislativo por sus propias prioridades Boletín salud reproductiva y sociedad No.4(1994).

- La evaluación de servicios y programas ya existentes adolece de indicadores que incorporen los elementos y dimensiones ahora incluidas en salud reproductiva, la definición de objetivos y resultados de investigaciones y servicios requieren de un lenguaje común para establecer los estándares aplicados, los criterios para la toma de decisión y los mecanismos de análisis para aplicar resultados. Este punto puede promover el acercamiento entre instancias médicas, académicas, públicas y sociales. Germain y Faundes (1993); OMS (1994).

- Las prioridades de atención en consideración de políticas y programas, sin análisis institucionales sobre la eficacia de los métodos de planificación ofrecidos, sin la evaluación socioeconómica de la población receptora de los servicios y programas y con la ausencia abrumadora del 50% de usuarios potenciales (hombres) no garantizan la efectividad, aceptabilidad y seguridad de los medicamentos y procedimientos utilizados. Naciones Unidas (1993); Benagiano (1993).

- Los métodos de estudio, dadas las condiciones de la información disponible, el subregistro de los datos, el acceso diferencial a los servicios de salud, la escases de presupuesto para la ejecución completa y el seguimiento de los programas son una constante que impide la materialización y el logro de metas pactado en acuerdos internacionales y regionales. Said y Nassim (1989).

Aplicar los métodos no formales, de carácter social que reúnen elementos populares para remediar los factores técnicos que afectan la salud de las mujeres entran aún en conflicto con la neutralidad y objetividad que oculta la jerarquía de las instituciones formales de salud; ante esta brecha, ¿cómo asegurar que los profesionales de la salud aplican el conocimiento de acuerdo a los deseos y a los intereses de las usuarias?, lo

que remite a una segunda pregunta: dado lo anterior ¿como entonces garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el marco institucional vigente? Cook (1993), Germain y Faundes (1993).

SEGUNDA PARTE. EL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA EN MEXICO

*"Cada meta en materia de salud, para concretarse exitosamente, implica acciones
y un conjunto de condiciones socialmente dadas y reproducidas constantemente"*

Brachet (1992).

Antecedentes previos²⁰

El Programa Nacional de Población 1989-1994, y el Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994 son el referente inmediato para el actual programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, y el respectivo Programa Nacional de Población 1995-2000, que lo enmarca. En este apartado, se van a retomar los principios básicos que aparecen textualmente en los primeros programas para crear el escenario político y discursivo sobre el cual se incorpora los segundos y tener de esta manera más elementos de análisis.

Enunciada en 1974, la Ley General de Población se constituyó en el tronco común de los programas de población en México pensada bajo el principio de *regular los fenómenos que afectan a la población para lograr su participación justa y equitativa de los beneficios del desarrollo económico*, desde ese momento se siguieron medidas para la adecuación de ese propósito inicial como fueron: la reforma de los artículos constitucionales 4, 5, 30 y 123, la reforma de la ley de planeación del 83 e incluso la misma Conferencia Mundial de Población celebrada en México en el 84. Los primeros quince años de la política poblacional fueron acompañados por la creación y ampliación de las instancias coordinadoras, programáticas y operativas de las políticas y los programas propuestos, la aparición en principio del Consejo Nacional de Población, los Consejos Estatales y por

²⁰ Se trata de retomar elementos generales a lo largo de los dos programas para describir a grandes rasgos cuál era el contexto político en el que se resolvía los objetivos de política pública en materia específica de planificación familiar y población antes del programa de salud reproductiva. Las referencias del texto retoman directamente elementos del discurso contenido en tales programas, ya que su discusión a fondo no es la intención del apartado, la intención es más descriptiva, remítase a estos documentos para más detalles sobre el particular.

último, los Municipales en la materia, la incorporación de las instituciones académicas y centros de investigación, por supuesto con la participación definitiva del sector salud²¹.

Las características normativa y operativa de los programas tanto el de población como el de planificación familiar para 89-94 centran su acción en los siguientes aspectos:

- Familia y población, planificación familiar, atención a la población indígena y participación de la mujer, elementos prioritarios.
- Desarrollo del conocimiento, la información y la educación en materia de población.
- Fortalecimiento de la descentralización política. A NIVEL GENERAL
- Integración salud, población, planificación familiar.
- Incorporación de contenidos sobre salud reproductiva, orientación sexual y planificación familiar en diferentes niveles.
- Servicios de planificación familiar con prescripción y otorgamiento de los métodos, con información y orientación.
- Acciones directas en población activa, la captada por primera vez, seguimiento de la adscrita. A NIVEL ESPECIFICO.

La regulación de la fecundidad, la planificación familiar y la salud materno-infantil juntas serían evaluadas a través de metas de impacto y de cobertura; la primera centrada en la entrada y la salida de la mujer de su ciclo reproductivo así como el espaciamiento de sus embarazos y la segunda centrada en el número de usuarias captadas en y seguidas en el uso de los métodos anticonceptivos; es lo que el programa de planificación familiar llama reto político, centrado en la participación, reto social centrado en aspectos cuantitativos y cualitativos y reto operativo centrado en la calidad, la capacitación y la opción. Las constantes de ambos programas a lo largo de cada una de sus propuestas se centran justamente en la descentralización de las acciones por medio de la

²¹En 1977 la Coordinación del Plan Nacional de Planificación Familiar, pasa a ser en 1983 el Grupo Interinstitucional de Planificación Familiar, funciona más tarde a partir de 1983-1988 como Programa Interinstitucional de Planificación Familiar, principal insumo del Consejo Nacional de Población; el programa de 1989-1994 lo llamaría para su periodo Grupo Interinstitucional de Planificación Familiar, coordinado por la Secretaría de Salud, las Organizaciones no Gubernamentales y el CONAPO ya no solo con la idea de promover el apoyo institucional, sino también incorporar al sector público y privado.

coordinación institucional y regional, y la cobertura de la atención mediante información y capacitación²².

Dentro del texto de los programas, México se adscribe y ratifica con su firma La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer, a través de propuestas educativas, del incentivo al hombre para promover su participación en el proceso reproductivo, la propuesta en la ejecución de los programas es la desagregación de las mismas por las regiones, a través de la planeación institucional de las acciones. Sin embargo pese al reconocimiento de los elementos claves o focales de intervención, se reconoce la carencia de indicadores e instrumentos para la evaluación de la calidad y del impacto de las acciones emprendidas.

Aunque los mecanismos de evaluación se estipulan en el Art. 12 de la Ley General, estos se supone deben acompañar todos y cada uno de los programas, no obstante la producción de información, la necesidad de investigación y de evaluación, la propuesta de fuentes de datos nuevas, encuestas y estudios específicos quedan planteadas como alternativas posibles, su viabilidad es la que se deja sin respuesta .

Puesta en marcha del programa, aspectos básicos

Hace poco menos de dos años, se asignan facultades al encargado de la Comisión de Salud del Congreso de la Unión para dictar funciones y cambios en materia de salud reproductiva, a partir de este momento la antes llamada Coordinación Nacional de Planificación Familiar pasa a ser reconocida como la Coordinación Nacional de Salud Reproductiva.

Con fecha 15 de febrero de 1995 se conforma el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva que reúne sector público, sector privado, organismos no gubernamentales y sociedad civil. Los contenidos básicos del programa retoman elementos de las

²²Todas estas descripciones generales se apoyan en la lectura de los Programas de población y de planificación familiar del 89, 90 al 94 respectivamente.

Conferencias de el Cairo (Población y Desarrollo), de Beijing (Conferencia Mundial de la Mujer) y la de Nueva York (Cumbre Mundial en Favor de la infancia), esto a nivel mundial; a nivel nacional el Programa está basado en el Programa de Reforma del Sector Salud -que incluye la puesta en marcha del proceso de descentralización²³ del mismo-, el Programa Nacional de Población 1995-2000 y el Programa Nacional de la Mujer, para la elaboración final del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. Secretaría de Gobernación (1995a, 1995b).

A principios de mayo de 1996, se lleva a cabo la presentación oficial del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. Se espera que las actuaciones llevadas a cabo por la Coordinación Nacional de Salud Reproductiva durante estos dos años aproximadamente, han estado dirigidas hacia los objetivos y metas concretas propuestas en el programa.

El programa parte de la definición de la salud reproductiva como : *"El estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor sus funciones y sus procesos. Es la capacidad de los individuos y las parejas de disfrutar una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos".*²⁴

Como objetivos centrales del Programa, se considera²⁵:

- La ampliación de la cobertura anticonceptiva post-evento obstétrico en caso de embarazo a término, o aborto.
- La atención a grupos vulnerables con alto índice de marginalidad, en los cuales el rezago de la pobreza ha generado enfermedades causadas por la desnutrición.

²³ Ese proceso es llamado en los documentos oficiales como la ruta hacia el nuevo federalismo, estrategia con la cual se pretende brindar atención en materia de salud reproductiva y planificación familiar con particular atención a la población abierta.

²⁴ Programa de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000. Secretaría de Gobernación, Consejo nacional de Población, México, 1995.

²⁵ Cada uno de los objetivos contienen sus correspondientes objetivos generales y específicos.

- Difusión del concepto de salud reproductiva mediante comunicación educativa y social²⁶.
- Fortalecimiento del desempeño de los trabajadores del área a nivel directivo y operativo.
- Atención específica para adolescentes, mujeres antes y después de su ciclo reproductivo.
- Impulsar el consentimiento informado
- Ampliar la cobertura y calidad de los servicios a través de la comunicación, educación, información y acción en materia de planificación familiar
- Descenso del embarazo no deseado y del nivel de fecundidad mediante métodos efectivos, seguros, y aceptables.
- Fomento de la participación femenina en el proceso reproductivo.
- Servicios a grupos específicos de población como atención a parejas infértiles.

Las áreas de acción parten de la descentralización de los servicios de salud y el reconocimiento del paquete básico de servicios de salud²⁷, son:

- Planificación Familiar
- Salud perinatal
- Salud reproductiva de la población adolescente
- Salud de la mujer
- Riesgo preconcepcional
- Detección oportuna y manejo de la infertilidad y del cáncer cérvicouterino

²⁶ Al respecto vale la pena comentar una de las tantas reseñas que aparecieron en los diarios del país divulgando la presentación oficial del programa de salud reproductiva, dice el columnista: "...en este caso, la nueva política nacional privilegia un enfoque médico y científico en el que -basada en nuestra propia realidad poblacional y epidemiológica- se coloca en el centro de bienestar a la mujer...esto implica una concepción nueva de los programas de gobierno acerca de lo que es una mujer, un ser independiente y libre, conocedora y dueña de su propio cuerpo...se trata de un verdadero parteaguas en las políticas de planificación familiar" (Diario La Jornada, 20 de mayo de 1996). Esta referencia viene al caso, si se está hablando desde el Programa de mejorar la divulgación y comunicación sobre salud reproductiva -habría que empezar por saber qué se está entendiendo con el concepto- en donde no sobra la advertencia sobre el uso ampliado de conceptos, muchas veces de forma acritica, que señalan Salles y Tuirán (1994), puesto que esto ha traído como resultado una cierta proliferación de definiciones derivadas que reproducen las virtudes y vicios implicados en los esfuerzos conceptuales originales.

²⁷ Definido como un conjunto mínimo e irreductible de intervenciones de salud, para la población con nulo y/o limitado acceso a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, en respuesta a sus necesidades prioritarias.

- Atención al climaterio y posmenopausia
- Prevención, detección y manejo de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y SIDA
- Perspectiva de género en salud reproductiva

Se prevee un enfoque operativo y un enfoque de riesgo para emprender cada una de las acciones, la idea es aprovechar al máximo la infraestructura instalada por esta razón cada área es acompañada de metas de impacto y metas de cobertura respectivamente; por ejemplo, se busca aumentar la cobertura en el uso de anticonceptivos en los adolescentes a 70.2%, post-evento obstétrico al 70%; la tasa global de fecundidad se espera que disminuya a 2.4 hijos por mujer para el año 2000. Las acciones se van a centrar en la población femenina de todas las edades, ya no centradas únicamente en el proceso reproductivo, población indígena, población abierta²⁸.

La continuidad respecto a los programas anteriores se relaciona con la búsqueda de ampliación de la cobertura, el mejoramiento en la calidad del servicio, la educación, comunicación e información y la descentralización del servicio para suministrar el paquete básico de servicio de salud que también forma parte de ello.

La perspectiva de género planteada en el documento parte del reconocimiento de la desigualdad genérica producto de *las construcciones culturales y subjetivas en función de las cuales la diferencia biológica entre hombre y mujer se traduce en desigualdad social, suponen la asignación de funciones y responsabilidades sociales que se expresan centralmente en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción*²⁹. Se invita desde esta postura a la apropiación y al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, promoviendo la responsabilidad masculina en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción - partiendo de la existencia de la legitimación social de las relaciones de

²⁸ Ver el Programa de Salud Reproductiva, se tomaron algunas de las metas de cobertura y de impacto para este texto.

²⁹ Se cita textualmente del texto del programa. El planteamiento central de la perspectiva de género se expone en este apartado, sin embargo valga el comentario, su discusión no se recupera sistemáticamente en las demás áreas.

poder al interior de la pareja que hasta la fecha han obstaculizado la toma de decisiones en materia reproductiva por parte de las mujeres³⁰.

Si se promueve, según el programa, el ejercicio de los derechos, la dignidad, la autonomía y se asegura la adquisición de poder de las mujeres en la toma de decisiones, se podría desmitificar muchos de los esquemas de la masculinidad que se constituyen en factores de riesgo para unos y otras. Parte de estos preceptos se retoman con la eliminación de la violencia doméstica contra la mujer que afecta la obtención de información y el consentimiento informado, la comunicación interpersonal con los prestadores de servicios de salud y planificación se prevén como vializadores³¹.

Sin duda alguna es de trascendental importancia el haber alcanzado en el país el reconocimiento explícito de la perspectiva de género en un programa oficial y el reconocimiento de las desigualdades entre hombres y mujeres, ellos materializan las luchas del movimiento feminista en el país cuyos lineamientos se han integrado en el nivel estatal como parte del discurso oficial, este se constituye en sí mismo en uno de los mayores avances del programa.

La cuantificación de las metas de impacto y las de cobertura, obedecen a la necesidad de definir mecanismos de evaluación más efectivos; la incorporación de técnicas e indicadores, la obligatoriedad de informes semestrales, la propuesta de elaboración de encuestas de cobertura nacional, regional y estatal para actividades de planeación y evaluación, y la ponderación de metas intermedias recogen las recomendaciones del Grupo de expertos reunido en Nueva York en 1993 antes de la Conferencia del Cairo. Queda incluso patente que el avance en las estadísticas básicas para evaluar

³⁰ Sin embargo, pese a las buenas intenciones del nuevo programa como lo anota el Grupo de Apoyo Académico a Programas de población, *operar el programa de planificación familiar ha sido y seguirá siendo responsabilidad de los médicos, los programas necesarios paralelos en su ejecución son responsabilidad de otros profesionales, finalmente en conjunto, todos dependen de una decisión política sexenal.* De hecho al señalar la incorporación de los elementos de género en el texto del programa, el Grupo parte de la consideración *que las mujeres sobrevivan más que los hombres no significa que lo hagan en mejores condiciones.* Para más detalle consultar el Boletín No. 13 del GAAPP, Año 3, Abril de 1996.

³¹ Este elemento remite a la preocupación justamente de la formación del recurso humano, particularmente en esta perspectiva puesto que también forma parte del mismo contexto cultural que está generando las situaciones de desigualdad genérica y de violencia doméstica que atiende.

productividad y cumplimiento, tienen que ver con la necesidad de supervisión, monitoreo y evaluación en los diferentes niveles administrativos del programa.

Como en los programas anteriores también se plantea la necesidad de investigación para promover dirigir y coordinar estudios concretos en el área biomédica, epidemiológica, operativa y sociodemográfica; la definición orientación y evaluación de los diferentes programas y estrategias contenidas en la planeación de servicios de salud reproductiva y planificación familiar, señalando como prioridades de investigación el diagnóstico y demanda de grupos específicos de población en materia de salud reproductiva; el impacto de los programas a nivel interinstitucional; la calidad y efectividad de los servicios ofrecidos por cada programa; conocimiento de los patrones y percepciones que condicionan el comportamiento demográfico; repercusión de la lactancia; el aborto inducido; el área de la salud pública; investigación biomédica clínica y epidemiológica.

Programas de apoyo y paralelos al programa de salud reproductiva

El Programa Nacional de Población de 1995-2000 Es uno de los referentes básicos del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, el marco del que parten los dos es el nuevo federalismo con el cual se pretende integrar desde el nivel local estatal y regional la política de población al desarrollo mediante líneas estratégicas de carácter normativo en la que tomen parte el reconocimiento de la influencia de variables socioculturales, los derechos humanos y la problemática de grupos específicos de población. Es la primera vez en que un sexenio de política es formulado con la presencia de la mujer a lo largo de los instrumentos de la política social, representan en sí mismos la consolidación de un movimiento ya iniciado desde fines de la década anterior, de la presencia femenina y feminista en ámbitos de la política nacional e internacional.

El Programa de Población dentro de sus áreas considera: La dinámica y estructura de la población; educación y comunicación en población; planificación familiar y salud reproductiva; fortalecimiento a la familia; mejora de la condición de la mujer; respeto y

atención a las condiciones sociodemográficas de la población indígena; descentralización de los programas y acciones de población; distribución territorial de la población y migración interna; población - medio ambiente y desarrollo sustentable; y por último, investigación, información y capacitación del recurso humano.

Luego del balance hecho en el diagnóstico preliminar de la situación de México en varias áreas, se identifica al inicio temprano de la reproducción; la desigualdad de los cambios en el comportamiento de la fecundidad en grupos específicos de población, por grupo social y región de un lado; y el evidente beneficio que trae para el cambio en la fecundidad el aplazamiento del primer hijo y el espaciamiento de los siguientes por otro. Con esos puntos reconocidos surgen las estrategias básicas de acción enmarcadas en el proceso de descentralización política, que busca armonizar los fenómenos demográficos con el desarrollo sustentable, particularmente descentralización de los servicios de salud.

Las constantes de la acción del Programa de Población son: la integración, la descentralización, la educación información y comunicación en población, y la evaluación. La información y consejería a la población usuaria de los servicios, la cobertura de la demanda insatisfecha, la ruptura del círculo pobreza-rezago demográfico mediante la mejor condición de la mujer³², el impulso de los cambios en el comportamiento reproductivo.

³² Para esto, de hecho destacan los documentos la participación de la mujer en la producción de bienes y servicios, el comercio, el manejo de recursos naturales, el trabajo doméstico y el cuidado de niños y ancianos; el interés en las posibilidades de mano de obra femenina como mercado de trabajo real y potencial explica el interés de algunos sectores por su respaldo, máxime por el papel estratégico de las mujeres en la lucha por la sobrevivencia en situaciones de pobreza, pobreza extrema, marginalidad y miseria, parte de este planteamiento lo expresa Tereita de Barbieri en la Doble Jornada del 1 de julio de 1996; de alguna manera la autora nos lleva a identificar la relación educación y trabajo femenino con políticas de la mujer en un momento en que las investigaciones y las estadísticas muestran que las mujeres ocupadas reducen su fecundidad, dado que la fecundidad de las más pobres sigue siendo la más alta con estas políticas dice De Barbieri "...se pueden paliar algunos de los problemas del intercambio desigual en el mundo globalizado y reducir los conflictos entre clases y entre naciones que no son nombrados como tales. La estrategia general que se deriva entonces es aumentar la educación y la capacitación de las mujeres. de esta manera se lograría en el mediano y largo plazo una mejor y mayor capacitación para el trabajo y el desarrollo de las capacidades empresariales de las mujeres así como un menor número de hijos".

Como acostumbra a formularse en las políticas de población de México, se anuncia la cooperación del sector académico y las organizaciones no gubernamentales en el esfuerzo a nivel regional y estatal de llevar a cabo el seguimiento y la evaluación de los programas, mediante la generación de estadísticas sociodemográficas y el refuerzo de los sistemas de datos georeferenciados.

El Programa Nacional de la Mujer El 8 de marzo de 1996, el Presidente Ernesto Zedillo Ponce de León hace la presentación oficial del Programa Nacional de la Mujer; justamente en el Día Internacional de la Mujer, el antecedente inmediato del programa lo constituyen las propuestas presentadas por México ante la Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing denominadas -Alianza para la Igualdad-; de igual forma se retoma los resultados de diferentes encuentros de mujeres a nivel nacional, por regiones como la del 93 y la del 95 donde confluyeron grupos de mujeres del Noreste, Sur y Centro del país, incluso el Encuentro Nacional de Mujeres Trabajadoras del 87 forman un antecedente³³.

La aparición del Programa ha generado reservas al interior de diferentes grupos académicos y políticos publicados en diferentes medios³⁴ entre otros, en primer lugar porque no están claras las funciones del Programa -de las secciones de objetivos y estrategias se salta a la de líneas programáticas sin establecer metas-, y en segundo lugar porque el Programa en sí no es resultado de un proceso consultivo sino de un conjunto de demandas formuladas unilateralmente.

³³ Otro antecedente determinante del programa es la IV Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing, el capítulo F de la Conferencia considera elementos que son retomados prácticamente en su totalidad por el programa de la Mujer en México:- Promover la independencia y los derechos económicos de las mujeres, el acceso al empleo y a condiciones de trabajo apropiadas, el control sobre los recursos económicos que genera, remuneración igual por el mismo trabajo realizado respecto el hombre, no discriminación por sexo, respeto por el papel y las funciones reproductivas de la mujer, valoración de su trabajo y su participación económica, promoción de las posibilidades de compartir las responsabilidades domésticas con el compañero y por último, promoción de la reforma legislativa laboral que proteja a la mujer trabajadora.

³⁴ Las opiniones vertidas en este apartado alusivas al Programa aparecen publicadas en los suplementos especiales del Diario La Jornada, se registran en ellos declaraciones de grupos de mujeres y organismos no gubernamentales, además de entrevistas realizadas con las mismas representantes tanto del Consejo Consultivo del Programa. También en los Boletines del GAAPP, del Grupo de Apoyo Académico a Programas de Población.

Para algunos sectores este programa no pasa de ser una formalidad política adquirida por el gobierno de Zedillo cuando un año antes en la celebración pública del día internacional de la mujer afirmó en su discurso el compromiso de elaborar un programa específicamente destinado a la mujer. Se sabe que el papel del programa es de interconexión entre las organizaciones femeninas y las no gubernamentales, donde el gobierno llamaría a la interlocución de los diferentes sectores pero de hecho esto no fué así, como aparece registrado en uno de los principales diarios del país *"...aunque debió ser una propuesta del movimiento de mujeres y de los partidos políticos es grave que en su elaboración no se involucrara a la sociedad civil, a las mujeres y sus organizaciones, es un programa de buenos deseos que parte de la decisión del ejecutivo... aunque no haya un hombre en el Consejo Consultivo, la decisión parte de él"*³⁵.

Como respuesta al Programa, el 21 de marzo de 1996, la Coordinación Nacional Feminista por el Cambio Social -organización que aglutina a algunas organizaciones feministas del Distrito Federal y de algunos estados del centro y norte de la república- propuso al gobierno la interlocución entre el Estado y las fuerzas sociales; se supone que las fuerzas sociales estarían representadas en las organizaciones que pertenecen a la Coordinadora, pero ella misma tampoco es representativa ni de todos los sectores del país ni de todas las organizaciones feministas; no hubo respuesta porque su relación con el movimiento de mujeres no está clara y en opinión de varias organizaciones las funciones del consejo Consultivo no están definidas ni en su evaluación ni en su seguimiento, aspecto que a juicio de muchos es el reflejo de la discriminación persistente tanto de las mismas mujeres como de las organizaciones³⁶. El programa no tiene presupuesto ni infraestructura, no tiene referente institucional u organismo coordinador de propuestas y acciones, pero debe intervenir en la instrumentación, el seguimiento y la asignación de recursos de las actividades que lleve a cabo. El texto presenta la conformación de un Consejo consultivo y una contraloría Social, el primero tendría a cargo la planeación, coordinación, concertación, profundización del federalismo y

³⁵Diario La Jornada, suplemento especial Doble jornada, para el análisis de estos puntos se revisaron los ejemplares de marzo, abril, mayo, junio y julio de 1996.

³⁶Diario La Jornada, suplemento Doble Jornada del 28 de mayo de 1996 donde se reúne la opinión de mujeres representantes de partidos políticos, organizaciones femeninas y uniones sindicales.

desarrollo jurídico e institucional de las instancias del programa; el segundo tendría a cargo la coordinación de iniciativas, la provisión de mecanismos como la revisión de los códigos leyes y reglamentos para poder hacer el seguimiento, la evaluación y el análisis de las iniciativas en favor de la mujer.

Dadas las características de su aparición las propuestas mismas que el programa plantea han sido puestas en tela de juicio frente a los medios masivos de comunicación, particularmente las que se relacionan con los siguientes puntos: protección legal contra delitos sexuales, protección a los derechos de las trabajadoras rurales y urbanas, campesinas e indígenas y jefas de hogar, sobre la base del respeto, la tolerancia, el reconocimiento y el fortalecimiento al liderazgo de la mujer mediante la conformación de cuadros femeninos que amplíen su cobertura; como De Barbieri (1996) afirma, ninguna de las áreas origina un subprograma especial, y lo que es más importante, para ninguna de ellas se cuantifica lo que se busca lograr. Así mismo el Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población (1996) considera: *"Un programa dirigido a la mujer para reducir su fecundidad sin que vaya acompañado de otros que le proporcionen un mínimo de satisfactores, difícilmente cumplirá su objetivo de mejorar la condición de la mujer"*. El GAAPP está constituido por un grupo de intelectuales y académicos del área de población y ciencias sociales que hacen seguimiento a las propuestas y programas estatales en materia de población, el aporte crítico de este grupo invita por medio de su boletín a todos los sectores interesados en aportar elementos que enriquezcan y fortalezcan la consideración de los aspectos sociales al interior de los programas. El escepticismo del grupo obedece a experiencias anteriores que fueron revisadas por el, particularmente los programas de planificación familiar.

Los áreas básicas de intervención en el Programa de la Mujer son la educación, la salud y la violencia, las acciones concretas se centran en la revisión de libros de texto, la denuncia de la desigualdad en las estructuras y en las políticas económicas en todas las formas de actividad productiva y en el acceso a los recursos por parte de las mujeres en la medida en que puedan participar del modelo de desarrollo económico que se requiere para su futuro. de hecho en los objetivos propuestos se estipula la consideración de la

reforma del código penal para sancionar los delitos contra la violencia, la integridad física y moral de las mujeres; la interacción con los medios y la ampliación del uso de la información; y por último, el establecimiento y fortalecimiento de alianzas con otros agentes políticos del país.

El tribunal de la defensa de los derechos reproductivos Reunidas en México, el 28 de mayo de 1996 representantes de la Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos, la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe y la Red de Salud de las Mujeres del D.F. , con el apoyo de catorce organizaciones sociales e incluso la presencia de representantes de la SSA, CONAPO, CONASIDA, IMSS, ISSTE, todos los partidos políticos excepto el PRI, la Procuraduría de Justicia adoptan los acuerdos aprobados y ratificados en las Conferencias del Cairo y de Beijing y aprueban en el país el Primer Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos cuyos puntos básicos de acción se resumen en:

- Dar a conocer a la sociedad civil y política la forma como las instituciones gubernamentales violan los derechos reproductivos.
- Presentar los casos en los cuales el Art. Cuarto constitucional sea violado por el personal de salud al aplicar un método anticonceptivo sin autorización de la paciente, sin brindar suficiente información o bajo presión³⁷.
- Presentar los casos en los que la falta y la calidad misma en el proceso de atención de parto y posparto haya ocasionado efectos negativos en la salud de la mujer, incluso la esterilidad y/o la muerte³⁸.

³⁷ Un testimonio publicado en la Doble Jornada del 1 de julio de 1996 registra uno de los primeros casos que se han presentado ante el tribunal: en este caso concreto, luego de haber perdido su primer embarazo (gemelar) en circunstancias poco claras y con una serie de irregularidades que siguieron a la muerte de los neonatos, afirma la mujer demandante: "A los tres años de esta tragedia, decidimos nuevamente encargar bebé, pero no teníamos resultados. Preocupados acudimos a una ginecóloga particular. En los estudios salió que tenía las trompas ligadas. Yo nunca di autorización para que me hicieran la salpingoplastia. Me acordé de la herida debajo del ombligo, con la que salí del Seguro. Ahí decidieron que yo no debía ser madre....Nadie nos informó en la Clínica del IMSS sobre lo que me habían hecho, pero tampoco nos pidieron nuestra opinión. Y yo me pregunto: ¿con qué derecho los(as) médicos(as) deciden sobre la maternidad de una mujer?"

³⁸ Un segundo testimonio presentado ante el tribunal, también registrado y publicado en la Doble jornada del 1 de julio de 1996, declara la demandante, con no más de veinte años de edad, su caso que tuvo lugar en una clínica del IMSS, - luego de perder a su bebé en el parto, debido a incompetencia médica-, cuyo resultado no sólo fue la pérdida del hijo sino también la histerectomía de la joven, dice así: "Me asusté, con miedo y dolores agudos de parto empecé a llamar a los doctores. Apareció un médico quien me confirmó en ese momento la muerte de mi bebé. A partir de la una de

- Detectar la falta de atención adecuada a mujeres en tratamiento de cáncer cérvico-uterino.
- Denuncia de los casos de discriminación en el trabajo y negación al derecho de empleo de la mujer cuando violando el artículo 123 constitucional se le exige presentar el examen de gravidez para ingresar al trabajo.

Este tribunal constituye un antecedente sin precedentes del poder de convocatoria de la problemática femenina en materia de reproducción y defensa de los derechos reproductivos, la organización logró lo que ningún otro programa había conseguido, aglutinar a todos los sectores que forman parte del cuidado la atención y los servicios en salud sexual y reproductiva. La sociedad civil y el Estado forman un tribunal común sin intermediarios para rescatar y defender los derechos humanos sexuales y reproductivos de las mujeres, como lo confirman los primeros casos que ya se presentaron ante el Tribunal en distintas ciudades del país.

El contraste entre el discurso enunciado en los instrumentos de política pública en materia de salud reproductiva, población y condición de la mujer y los hechos que se presentan en la vida cotidiana; ante la persistencia de la desigualdad genérica sexual, la discriminación y la violencia, generan entre las instancias sociales la movilización para el cambio, a través de este Tribunal se busca trascender el nivel de la planeación de la política; los casos de denuncia que lleguen a ese Tribunal pueden constituirse en un mecanismo de presión social para el logro de compromisos adquiridos en los discursos oficiales, de esta manera, la participación de los actores involucrados se hace real y trasciende el planteamiento demagógico de algunas instancias en el papel.

Lo anterior, pone en evidencia y marca el precedente que los discursos en materia de igualdad social y sexual que son adoptados por los gobiernos sexenales tienen un valor

la mañana me colocaron una sustancia en el suero. Nadie me informó que era lo que me pasaba. A las 10:45 me llevaron al quirófano, una cesárea extrajo a mi bebé, también el útero. No me explico por qué la histerectomía...El informe de mi médico particular señalaba que el bebé tenía bradicardia severa. Esto pudo haberse evitado si la intervención quirúrgica no se hubiera dilatado tanto, yo me pregunto ¿cuál fue el diagnóstico de los médicos del IMSS que expliquen la muerte fetal a la que aluden?. Ya han pasado dos meses y todavía no sé por qué se me practicó la histerectomía".

más demagógico, las denuncias presentadas ante el Tribunal de la defensa de los derechos reproductivos apuntan justamente a que los objetivos planteados en los discursos políticos de manera articulada y bien redactada, realmente no pueden cumplirse.

Desde luego un avance que merece resaltarse es el hecho que halla un reconocimiento a la materialización de las demandas de los grupos feministas en pos de la defensa de los derechos humanos, sexuales y reproductivos; este reconocimiento abre nuevas posibilidades y también nuevos interrogantes; usando la expresión popular, de hacerla de *abogado del diablo*, se pueden formular algunos cuestionamientos complejos como por ejemplo: - ¿Cuáles son las posibilidades de materializar los objetivos de los programas en las actuales condiciones socioeconómicas del país, de frente a las condiciones de pobreza, de aumento del desempleo y de incremento de la violencia en el país?; - ¿Cuál es la capacidad real de los programas, dado el marco actual, de ser implementados?; - ¿Cuál será el papel de la sociedad civil en las propuestas estatales, quiénes son los llamados a ser intermediarios entre las políticas, los discursos, los recursos institucionales para llevarlas a cabo?; - ¿Cuál es el papel de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en la realización y puesta en marcha de los planes institucionales?; y por último, ¿Cuál será la compensación para estas organizaciones en caso de asumir estos compromisos, cómo va a ser reconocido su trabajo?.

TERCERA PARTE. LA RELACION INVESTIGACION-POLITICA PUBLICA: ANTECEDENTES SOBRE LA SALUD REPRODUCTIVA EN MEXICO

Aspectos generales

Como se pudo establecer desde el primer capítulo la relación academia, investigación - política de población ha sido una constante desde la consolidación de esta última en el país, es gracias al trabajo intelectual de los demógrafos en el área de la salud y la reproducción (la fecundidad) que se han implementado programas, y se han considerado nuevos elementos en las agendas de trabajo tanto nacionales como internacionales en el área de población, políticas y desarrollo. Podría decirse entonces que el desarrollo mismo de las políticas y programas es inherente al avance en la investigación y la producción académica, prueba de ellos es el presente acervo bibliográfico que recoge los avances más recientes de la investigación, conceptualización y desarrollo en el área de la salud y la reproducción.

Dado lo anterior, esta sección es una revisión de cuarenta documentos entre informes, proyectos, propuestas, resultados y artículos de investigación en el área de salud reproductiva en México. Desde comienzos de la presente década empieza a configurarse la salud reproductiva como área de investigación y a pesar del volumen ya existente de materiales textos y publicaciones sobre el tema, puede decirse que aún se encuentra en la fase exploratoria, por dos razones:

- Respecto al concepto de salud reproductiva en particular, se observa que no existe consenso dentro de los investigadores para su adopción en los proyectos estudiados, esto probablemente tenga que ver con la integralidad del concepto en sí mismo y con la relación de una dimensión poco explorada en los trabajos como son los aspectos relacionados con la sexualidad como fuente de placer y de apropiación del cuerpo a través de su disfrute; aunque buena parte de los trabajos dan cuenta de algunos de los problemas específicos de la salud reproductiva y la comprensión de los mecanismos a través de los cuales operan dichos factores, la multicausalidad propia del área lleva a la

proliferación de trabajos en algunos aspectos básicos y a la ausencia de propuestas en otros.

- Dada la diversidad cultural y las características socioeconómicas del país así como la complejidad del área de investigación, se enfrentan dos elementos en el conocimiento de la salud reproductiva: el grado de avance de cada disciplina como cuerpo teórico analítico y la posibilidad de generar la integración con otros campos del conocimiento desde una perspectiva multidisciplinar.

Además si se adopta una visión integral y se incorporara en los trabajos realmente la relación de la sexualidad como fuente de placer, y se articula con la perspectiva de género, la perspectiva misma de salud reproductiva, el programa incluso tendría que cambiar, porque tendría que partir de reconocer el hecho de que la mujer no puede tener placer sobre un cuerpo que no le pertenece, y el hombre tampoco, porque él está obligado a proporcionar dicho placer; por otro lado, una vez roto el vínculo sexo-reproducción la sexualidad tendría que redimensionarse puesto que tendría que reivindicar -más bien reconsiderar- el concepto de erotismo y lúdica sexual dentro de ella. Desarrollar estos elementos implica incluso el cuestionamiento mismo del concepto original *Salud Reproductiva*.

Esta revisión hace patente los dos elementos descritos y constituye una primera aproximación a lo que se puede considerar el estado del arte de la salud reproductiva en México; de los cuarenta textos revisados, quince son trabajos desarrollados en el área de la sociodemografía, destacándose entre ellos las propuestas metodológicas para el acercamiento y la investigación del área desde las fuentes de datos hasta el abordaje de nuevas problemáticas relacionadas con ella; seis son recopilaciones hechas por otros autores que evalúan y describen el grado de conocimiento alcanzado en el país sobre salud reproductiva, proponen líneas de trabajo y recuperan los avances metodológicos logrados hasta el momento; seis son documentos críticos a manera de artículos que señalan temas de controversia política relacionados con la salud reproductiva como el aborto, la política pública y su relación con las dimensiones del área; cinco trabajan

desde la antropología y la medicina social aspectos específicos de la salud reproductiva en áreas y poblaciones específicas a manera de estudios de caso; cinco constituyen en conjunto el aporte de un mismo programa institucional a las que se consideran las principales dimensiones de la salud reproductiva, el embarazo adolescente, la sexualidad, los derechos reproductivos, las Conferencias internacionales y los lineamientos básicos del programa en sí tres son propuestas de trabajo con modelos organizativos en comunidades de base.

Hay sí de entrada en todos los trabajos un llamado de atención sobre la necesidad de abandonar la postura biomédica y biologicista para el estudio de la salud reproductiva y una invitación a incursionar en metodologías cuantitativas y cualitativas para dar cuenta de la multicausalidad propia del concepto, que por principio obliga a la interlocución teórica entre las distintas áreas del conocimiento³⁹. Los aspectos que se van a retomar y condensar para hacer el acercamiento a los elementos considerados en los documentos serán los siguientes:

- Las áreas de trabajo y las prioridades de investigación
- Las preguntas de investigación
- Las metodologías empleadas
- Los objetivos
- Los avances en perspectiva de género y la visión de la sexualidad como uno de los elementos centrales de la salud reproductiva
- Las conclusiones de las investigaciones
- Los vacíos y campos por cubrir

³⁹ Dadas las características mismas de la salud reproductiva y los contenidos que las Conferencias internacionales le han adjudicado al concepto, la referencia a la condición de la mujer y la postura de género en buena parte de los trabajos es inevitable, con las limitaciones que se pueden esperar del grado de conocimiento alcanzado por cada disciplina en tal postura.

- Las áreas de trabajo y las prioridades de investigación⁴⁰

En relación a las interrogantes que se formulan los investigadores, se aprecia el reconocimiento de los aspectos biológicos⁴¹ indicadores de la salud reproductiva cuales son⁴²:

- salud materno-infantil - morbi-mortalidad de la madre y el niño
 - embarazo, parto y puerperio
- aborto, interrupción del embarazo y embarazo no deseado
- sexualidad adolescente
- embarazo adolescente
- enfermedades de transmisión sexual y Sida
- planificación familiar, uso de anticonceptivos
 - frecuencia
 - prevalencia
 - cobertura

Como prioridades dentro de la misma área (biológica) los autores indican:

- El estudio de la prevalencia y los factores de riesgo
- Consecuencias de las enfermedades de transmisión sexual y del Sida en las condiciones de salud
- Medición del factor de riesgo local
- Servicios diferenciados por grupos de edad específicos
- Atención a los adolescentes
- Propuesta de integración de áreas entre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual y Sida

⁴⁰ Si el lector quiere una ubicación general del área puede remitirse a los trabajos de Brachet (1992); Stern (1993,1995); Ravelo(1995); Langer y Romero (1995) y Salles y Tuirán (1995).

⁴¹ Para los aspectos biológicos dentro de las investigaciones, revisar: Stern (95); Ravelo (95); Boletines Nos 2,5 de Salud Reproductiva y Sociedad, Langer y Romero (95); Salles y Tuirán (95)

⁴² Revisar para este efecto: Boletines No. 1,2,3,4,5 del Programa Salud Reproductiva y Sociedad; Langer y Romero (1995); Ravelo (1995); Stern (1995)

- Estudios epidemiológicos a nivel local
- Estrategias de prevención primaria y secundaria en salud
- Estudio de la relación cáncer cérvico-uterino y Sida.

Se consideran después los elementos desde **las ciencias sociales**⁴³:

- política económica y social
- apoyo de instituciones y desarrollo de asistencia social
- transición demográfica y cambio social
- diagnóstico socioeconómico de las condiciones de salud
- socialización y educación sexual (educación para la salud)
- familia curso de vida, instituciones y relación con el proceso reproductivo
- efectos de los medios de comunicación en el comportamiento reproductivo
- elementos socioculturales, religión
- violencia sexual y doméstica
- desigualdad social y desigualdad de género
- acceso diferencial a los servicios
- trabajo y sexualidad

Como prioridades de investigación, dentro del área de sociales se encuentran:

- Estrategias de promoción de la comunicación intrafamiliar
- Cambios en la legislación
- Desarrollo de un enfoque colectivo de salud
- Identificación del papel social de la mujer como factor de riesgo para la salud
- Estudio de la relación del comportamiento reproductivo con los factores socioculturales, percepciones de la sexualidad, valoración del cuerpo.
- Extensión de los estudios de género y la perspectiva de los estudios de la mujer en todas las áreas de salud reproductiva

⁴³ Para los trabajos en el área de sociales consultar: Steern (93); Benitez (94); Senties (94); Corona (94); Ojeda de la Peña (94, 95); Salles y Tuirán (95); Cardaci (95); Arana (95); Ravelo (95); Atkin (96); Rodríguez (96); Lara (96); Szasz (96); Boletín No.5 S.Rtiva y Sociedad.

- Estudios cualitativos de la sexualidad en distintas etapas de la vida
- Ampliar los conocimientos de las actitudes y prácticas sexuales ubicadas en el contexto sociocultural
- Capacitación de maestros y prestadores de servicio en elementos para el estudio socioeconómico y demográfico de los grupos específicos de población.

Dentro de esta área están las **dimensiones políticas**⁴⁴

- cobertura de los servicios y calidad de la atención
- educación para la salud desde las instituciones de servicio
- formación del recurso humano en el área de salud reproductiva
- política de salud, orientación de los programas
- responsabilidad médica
- derechos reproductivos e instituciones
- salud laboral y riesgo reproductivo
- relación política de población, política de salud
- marco legal y normativo
- articulación regional, estatal y nacional

Como prioridades de investigación en el área política se formula:

- La satisfacción de la demanda de servicios básicos de salud, y de planificación familiar
- Los mecanismos de la ampliación de la cobertura y la calidad de los servicios existentes
- El refuerzo institucional de los mecanismos de información y comunicación tanto entre la institución y el usuario como al interior del personal prestados del servicio.
- La regulación y legislación del trabajo femenino

Las dimensiones **académicas**⁴⁵ tienen que ver con:

⁴⁴Para los aspectos relacionados con la política se pueden consultar: Ravelo (95); Corona (94); Castañeda (95); Langer y Romero (95); Bronfman (95); Cardaci (95); Boletines Nos. 2 y 3 de Salud Rtiva y Sociedad, Lara (96); y Rodríguez (96).

- metodologías de investigación
- bases de datos, información y acervo bibliográfico
- docencia
- funcionamiento de grupos de trabajo

Como prioridades de investigación en los aspectos académicos se identifican:

- formación del recurso humano, cursos de especialización.
- capacitación técnica, metodológica del recurso humano
- divulgación de resultados de investigación
- integración con las Ong's, y formación de grupos de trabajo
- generación de información cuantitativa y cualitativa
- nuevos enfoques para el estudio del proceso salud-enfermedad
- búsqueda de fuentes primarias y secundarias de información, de representación local, estatal, regional
- evitar y proponer alternativas para no dispersar las áreas de trabajo
- sistematización y capacitación en metodologías de trabajo
- creación y actualización de los indicadores de estudio
- combinación de actividades de docencia e investigación

- Las preguntas de investigación

Buscando más los interrogantes a los cuales llegan los autores, luego de su proceso reflexivo y haciendo énfasis en los cuestionamientos que con relativa frecuencia de manera reiterada se hacían presentes en las lecturas, se pudo establecer tres áreas de atención; la primera de rasgos generales que tienen que ver con las dimensiones propias del proceso salud-reproducción; la segunda tiene que ver con los roles de género producto de la construcción sociocultural específica de cada contexto, y la tercera se

⁴⁵ Para los aspectos relacionados con el área académica consultar: Corona (92); Brachet (92); Boletines de Salud Rúa y Sociedad Nos. 1 y 5; García y García (95); García, Flores y Tovar (95); Szasz (96); Salles y Tuirán (95).

cuestiona más sobre aspectos legales y éticos de la problemática reproductiva, particularmente la relacionada con la interrupción voluntaria del embarazo o aborto.

Primera dimensión: aspectos generales⁴⁶

- ¿Cuál es la importancia del contexto sociocultural en el significado de la sexualidad y su relación con la reproducción?
- ¿Cuáles son los determinantes de los problemas de la salud reproductiva, reconociendo su multicausalidad?
- ¿Cuáles son los riesgos reproductivos derivados de los factores ambientales y ocupacionales?
- ¿Cómo eliminar el riesgo de que los programas de planificación familiar elementos de la política de población se conviertan en sinónimo de programas de salud reproductiva?
- ¿Cuál es la posibilidad real de la población de utilizar y acceder al uso de métodos anticonceptivos post-coitales y a las tecnologías anticonceptivas en general?
- ¿Cómo se articula la dimensión microsocial y la macrosocial en la evaluación del alcance de las acciones en materia de salud materno-infantil?
- ¿Cómo evaluar la eficiencia de la práctica médica en materia de salud reproductiva?
- ¿Cuáles son las opciones reproductivas de la mujer rural?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo que más inciden en la reproducción?
- ¿Cuáles son las necesidades de los adolescentes?
- ¿Cuáles son los elementos histórico-sociales del embarazo en la adolescencia?
- ¿Cuáles son las opciones que tienen los jóvenes y los factores que más influyen en sus decisiones?

⁴⁶ Las referencias bibliográficas de esta área se encuentran en: Atkin (96); Osorio (95); Avila (95); Ravelo (95); Salles y Tuirán (95); Stern (95); Boletín No.4 Salud Rtiva y Sociedad; Brachet (92).

Segunda dimensión: roles de género⁴⁷

- ¿Cuál es la relevancia social del género en el estudio de la sexualidad entre hombres y mujeres?
- ¿Cuáles son las características del varón que lo hacen más dispuesto a cambiar sus actitudes frente a la sexualidad y a la prevención del embarazo no deseado?
- ¿Cómo incide la identidad genérica en la participación masculina en el proceso reproductivo?
- ¿Por qué la mujer no accede a los servicios de salud si es la cuidadora de la salud de los demás?
- ¿Cómo evitar un embarazo no deseado mientras las mujeres no tienen capacidad de decisión sobre su cuerpo, sobre su sexualidad y sobre su fecundidad?

Tercera dimensión: aspectos legales⁴⁸

- ¿Cuáles son los argumentos en contra y cuáles en favor del aborto?
- ¿Cuáles son las alternativas para la mujer que aborta, desde la penalización?
- ¿Cuáles son las contradicciones entre la política pública y la libertad individual y familiar?
- ¿Cuáles son los límites de las acciones del gobierno en su intervención en las relaciones de pareja?
- ¿Es posible disminuir el aborto sin modificar las pautas socioculturales?
- ¿Qué significa un embarazo, una enfermedad de transmisión sexual y un aborto para el adolescente?
- ¿Qué factores subyacen en la adolescente embarazada para que opte o no por el aborto?

⁴⁷ Las referencias bibliográficas de esta dimensión se encuentran en: Ojeda de la Peña (95); Atkin (96); Osorio (95); Stern (93, 95); Langer y Romero (95); Szasz (96); Boletín No. 2 Salud Rtiva y Sociedad.

⁴⁸ Las referencias de esta dimensión son: Lamas (96); Salles y Tuirán (95); Stern (95); Boletín No. 3 Salud Rtiva y Sociedad.

- Las metodologías empleadas

En los estudios analizados persiste la tendencia a mantenerse en una misma línea de trabajo sea esta de tipo cuantitativo o de tipo cualitativo; los trabajos que recopilan las tendencias en investigación plantean la integración y combinación de instrumentos para un mejor conocimiento del área y mantienen una actitud propositiva⁴⁹.

Los trabajos de corte **cuantitativo**⁵⁰ enfatizan en los siguientes instrumentos de estudio:

- Encuestas por muestreo
 - con representatividad nacional, regional, estatal y local
 - a grupos específicos de población, jóvenes, maestros, prestadores de servicios, hogares, padres de familia, trabajadores de la salud.
 - después de eventos específicos: post partum
- Historias de partos
- Mejoras de los registros hospitalarios
- Hojas de control por evento
- Cuantificación y caracterización de los comportamientos individuales, frecuencias estadísticas para análisis socioeconómico y demográfico con énfasis descriptivo de las características locales. acercamiento interdisciplinario a la interpretación del dato
- Preparación de datos combinados con fuentes censales para la estimación de tasas específicas de fecundidad por región
- Aplicación de índices socioeconómicos para estudiar la marginación social usando los datos mediante combinación de técnicas indirectas.

⁴⁹ Stern (93, 95); Salles y Tuirán (95) y los Boletines de Salud Rtiva y Sociedad mantienen la propuesta permanente de generar espacios de intercambio interinstitucional, intersectorial, interdisciplinario, formación de grupos de trabajo y de discusión por temas que permitan también intercambiar experiencias.

⁵⁰ Para consultar sobre estos trabajos remítase a: Brachet (92); Corona (92); COLEF (94); Boletines No. 2, 5 Salud Rtiva y Sociedad; García, Flores y Tovar (95); García, García (95); Ojeda de la Peña (95).

Los datos que se han cuantificado en los documentos revisados abordan aspectos clásicos de estudio en su mayoría, sin embargo, se observa la incursión por nuevas áreas cuyo intento de cuantificación sigue siendo un desafío metodológico; partir de hecho de un concepto multidimensional como la salud reproductiva hace más difícil la tarea, a continuación se enlistan los aspectos que más se busca cuantificar⁵¹:

- escolaridad
- estado civil
- edad a la unión
- participación económica
- condición migratoria
- jefatura de hogar
- proceso de reproducción de la pobreza
- índice de marginación
- vivienda
- servicios
- residencia
- ingresos
- acceso a los servicios de salud
- acceso a bienes y servicios
- calidad de la atención
- comportamiento reproductivo
- patrón reproductivo
- patrón conductual
- relaciones sexuales
- tipo y frecuencia de las prácticas sexuales
- anticoncepción
- embarazo
- maternidad

⁵¹Para consulta remítase a: Lara (96); Osorio (95); Ravelo (95); Corona (94); Salles y Tuirán (95); Boletín No. 5 Salud Rtiva y Sociedad; Brachet (92).

- lactancia
- nutrición
- fecundidad
- variables intermedias
- variables próximas
- estructuras de fecundidad por edad
- número de hijos
- historia ocupacional

Por su parte, los trabajos de corte cuantitativo⁵² enfatizan en los siguientes instrumentos de estudio:

- observación participante
- entrevistas a profundidad
- estudios etnográficos
- estudios cualitativos
- estudios de caso
- cartas con cuestionario
- métodos participativos
- Investigación-acción
- asociación de factores demográficos y socioeconómicos como factor de riesgo
- grupos de trabajo
- estudios exploratorios
- perspectiva histórica
- análisis de trayectorias
- combinación de perspectivas macro y micro social
- estudios longitudinales, comparativos y de contexto sociocultural
- curso de vida
- combinación de instrumentos

⁵²Para este apartado consultar: Boletines No. 1, 2, 3 y 5 Salud Rtiiva y Sociedad; Langer y Romero (95); Salles y Tuirán (95); Szazs (95); Figueroa (95); Cardaci (95); Ravelo (95).

- grupos focales
- redes sociales
- ciclo de vida
- educación popular
- grupos de autoayuda
- exploración bibliográfica documental
- talleres populares
- desarrollo de modelos alternativos de salud
- seguimiento por etapas
- técnicas de concientización
- educación participativa
- análisis diferencial de fenómenos sociales y demográfico

Los aspectos sobre los cuales se pretende profundizar en los trabajos se relacionan estrechamente con elementos de identidad sexual, sexualidad y subjetividad, de los cuales poco se conoce, o dicho de otra forma, poco se ha incorporado al campo de conocimiento⁵³, sólo por mencionar algunos más tenemos:

- cuerpo
- identidad femenina
- subjetividad femenina
- roles de género
- redes de apoyo
- prácticas sexuales
- roles sexuales
- estres psicosocial
- factores psicosociales
- desigualdad social

⁵³ Para mayores referencias consultar: Arana (95); Mejía M, et. al. (95); Castañeda (95); Flores(95); Atkin (96); Ojeda de la Peña (95); Stern (93, 95); Boletín No. 3 de Salud Rtiva y Sociedad.

La población a la cual se dirigen estos estudios varía de acuerdo a los aspectos que cada trabajo plantea como relevantes en su planteamiento, sin embargo sigue siendo evidente el marcado énfasis en la mujer como unidad de análisis más socorrida en los trabajos, incluso se convierte en la informante más confiable sobre el estado de salud de terceros (hijos, compañero, etc.) ha variado los grupos de atención, conforme varían las inquietudes y planteamientos de investigación. En relación a la salud y la reproducción y gracias a la revisión realizada se identifican a las siguientes personas como las unidades de información más solicitadas⁵⁴:

- mujeres consultantes de los servicios de salud
 - usuarias de métodos anticonceptivos
- grupos de adolescentes
- prestadores de servicios de salud
- mujeres trabajadoras
- estudiantes
- maestros
- investigadores
- médicos
- mujeres vigías de salud
- mujeres adultas
- parteras
- familias
- activistas sociales
- grupos diferenciados por estrato social
- mujeres con hijo
- mujeres con pérdida

⁵⁴Para este apartado es útil recuperar los esquemas realizados por Salles y Tuirán (95) para describir los actores y los espacios sociales en juego e interacción en el área de la salud reproductiva cuales son: - El Estado con sus agentes sociales (escuela, religión, instituciones, cultura); la población, el público en general, la opinión pública influenciada por los medios de comunicación, y por último, Las leyes, el derecho que ampara a los individuos, a las familias. Para mayores referencias consultar Brachet (92); Corona (92); Boletines No. 1,3 Salud Rtiva y Sociedad; COLEF (94); Stern (95); García, García (95); Figueros (95); Flores (95).

- Los objetivos

La naturaleza de cada trabajo da sentido a los alcances y perspectivas que se tienen de él, la revisión mostró dos tendencias marcadas dentro de las que podrían haber otras, pero así como el énfasis cualitativo cuantitativo se hizo evidente en la metodología, así también la tendencia teórica frente a la tendencia aplicada o práctica, se hace presente en los objetivos de los trabajos. Sin duda este recorrido da cuenta en buena parte del debate mismo del conocimiento, el avance de las disciplinas y la articulación o no de nuevos campos de estudio.

Las propuestas de mayor ⁵⁵**énfasis teórico-conceptual** plantean así sus objetivos de trabajo:

- Elaboración de un marco conceptual para la salud reproductiva
- Promoción, fortalecimiento de la capacidad investigativa, docente e interdisciplinaria
- Promover los elementos de investigación diagnóstica necesaria para desarrollar programas educativos, con contenidos y metodologías didácticas en el área de educación sexual.
- Fortalecimiento de redes interinstitucionales de docencia e investigación
- Identificación de elementos para desarrollar una visión integral de las políticas y los programas.
- Búsqueda de información sobre factores psicosociales de riesgo en las enfermedades de transmisión sexual y Sida en grupos de población específicos.
- Evaluar la magnitud y los efectos de la violencia en la salud
- Ensayar y validar metodologías para el conocimiento de los fenómenos relacionados con la salud.
- Socializar y difundir los resultados de investigación con especialistas del área para desarrollar marcos conceptuales interdisciplinarios de los distintos aspectos de la salud reproductiva.

⁵⁵ Para consulta puede revisar: Brachet (92); Boletín No. 1, 3 y 5 de Salud Rtiva y Sociedad; Langer y Romero (95); Salles y Tuirán (95); García, Flores y Tovar (95); Bronfman (95a, 95b); Figueras (95); Ravelo (95); Arana (95); Castañeda (95); Szasz (96).

- Avanzar en el conocimiento de los determinantes socioculturales de la salud reproductiva.
- Incorporación del hombre como sujeto de investigación en salud reproductiva.
- Evaluación de tendencias y efectos perversos de la tecnología anticonceptiva y reproductiva para evitar la violación de los derechos.
- Crear un marco de interpretación del patrón reproductivo de la población, de la estructura de fecundidad por edad y de su velocidad de descenso relacionada con los niveles de marginación social.
- Identificar las características de las relaciones de poder entre los géneros, al interior de las familias las comunidades y a nivel social.
- Destacar las vertientes de trabajo y de acción vinculadas con los derechos reproductivos.
- Elaborar un diagnóstico sobre los intereses y las necesidades de información de los habitantes de zonas específicas en relación con el área de la reproducción humana.
- Explorar la lógica subyacente al discurso médico de la comunidad para adecuar los programas de salud a las necesidades de la localidad.
- Difundir enfoques y perspectivas de los estudios sociales con elementos de género para incorporar otros elementos y otras dimensiones a la discusión de la problemática de la salud reproductiva.
- Describir un modelo metodológico para el estudio de la relación cuerpo-sexualidad-maternidad.
- Construcción de un marco de análisis del impacto de los procesos de globalización e integración económica sobre la salud reproductiva.

Por su parte las propuestas planteadas desde la perspectiva más³⁶**empírica-aplicada**, formulan sus objetivos en los siguientes términos:

- Integrar instrumentos y sistemas de información en el área de la salud reproductiva

³⁶Para consultar estos trabajos remítase a: Corona (92); Boletín No. 1 de Salud Rtiva y Sociedad; COLEF (94); Langer y Romero (95); Stern (95); Osorio (95); Mejía Marengo et. al.,(95); Lara (96); Martínez (96).

- Formación de prestadores de servicios y encargados de los programas en materia de aspectos sociales de la reproducción y de la salud.
 - Creación de fuentes de información sociodemográficas.
 - Evaluación de impacto de los programas.
 - Difusión de resultados de las acciones realizadas.
 - Atención a las mujeres que abortaron, atención a la violencia sexual y propuesta de modificación de ley para que la violencia sexual sea considerada un problema de salud pública.
 - Evaluación de las bases de datos.
 - Identificación de conductas de riesgo en grupos específicos de población.
 - Reconocimiento de las prácticas sexuales relacionadas con el riesgo reproductivo.
 - Evaluación de patrones de comportamiento y características de los prestadores de servicio.
 - Ilustrar las problemáticas de los activistas e investigadores del área de salud reproductiva a nivel institucional.
 - Señalar la influencia de los saberes y prácticas maternas en la incidencia, evolución y resolución de episodios de enfermedad.
 - Diseñar y evaluar para implantar (con el costo y la efectividad) un modelo integral alternativo para la atención en salud reproductiva de la mujer.
 - Identificar líneas que orienten la política de salud y la seguridad social.
- Los avances en perspectiva de género y la visión de la sexualidad como uno de los elementos centrales de la salud reproductiva**

El avance en las ciencias sociales sobre la conformación de un campo de conocimiento relacionada con los sistemas sexo-género obedece al resultado de los siguientes factores: años de movilizaciones sociales por parte de grupos feministas; reconocimiento cada vez más enfático de la incidencia que tiene la construcción sociocultural sobre la cual se relacionan hombre y mujeres sobre las condiciones de salud y de vida de cada

uno de ellos. Como lo plantean Salles y Tuirán⁵⁷ (1995) la importancia del enfoque de género desde la consideración misma de la desigualdad e inequidad entre los sexos en donde incluso el acceso a los recursos y al poder no son ajenos a las prácticas sexuales y reproductivas de los individuos, obliga a la consideración de este enfoque particularmente en el área de la salud reproductiva; esto se puede constatar en los siguientes factores:

- la división sexual del trabajo
- las oportunidades de educación y empleo diferenciadas por sexo
- la inestabilidad y baja remuneración del empleo femenino
- los niveles de salud y bienestar diferenciales por sexo, comenzando por el nivel nutricional diferencial entre niños y niñas.
- las características de la participación femenina particularmente en momentos de toma de decisión, lo cual limita de paso la autonomía personal⁵⁸.

Para García y García (1995), el abordar la salud reproductiva desde la perspectiva de género, ofrece la ventaja de considerar no solo las construcciones sociales no solo sobre salud-enfermedad⁵⁹, sino también sobre la relación sexo-género, desde el esquema histórico-dinámico, los autores consideran que la población estructura sus opciones de salud de acuerdo a sus condiciones de vida, determinadas por la desigualdad social, en la cual la apropiación individual de tales condiciones es producto de la reconstrucción social, ya sobredeterminada por la desigualdad de género.

⁵⁷ Los autores exploran las asimetrías de género y exploran también la perspectiva histórico estructural para analizarlas considerando que con ella, se avanza en la redefinición cultural del papel de la sexualidad y la reproducción.

⁵⁸ Es importante señalar la ausencia no sólo en este sino en todos los demás apartados de la dimensión sexualidad como fuente de placer, o la erotización de la sexualidad, ni la relación cuerpo placer, esta se podría decir fué una constante en todos los trabajos, cuya ausencia sólo es señal del camino que falta por recorrer en el área.

⁵⁹ La salud enfermedad lo definen la definen los autores como un proceso bio-psico-social, donde las concepciones que se tienen acerca de la salud y la forma de enfermarse, inciden en el uso de los servicios y en las condiciones de salud de la población. Las opciones de salud, a su vez, están predeterminadas por la desigualdad social, el proceso general de reproducción social, los aspectos biológicos y socioculturales dan especificidad a los comportamientos reproductivos de poblaciones concretas

La política social para García y García (1995), debe ir más allá de la visión médica sanitaria, en el ofrecimiento de los servicios y la estructura de opciones de salud; si elementos como la autonomía, repercuten directamente en la manera de entender y establecer las relaciones de género, en la manera de asumir los roles pasivo-activo, y en la manera de confrontar la desigualdad; esta situación cuestiona la racionalidad misma de los servicios de salud, ya que la construcción social de las necesidades en salud están medidas por la desigualdad de género. Para García y García (1995); entender la manera como estructuran sus opciones en salud y como la mujer específicamente percibe sus necesidades en salud reproductiva, es un elemento básico para transformar la desigualdad de género, disminuir los factores de riesgo producidos por la desigualdad social y el fin, o el comienzo del fin del predominio de las relaciones asimétricas entre hombres y mujeres generadas por el patriarcado, el machismo y el dualismo tradicional moderno de la sociedad contemporánea.

El reconocimiento desde las ciencias sociales a la incidencia de las relaciones de género en los patrones sexuales y reproductivos invita a las instituciones prestadoras de servicios en el área de salud a entender tales relaciones y a descentralizar su atención en la maternidad⁶⁰ como principio de identidad femenina con el cual no se abandona la dupla sexo-reproducción(Boletines Salud Reproductiva y Sociedad 1-5). Mediante tal avance (las relaciones de género y su incidencia en la salud de la mujer) se evidencia - afirma Szasz (1995)- que los varones pueden separar fácilmente el ejercicio de la sexualidad y la procreación, mientras que las mujeres requieren tener consciencia e información sobre la biología de la reproducción y la posibilidad de impedir un embarazo.

⁶⁰ definida como la relación social que comprende la unidad entre reproducción biológica, social e ideológico cultural. Algunas autoras desarrollan un enfoque que reúne elementos de la teoría feminista contemporánea y la sociología médica para desarrollar un nuevo tipo de conocimiento asumiendo la maternidad como un espacio de confrontación entre la ideología dominante y el discurso médico y entre los aspectos biológicos y culturales positivos de la experiencia enfatizando en primero que las dimensiones más negativas para la salud de la mujer no se originan en el plano biomédico sino en la esfera social elemento para los autores que los lleva a considerar segundo los derechos reproductivos como una lucha política para que las mujeres trasciendan al poder político para avanzar en la modificación de condiciones estructurales de las relaciones entre los sexos Ver Szasz (95); Caradaci (95); Ravelo(95); Figueroa (95).

El distanciamiento de la visión biologicista y de la investigación biomédica en la salud reproductiva tiene que ver con la necesidad de incorporar a las ciencias sociales para entender la relación entre la construcción genérica y los valores y comportamientos sexuales de la población, desde esta perspectiva como lo señala uno de los Boletines de Salud Reproductiva y Sociedad (No.5), se puede entender que:

- la masculinidad es relacional también y se obtiene del reconocimiento del otro.
- el enfoque cultural de la sexualidad se separa del determinismo biológico
- la interdependencia recíproca masculinidad-economía-política es conflictiva lleva a otras dimensiones como Estado-mercado de trabajo-familia.

Figueroa (1995) considera sobre este punto que el quehacer de los grupos feministas desde diferentes negociaciones han logrado incidir en la conceptualización de la reproducción y la maternidad, el análisis de las relaciones de poder al interior de las mismas y la necesidad y obligación de revisar la normatividad alrededor de la reproducción, la defensa de los derechos sociales apoyados por ciertos grupos coinciden con la posibilidad de que las mujeres se integren a movimientos organizados o que ellas los constituyan, reinterpretao sus papeles tradicionales. Ravelo (1995), apoya por su parte esta última consideración al evidenciar en su trabajo la contradicción en el marco de las diferencias de clase y etnia, en la cual, la necesidad de criticar al enfoque dominante del patrón sexo-reproducción biológica es una prioridad.

El reconocer que la mujer es el sujeto más interesado, de mayor permanencia e incidencia en la atención y prevención de los problemas de salud-enfermedad de su familia y de las redes de apoyo a las que pertenece⁶¹ hace imposible que se cree un cuerpo de conocimiento que no reconozca la realidad de la vida que viven las mujeres a nivel cotidiano, son mujeres sin posibilidad de hablar y de asumir su cuerpo como propio ni de reconocer sus propias necesidades en materia de salud reproductiva y sexual⁶², este es quizás el elemento más reconocido en los trabajos revisados que justifica el

⁶¹Ver Osorio (95).

⁶²Ver Corona (94).

acercamiento a las ciencias sociales y dentro de ella a la perspectiva de género⁶³; la deconstrucción de las pautas culturales tradicionales y conservadoras implica la confrontación del sistema de poder cuya base es la desigualdad y la dominación de un sexo sobre el otro, ese reconocimiento hecho en los resultados de los trabajos impulsan el desarrollo de una mirada más crítica a la problemática femenina y al área de salud reproductiva en especial.

La consideración de la sexualidad como objeto de estudio y de interés académico tiene que ver no sólo con la definición de la salud reproductiva en donde la sexualidad es uno de los elementos centrales, sino también con otros elementos que la condicionan y que son recuperados por la perspectiva de género. Como dice el Boletín No. 1 de Salud Reproductiva y Sociedad, la sexualidad no sólo está ligada a la reproducción, también lo está con la desigualdad social entre hombres y mujeres, con la escasa autonomía femenina, con la tecnología anticonceptiva centrada en la mujer⁶⁴, la desventaja nutricional entre niños y niñas y la violencia doméstica y con la escasez de satisfactores sexuales dentro de las pautas de relación vigentes entre hombres y mujeres normadas culturalmente para asumir los roles pasivo-activo en el aspecto lúdico-sexual. En síntesis, hablar de la sexualidad sin hablar de cuerpo erótico, es hablar de sexualidad-reproductora.

Brachet (1992) define la sexualidad como un proceso biológico y social que precede a la procreación y que está relacionada con varias dimensiones como pueden ser:

- la socialización sexual
- La capacidad jurídica o la madurez mental y emocional para tomar decisiones reproductivas⁶⁵

⁶³Rodríguez (96) considera que la sexualidad representa una de las banderas de lucha de los movimientos feministas, en los que juega un papel fundamental las desigualdades genéricas y sociales que inciden en la escases de información en la calidad de los servicios y en el no disfrute de la sexualidad y del propio cuerpo por parte de muchas mujeres.

⁶⁴También es reconocido por Szasz (95, 96).

⁶⁵Al respecto Corona (94) considera la educación sexual como un elemento vital para este proceso, ya que prosigue la autora: *por medio de él se adquieren conocimientos actitudes y valores respecto a la sexualidad en todas sus manifestaciones (formales e informales). En ella intervienen aspectos biológicos asociados a la reproducción, y los*

- Las presiones del entorno social
- La configuración micro y macro del contexto
- Los eventos históricos

El Boletín No. 5 de Salud Reproductiva y Sociedad considera por su parte que *la sexualidad es una experiencia histórica personal conformada por ideas, preceptos morales y significados sociales, por lo tanto la sexualidad es moldeada por la cultura, en ella se crean vínculos entre la identidad de género, la sexualidad y el contexto cultural en el cual la sexualidad se inscribe en el marco de la heterosexualidad, es legitimada por el matrimonio y está estrechamente vinculada con la reproducción. El determinismo cultural para observar la sexualidad desde el rol pasivo, activo mediante la prevalencia del débito conyugal genera el veto al deseo y al placer, la biologización de la masculinidad y la construcción histórica del ser varón.*

Ante la ausencia de visiones más elaboradas e ilustrativas respecto a la sexualidad, a la lúdica sexual dentro de los trabajos revisados, vale la pena señalar algunos que intentan plantear su postura de manera explícita sobre el particular, tal es el caso de Bronfman, Gómez y Magis (1995), quienes señalan el avance de la visión de la sexualidad, otrora considerada desde el enfoque biologicista como un elemento marcado por el estereotipo evolucionista a una visión cultural, que aborda la sexualidad como una construcción sociocultural e histórica cambiante, presente en la construcción identitaria del sujeto, en la diferenciación sexual anatómo-fisiológica, llena de símbolos, representaciones, normas y valores. Por su parte, Castañeda (1995) define a la sexualidad como un complejo de capacidades físicas, psíquicas y sociales a través del cual los seres humanos son capaces de experimentar sensaciones a partir de impulsos sexuales; esta definición sin embargo avanza poco en el reconocimiento del elemento sociocultural y su relevancia; de allí que autoras como Szasz (1996) señalen que la sexualidad es afectada por los cambios socioeconómicos, institucionales y culturales que desencadenan los procesos de integración económica con consecuencias directas en la salud reproductiva.

asociados al género, al erotismo, a la identidad y a la representación social de los mismos. La educación sexual debe crear las condiciones para la toma de decisiones en materia reproductiva de manera libre e informada

- Las conclusiones de los estudios

Las conclusiones de los estudios reflejan en sí mismos grados de comprensión de la complejidad del área de salud reproductiva, la reserva de los autores es tan solo una invitación a seguir profundizando en el campo y una señal más de que la fase exploratoria de la salud reproductiva en el país no ha sido superada. Se seleccionaron las conclusiones más generales que nuevamente se ajustan al patrón generado hasta ahora de tener tendencias específicas, algunos trabajos apuntaron a los factores políticos e institucionales, otros autores destacaron los elementos sociales y de género; estas fueron algunos de los resultados:

Conclusiones en torno a factores políticos e institucionales⁶⁶

- Hay ventajas en el sistema de registros de datos hospitalarios para construir indicadores precisos y representativos de salud reproductiva, morbi-mortalidad y mortalidad infantil.

- Las diferencias en los niveles de fecundidad y sus velocidades de descenso podrían estar determinados por los distintos niveles de marginación más que por la efectividad de los programas de planificación familiar. Lo cual demuestra que a medida que se acentúa el descenso de la fecundidad esta muestra una mayor relación con los niveles de marginación social: a mayor marginación menor velocidad de descenso.

- El comportamiento reproductivo de la población esta relacionado con sus condiciones de vida. Las condiciones socioeconómicas, las crisis económicas y las políticas públicas de cada región imprime la heterogeneidad al fenómeno, pero contribuye a la elaboración de una respuesta social organizada en materia de salud reproductiva.

⁶⁶ Este apartado se basó en los siguientes autores: Corona (92); Boletín No. 5, Salud Rtiva y Sociedad; García, Flores y Tovar (95); Senties (94); Szasz (95, 96); Ojeda de la Peña (95).

- La imposición de métodos definitivos de anticoncepción aparece con mayor frecuencia entre mujeres rurales y de escasa escolaridad. La creciente injerencia pública en el comportamiento reproductivo plantea problemas de pérdida de autonomía individual al transferir a los agentes de salud esferas muy íntimas de la decisión personal. Es en conclusión, un proceso esencialmente cultural y social que se pone a cargo de los servicios médicos.

- La accesibilidad, los servicios centrados en el usuario, la mezcla de métodos, asesoría adecuada y el reconocimiento de la salud sexual y reproductiva como derecho humano implica que los medios para lograrla deben estar también al alcance de toda persona.

- Los cambios en el proceso de integración económica pueden traer problemas en los sistemas de atención a la salud, en particular por el cambio de pasar de un Estado benefactor a un Estado subsidiario.

- Según opinión de algunos autores, el cambio de los sistemas de salud enfrentan el riesgo de que le suceda lo mismo que a la distribución del ingreso que la disminución de la desigualdad en su distribución se tradujo en el empeoramiento de los niveles de ingreso de toda la población. En el caso de la salud, la resultante de una ligera mejoría en la situación de los grupos más vulnerables, al extender la cobertura obtenida por las tecnologías de bajo costo de los paquetes básicos de salud y al empeorar la situación de los grupos antes protegidos por la seguridad social.

Conclusiones en torno a factores sociales y de género⁶⁷

- La reducción de buena parte de las enfermedades de la mujer solo se logrará cuando las mujeres den a su propia salud la importancia que le corresponde en vez de subordinar sus cuidados a las necesidades de otros miembros del grupo familiar.

⁶⁷ Para este apartado se consultaron: Langer y Romero (95); Salles y Tuirán (95); García y García (95); Figueroa (95); Avila (95).

- Lo alcances de los programas están condicionados por las especificidades, exigencias, objetivos y orientaciones de las instituciones con las que se busca interactuar.

- El enfoque de salud reproductiva abarca temas relacionados con las libertades y los derechos reproductivos. Estos y otros temas afines por su propia naturaleza remiten a dimensiones que desbordan las tradicionalmente contenidas en su conceptualización, por esta razón, repensar el contenido de la salud reproductiva exige ir más allá de los problemas de salud que supuestamente la reproducción implica. Si se incluye la sexualidad en general ¿Por qué hablar en términos estrictos de la reproducción?

- Existe asociación entre el nivel de confrontación que ejerce la mujer frente a la desigualdad de género y las condiciones socioeconómicas en que se encuentra; por esta razón, tanto el proceso salud-enfermedad como la desigualdad de género se pueden entender como dimensiones de la desigualdad social.

- En la realidad latinoamericana en situaciones injustas y contradictorias que se viven en sociedades con relaciones económicas inequitativas a través del registro de tales situaciones se ha obligado de alguna manera al surgimiento de grupos que reaccionan y promueven nuevas alternativas.

- Prevalece la preferencia por atender problemas de salud definidos biológicamente, mientras la mujer no tenga social psicológica y medicamente igualdad práctica de derechos mientras considere su función social dependiente de otros no sabemos quién es, quién pueda ser ni somos capaces de valorar sus peculiaridades más que por accidente.

Sin redundar en lo expuesto cabe resaltar el recorrido que tuvieron que hacer los autores para delimitar sus objetos de estudios relacionados con el área de trabajo, la salud reproductiva, finalmente el peso de sus propios hallazgos terminaron en nuevas preguntas y algunos indicios de posibles respuestas, tal como se constata en el último apartado de esta sección.

- Los vacíos y campos por cubrir

Sin pretender ajustar los resultados del análisis de los textos a tendencias específicas⁶⁸, el patrón vuelve a presentarse, como en las conclusiones de los trabajos así se identifican los vacíos y las expectativas de los trabajos futuros en el área de salud reproductiva:

Factores políticos e institucionales⁶⁹

- No hay indicadores para zonas geográficas reducidas y se desconocen los ámbitos geográficos regionales para el estudio de grupos homogéneos de población; tampoco se lleva a cabo un estricto control en el diligenciamiento de registros hospitalarios debido en parte al exceso de trabajo del personal.

- Superar la visión médica biologizada de la salud reproductiva por una visión interdisciplinaria especializada es importante para reconocer los mecanismos de funcionamiento, incidencia y resultados de las políticas y los programas de salud reproductiva, diseñar mecanismos de evaluación del trabajo, la metodología empleada y el proceso de sistematización; y para el entendimiento de los procesos sociales y culturales que tienen influencia en la salud reproductiva..

- Desarrollar enfoques y metodologías para trabajar con la población adolescente, denunciar la falta de políticas y programas para este sector de la población y proveer la información necesaria que para ese momento de su vida el adolescente requiere.

- Faltan estudios de prevalencia, factores de riesgo y consecuencias de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) sobre la población en general debido a la ausencia de investigaciones operativas para el diseño y evaluación de modelos de

⁶⁸ Aunque tal tendencia es inevitable, como dice Jesús Ibañez, el investigador está obligado a objetivar lo subjetivado dentro de sus estudios, sus métodos y sus procesos de aprendizaje con su área.

⁶⁹ En este apartado se consultó: Corona (92); Boletines No. 1, 2 de Salud Rtiva y Sociedad; Langer y Romero (95); Stern (95); Salles y Tuirán (95); García, Flores, Tovar (95); Ravelo (95); Castañeda (95); Atkin (96).

atención y cuidado de las ets, y para la generación de información en el área de la sexualidad y el comportamiento sexual en México.

- El reduccionismo al estudio de la morbilidad materna y el predominio de la perspectiva biomédica y epidemiológica ha limitado el avance y conocimiento de otros aspectos relevantes de la salud reproductiva.
- Carencia y/o insuficiencia de la información proporcionada a las usuarias de métodos anticonceptivos.
- No existen investigaciones sobre la fecundidad a nivel estatal, lo cual dificulta la elaboración de políticas regionales, la evaluación de las metas propuestas por la Ley General de Población y la posibilidad de hacer operable la relación población- desarrollo.
- El privilegio de las variables sociodemográficas para la caracterización de la población femenina impide la construcción de líneas de investigación sobre aspectos como la sexualidad, el cuerpo, la identidad y la subjetividad femenina; así como la exploración de experiencias de las mujeres sanas sobre los saberes femeninos relacionados con su salud y su reproducción.
- Dificultades de comunicación de los investigadores con grupos específicos de población, como indígenas, campesinos, migrantes, etc.
- Ausencia considerable de estudios relacionados con los adolescentes, falta de seguimiento, lagunas conceptuales sobre la sexualidad, el embarazo, la paternidad y la maternidad adolescente.

Factores sociales y de género⁷⁰

- La participación masculina en el proceso reproductivo, la responsabilidad y el ejercicio del derecho reproductivo.

- Las medidas preventivas en torno a las Enfermedades de Transmisión Sexual, y la consideración del mayor riesgo adolescente cuya frecuencia coital es esporádica y por lo general promiscua.

- Extender y reforzar la investigación sobre género y sexualidad humana bajo un marco dinámico, el desarrollo de métodos y abordajes para el estudio de la sexualidad en útil también para el estudio de las enfermedades de transmisión sexual y el sida.

- Se requieren estudios que aborden los factores relacionados con la toma de decisión de la mujer frente al aborto.

- El análisis de los conceptos utilizados para caracterizar acciones sociales alrededor de la reproducción y para la necesidad cada vez mayor de delimitar con claridad los derechos de las mujeres en particular cuando esto se relaciona con sus procesos reproductivos. Hasta el momento no se ha cuestionado el esquema de relación médico-paciente en los modelos de planificación familiar.

- Hasta el momento no se ha estudiado la forma de abordar el rechazo del varón a la utilización de algún método anticonceptivo y tampoco el uso de la coerción masculina para que la mujer acepte un embarazo no deseado.

- El estudio de la percepción social y las relaciones de poder entre individuos de diferente sexo en los aspectos sexuales.

⁷⁰ Este apartado se elaboró con las siguientes referencias: Langer y Romero (95); Boletín No. 5 de Salud reproductiva y Sociedad; Bronfman, Gómez y Magis (95), Rábago (94); Figueroa (95); Arana (95); Ojeda de la Peña (95).

CONCLUSIONES

El proceso para definir y consolidar los derechos sexuales y reproductivos ha llevado años, ha implicado la movilización social, y la participación de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, los grupos feministas, los grupos de mujeres, que han negociado por décadas su reconocimiento⁷¹, a partir del rescate de su esencia política que llevó a varios de los grupos otrora militantes de partidos de oposición a la consideración de los factores que incidían en su propia reproducción, los cuales llevaron al reconocimiento de la opresión particularmente ejercida sobre la mujer, fundada en gran parte por el determinismo biológico del sexo y consolidada por la cultura y la sociedad. El reconocimiento de las condiciones de opresión femenina es la base de la construcción de la política y la perspectiva de género.

A partir de la necesidad de integrar la planificación familiar con los cuidados y la atención de salud materno-infantil se inicia la búsqueda de un nuevo concepto que integre y amplíe en una sola área los elementos abarcadores del proceso de allí que surgiera la salud reproductiva como una propuesta integral de las dos dimensiones iniciales sobre la base de los derechos a la información y a la toma de decisiones individuales sobre el propio proceso reproductivo, en el cual entra la opción de ejercer la sexualidad como fuente de placer.

Un tercer elemento del concepto de salud reproductiva es entonces la sexualidad como derecho y como espacio destinado al disfrute del propio cuerpo, al derecho al placer y a la lúdica sexual, opcionalmente y si así se desea a la reproducción⁷². Este es un elemento que pese al impulso dado desde los grupos feministas y académico-feministas

⁷¹ Si se refuerzan o se debilitan los condicionamientos de orden genérico y las posibilidades existentes de erradicar tales condicionamientos mediante el acceso al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es un interrogante pendiente aún de respuesta.

⁷² Con estos elementos mencionados del énfasis de los derechos sexuales y reproductivos y el ejercicio de la sexualidad en el área de la salud reproductiva, con la dupla sexo-reproducción convertida en opción -ya no designio- una interrogante que viene al caso es justamente, el marcado énfasis al aspecto reproductivo en el término salud reproductiva.

es una figura ausente en los espacios institucionales e incluso en los mismos espacios académicos.

El puente para hablar del placer como dimensión o remitente básico de los derechos sexuales y reproductivos, lo constituye justamente el concepto de salud reproductiva en donde se supone se habla también de goce y de disfrute del propio cuerpo, ¿por qué es tan asimétrica la relación en los discursos internacionales y los nacionales referidos a la relación entre cuerpo erótico-cuerpo reproductor? Estas sin duda, siguen siendo dimensiones escindidas en los imaginarios de los planificadores en salud reproductiva.

Los Planes de Acción, las Conferencias y los Programas buscan establecer metas y objetivos a corto y mediano plazo para reforzar los mecanismos de evaluación y las modificaciones que se requieren en cada uno de ellos. Estas consideraciones implican la movilización política de grupos sociales, el origen de las críticas de organismos no gubernamentales, su reconocimiento es un avance, la necesidad de mantener la vigilancia obedece a que esto puede ser un arma de doble filo, porque puede convertirse, o en un mecanismo de vigilancia interna de las instituciones encargadas de prestar el servicio, para mejorar su calidad y cobertura, o pueden ser, simplemente mecanismos de control para garantizar el alcance de las metas demográficas.

Algo que queda pendiente es justamente saber ¿cuáles son los parámetros de desarrollo del campo de salud reproductiva? frente a quién se consideraría el desarrollo alcanzado, frente a la medicina?, frente a la psicología? o frente a la necesidad de cada mujer a nivel individual como sujeto dueña de su cuerpo y de su disfrute individual? en este sentido la dimensión tiempo cobra relevancia, la lectura de los cambios y de los avances logrados en cada aspecto varía necesariamente de una cohorte a otra; desde la demografía se sabe que los tiempos no son iguales ni para el individuo, ni para la sociedad ni para la historia.

¿Que se amplían los espacios de acción de las mujeres con las declaraciones de los planes de acción?; en los discursos y en el avance de la militancia de grupos de base

feministas cada vez más visibles es un hecho, pero el proceso para llevarlo a la práctica, ¿Será tan largo como el proceso que se tuvo que recorrer para lograr llevarlo a una propuesta política acordada y ratificada a nivel internacional?. Los pasos agigantados de las posibilidades de cambio considerando la dinámica propia que la historia y el sentido del tiempo como se reconoció anteriormente tienen que jugar su papel.

Un punto presente a lo largo tanto de las Conferencias Internacionales como de los Programas Nacionales y las Metas y Proyectos de Investigación, que queda siempre sin resolver es y el hombre, qué?; ¿Cuál es la participación del hombre a lo largo del proceso reproductivo?. Desde la necesidad de impulsar la segunda generación de investigación en tecnología anticonceptiva -en la cual se prioriza el estudio de la anticoncepción masculina-, hasta el cuestionamiento de su rechazo a los métodos de planificación familiar que rayan en la violencia (particularmente a nivel nacional en México). Estas son otras preguntas sin respuesta...

Por otro lado, parte de las limitaciones de la práctica efectiva de los acuerdos logrados internacionalmente ha sido la demora en adecuar las legislaciones de los países para la materialización y viabilidad de sus preceptos, este es otro proceso por desgracia tan o más lentos que los señalados anteriormente.

En el Tribunal por la defensa de los derechos reproductivos, se hizo evidente el temor de que se confundan los programas de planificación familiar con los programas de salud reproductiva, el asimilarlos como iguales o sinónimos no sólo pone en riesgo el territorio ganado por el segundo sino también caería en el reduccionismo y la tendencia controlista del primero. La impresión que prolíficos discursos corren el riesgo de diluirse en su materialización y concreción como ha resultado en otras ocasiones infunde escepticismo, y llama a la necesidad de permanecer en la vigilancia.

Otra constante es la ausencia de metodologías, instrumentos y elementos para la evaluación y el reconocimiento de la problemática de la salud reproductiva, debido en buena parte a la complejidad del concepto. Esto aumenta el riesgo de que termine

convirtiéndose en una mera definición operacional de elementos de planificación familiar y de elementos de salud materno-infantil juntos, alternativa a todas vistas también reduccionista.

Un punto aún en el tintero y también constante en toda la secuencia (desde el nivel internacional hasta el político y académico del nacional) es el cómo asegurar que los profesionales y los prestadores de servicios de salud, promuevan realmente los principios de la salud reproductiva en la atención de las usuarias, aspecto que además compromete la real posibilidad que tienen las mujeres de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de los cuales ya se les reconoce su titularidad. Además como parte de la sociedad los prestadores de los servicios de salud están inmersos en las mismas pautas culturales de los usuarios, ¿no habría entonces que empezar por pensar en ellos también como prioridad, instancia que debe concientizarse de las dimensiones y las implicaciones del área en la que se encuantran trabajando en pro del bienestar propio y ajeno?

A nivel nacional, la política de la descentralización de los servicios de salud preparan el terreno para la llegada del Programa de salud reproductiva cuya base es intervenir a nivel local y fijar allí metas a corto y mediano plazo. A pesar de tener esos propósitos se reconoce la ausencia de indicadores, fuentes de información y de bases de datos a nivel local y regional necesarias para llevar a cabo el programa y para su evaluación.

Adicional a la descentralización como elemento básico en las políticas y programas nacionales, otro componente estratégico en la intervención es el incremento de la anticoncepción postevento obstétrico (incluido aborto), esta propuesta supone la intervención justamente en el tránsito de la mujer por el ámbito hospitalario, frente a lo cual cabría preguntarse, si dadas las relaciones médico-paciente, enmarcadas en la política institución-usuarios, se puede garantizar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer; que incluyen el acceso a información confiable y oportuna, máxime cuando la meta de cobertura por este concepto según el Programa de Salud

Reproductiva es llegar al 70% de usuarias de la anticoncepción postevento obstétrico, para el año 2000.

La perspectiva de género contemplada en el Programa de Salud Reproductiva como prioridad y área de acción básica, al parecer no se recupera de forma sistemática en todas las demás áreas, por lo menos en sus planteamientos iniciales. Aunque el reconocimiento de la dimensión es un hito en materia de política pública, el proceso de implementación a lo largo de cada una de las áreas que compromete es un camino que apenas se empieza a recorrer.

Se reconoce el avance en la consideración de la mujer y su papel protagónico en el contexto social, económico y demográfico del país; Aunque tampoco se desconoce que muchas de estas consideraciones han sido forzadas por las mismas condiciones socioeconómicas del país, la lógica de la economía, el manejo de las situaciones de crisis económicas que la población debe enfrentar agudiza la necesidad de buscar estrategias de sobrevivencia frente al reconocimiento del deterioro de las condiciones de vida frente a esta situación el Estado no puede dejar de asumir su papel, en el mantenimiento de los niveles mínimos de vida y la misma promoción del estatus de la mujer, como parte de ellas.

Al parecer en los programas de apoyo al Programa de Salud Reproductiva se encuentra uno de los más grandes obstáculos para vencer, la conciliación por parte del gobierno y el Estado con la sociedad civil, y en este caso particular con los movimientos y organizaciones feministas del país, esto se debe a que se está haciendo alusión al deslis ocasionado por la presentación del Programa Nacional de la Mujer, propuesta de la actual administración que no contó con la participación ni la opinión de los grupos y organizaciones de mujeres en el país. La contrapropuesta de las mujeres con la instalación del Tribunal de la Defensa de los Derechos Reproductivos constituye un ejemplo de la presión social organizada que se puede ejercer desde la instancia civil para el cumplimiento de los acuerdos ratificados por México a nivel internacional; la respuesta

organizada de las mujeres es un desafío a la postura unilateral del gobierno, de plantear propuestas para las mujeres sin las mujeres.

La necesidad de superación de la perspectiva biomédica y biologicista en la salud reproductiva como área de investigación es un imperativo para el avance en el conocimiento de la situación en el país. Las exigencias del mismo concepto para abordarlo, constituye un desafío para las instituciones académicas, de investigación y de distintas áreas de estudio, además, en sí mismas son una invitación para combinar esfuerzos, saberes y recursos teórico-metodológicos en su conocimiento, lo cual fortalecerá por un lado la interdisciplinariedad, y por el otro garantizará el conocimiento de la problemática en el contexto social específico en donde es requerido. Por los resultados de la revisión documental, este sigue siendo un desafío.

Resaltan como áreas prioritarias de estudio dentro de la salud reproductiva a nivel nacional:

- La sexualidad y el embarazo adolescente
- Las enfermedades de Transmisión Sexual y el Sida
- El reconocimiento de los factores socioculturales y la percepción de la sexualidad en el comportamiento reproductivo de la población.
- La especificidad de los requerimientos en materia de salud reproductiva en grupos de población de edades específicas y en contextos geográficos particulares.

De todas maneras, como punto de partida se reconoce también la carencia de instrumentos y elementos técnicos y metodológicos suficientes para abordar la salud reproductiva como campo de estudio.

Sí se avanza en el reconocimiento de la mujer como elemento clave de la relación reproducción- salud, salud de la familia; así mismo de la relación atención- prevención- redes de apoyo; y por último de la relación reproducción biológica (sexo con fines reproductivos)- reproducción diaria (crianza, atención y cuidado de la salud)- reproducción social (trabajo, actividad económica). Estos niveles tanto a nivel macro

como a nivel micro, son punto de interés no sólo académico, en cuanto al reconocimiento de la construcción sociocultural que define las características genéricas y de paso su particularidad social a nivel local, regional y nacional; también son puntos de interés políticos porque ellos determinan las esferas de intervención prioritarias para el logro de metas y objetivos concretos en materia demográfica, social económica.

Frente a programas tan avanzados como el de salud reproductiva para el país -en el discurso- cabe preguntarse: ¿Cuáles son los límites reales y efectivos de estos programas frente a la crisis económica del país, frente a la necesidad de recurrir a economías de subsistencia debido al aumento de la pobreza? Otra interrogante, en este sentido sería: ¿Es o no la salud reproductiva una posibilidad de reivindicación de los derechos de la mujer, de su posibilidad de autonomía y autodeterminación, o al contrario, es la posibilidad de mayor discriminación y de limitación de su capacidad de decisión?. Esto último sólo se define en la esfera del debate público, en la mediación público-privado, política pública, versus libertad individual; lo cual lleva evidentemente a un desafío para el movimiento feminista y para las organizaciones de mujeres en el país.

La extensa revisión documental de este capítulo propone al lector un panorama lo más amplio posible que evidencie no sólo la dificultad de la asimilación conceptual y teórica propia de la salud reproductiva, sino también del riesgo de una errada interpretación y tergiversación del concepto, hecho que puede prestarse a fines contrarios a los cuales fué originalmente creado. No es la intención ni agotar la revisión existente, ni consignar la mayor cantidad de elementos posibles, porque es una tarea sencillamente irrealizable además de ingenua; pero sí es la intención escenificar al máximo las alternativas y propuestas de trabajo que un concepto puede generar; un poco con la idea de advertir de lo utópico que puede ser pretender dominarlo y otro tanto para indicar el riesgo con el que se juega dada esta misma característica, frente al alto riesgo que se corre de; terminar reproduciendo los mismos esquemas o plantear otras alternativas. ¿Qué piensa Usted?.

Otra pregunta que vale la pena formularse es la siguiente: dado el largo recorrido por la genealogía del concepto de salud reproductiva, la relatoría de los eventos internacionales y la revisión de las propuestas a nivel nacional e internacional para su implementación, ¿Hay señales de algún cambio o de alguna ventaja hasta el momento con ella?. ¿Es suficiente la incorporación de los derechos reproductivos y la promoción de la condición igualitaria de la mujer dentro de principios ético-filosóficos en los programas para que éstos realmente se logren?

Dado el mar de posibilidades y para concluir: Ante la disyuntiva, ¿Qué le depara a la sociodemografía el acercamiento a la salud reproductiva? Sin duda la necesidad de incorporar la metodología cualitativa y la cuantitativa es un hecho, además de superar la visión tecnicista de los fenómenos en estudio, máxime con el concepto de salud reproductiva que en este caso encuentra su base en la consideración de elementos de diversa índole sino también de cierto grado de complejidad. Por ejemplo, ¿Puede la sociodemografía adoptar la perspectiva de género como una constante en el estudio y la observación del comportamiento reproductivo de la población, superando la visión del sexo como una variable dicotómica?

La opinión de la comunidad organizada, la mejora en las condiciones de vida de los mismos prestadores de servicio y la formación desde la perspectiva de género -incluidos los que integran los máximos niveles de decisión-, no pueden estar ausentes en la aplicación del discurso a la realidad. Muchas de estas preguntas requieren tiempo para ser resueltas; pero la historia no está acabada y la que hemos hecho aún no es suficiente. Se espera que esta reflexión movilice la reacción, la crítica y las sugerencias que ayuden a que en conjunto, sociedad civil e instituciones de gobierno, fortalezcan políticas, programas y mecanismos instrumentales que contribuyan al bienestar de las mujeres y a la superación de las inequidades de las cuales son objeto.

BIBLIOGRAFIA

Arana Marcos. Transición demográfica y opciones reproductivas. Algunas reflexiones. En *Género y Salud Femenina. Experiencias de Investigación en México.* Pérez Gil R. Sara Elena, et al., (Coordinadores). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social CIESAS, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán". Guadalajara, México, 1995.

Atkin Lucille C. et. al. Sexualidad y fecundidad adolescente. En *Mujer. Sexualidad y Salud Reproductiva en México.* Langer ana, Tolbert Kathryn (Editoras). The Population Council, Centro Cultural EDAMEX, México. 1996.

Avila Rosas Héctor. Los modelos médicos asistenciales en su relación con la mujer. En *Género y Salud Femenina. Experiencias de Investigación en México.* Pérez Gil R. Sara Elena, et al., (Coordinadores). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social CIESAS, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán". Guadalajara, México, 1995.

Benagiano G. From Fertility Regulation to Reproductive Health. Declaration of International Symposium on Contraceptive Research and development for the year 2000 an Beyond. Mexico City, March, 1993.

Benítez Zenteno Raúl. Una política de población que respete la conciencia política. En *Razones y Pasiones en torno al Aborto: Una Contribución al Debate* Ortiz Ortega Adriana, (Editora). The Population council, Centro Cultural EDAMEX. México, 1994.

Brachet Viviane. La investigación en salud reproductiva en México: Elementos para formular un diagnóstico y conformar un programa nacional de investigación. El Colegio de México. Centro de Estudios Sociológicos, Junio de 1992.

Bronfman Mario, Castro Roberto. Salud, embarazo y anticoncepción en dos comunidades rurales de México: un estudio comparativo. En *Las Mujeres y la salud.* Gutiérrez Montes Soledad. (Compiladora). Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer PIEM. El Colegio de México. México, 1995.

Bronfman Mario, Gómez D, Héctor, Magis R. Carlos. Sida, Enfermedades de Transmisión Sexual y Salud Reproductiva Serie Reflexiones Sexualidad Salud y Reproducción. Programa Salud Reproductiva y Sociedad. El Colegio de México. Año I, No. 7, Diciembre de 1995.

Cardaci Dora. Pensando como mujeres...Propuestas educativas en salud de los "colectivos" y "redes" de mujeres. En *Las Mujeres y la salud.* Gutiérrez Montes Soledad. (Compiladora). Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer PIEM. El Colegio de México. México, 1995.

Castañeda Salgado Martha Patricia. Mujeres y sexualidad. Comentarios en torno a una propuesta metodológica. En *Género y Salud Femenina. Experiencias de Investigación*

en México. Pérez Gil R. Sara Elena, et al., (Coordinadores). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social CIESAS, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán". Guadalajara, México, 1995.

Centro de Estudios y Asesoría en Salud. Condiciones Sociales e inequidad de Género en América. Cuadernos de Salud Colectiva No 7. Serie Salud Colectiva. CEAS Ediciones. Vol. 3, No. 1, Quito Ecuador, Febrero de 1994.

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer CLADEM. Compromisos de los Gobiernos de América Latina y el Caribe presentados en los discursos ante el Plenario de la Conferencia en La Muralla y el Laberinto: Huellas de las mujeres en la Conferencia de Beijing. Lima Perú, Abril 1996.

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer CLADEM. De Beijing, una plataforma para la acción y un claro mandato para el progreso de las mujeres en La Muralla y el Laberinto: Huellas de las mujeres en la Conferencia de Beijing. Lima Perú, Abril 1996.

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer CLADEM. Declaración de Beijing en La Muralla y el Laberinto: Huellas de las mujeres en la Conferencia de Beijing. Lima Perú, Abril 1996.

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer CLADEM. Declaración del Grupo de Trabajo sobre Derechos Humanos en La Muralla y el Laberinto: Huellas de las mujeres en la Conferencia de Beijing. Lima Perú, Abril 1996.

Consejo Nacional de Población, Estados Unidos Mexicanos. Programa Nacional de Población 1989-1994. México, Abril de 1991.

Consejo Nacional de Población, Estados Unidos Mexicanos Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994. México, Julio de 1991.

Cook Rebecca J. International Human Rights and Women's Reproductive Health. Studies in Family Planning Review. Vol. 24, No. 2, USA, Mar/Apr 1993.

Corona Rodolfo Un nuevo sistema de información sobre salud reproductiva. Departamento de Estudios de Población. El Colegio de la Frontera Norte. Tijuana, B.C., Agosto de 1992.

Corona Vargas Esther. La política sexual es una política pública. En *Razones y Pasiones en torno al Aborto: Una Contribución al Debate* Ortiz Ortega Adriana, (Editora). The Population council, Centro Cultural EDAMEX. México, 1994.

De Barbieri Teresita. La interrupción voluntaria del embarazo, un derecho humano. En *Razones y Pasiones en torno al Aborto: Una Contribución al Debate* Ortiz Ortega Adriana, (Editora). The Population council, Centro Cultural EDAMEX. México, 1994.

Delegación Mexicana a China. La posición de México ante Pekín Diario La Jornada. Octubre 25 de 1995

Departamento de Estudios de población. Reporte Técnico de la Encuesta Condición Social de la mujer y Salud Reproductiva en Tijuana B.C. El Colegio de la Frontera Norte. Abril de 1994.

Doble Jornada. Noveno Aniversario. Suplemento Especial. Diario La Jornada, lunes 4 de marzo de 1996.

Doble Jornada. ¿Institucionalizar nuestras demandas? Suplemento Especial. Diario La Jornada, lunes 1 de abril de 1996.

Doble Jornada. Nuestra salud... ¿se vive o se sufre? Suplemento Especial. Diario La Jornada, lunes 6 de mayo de 1996.

Figueroa Juan Guillermo. Apuntes sobre algunas posibilidades de autodeterminación reproductiva en América Latina. Revista Perfiles Latinoamericanos. sede Académica de México. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO. Año 4, No. 6. México, Junio de 1993.

Flores Hernández Eugenia. Las mujeres de los grupos de salud de las organizaciones urbano populares. En *Género y Salud Femenina. Experiencias de Investigación en México.* Pérez Gil R. Sara Elena, et al., (Coordinadores). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social CIESAS, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán". Guadalajara, México, 1995.

Ford Foundation. Reproductive Health: A Strategy for the 1990's. A program paper of the Ford Foundation. New York, USA. June 19991.

Fraser Nancy. Repensar el ámbito público: una contribución a la crítica de la democracia realmente existente. Revista Debate Feminista. Política, Trabajo y Tiempos. Año 4, Vol. 7, México. Marzo 1993.

Freedman Lynn P., Isaacs Stephen L., Human Rights and Reproductive Choice. Studies in Family Planning Review. Vol. 24, No. 1, USA, Jan/Feb 1993.

García M. Carlos, Flores Mario, Tovar Víctor. México: Comportamiento Reproductivo y Marginación Social, 1970-1990. Elementos para un Diagnóstico Geográfico en Salud Reproductiva. Revista Salud pública de México. Vol. 37, No. 4, Jul/Ago de 1995.

García M. Carlos, García B. Cecilia. Percepción de necesidades en Salud Reproductiva desde la perspectiva de género. El caso de dos poblaciones del estado de Morelos. Investigación financiada por el Instituto Nacional de salud Pública y la Fundación MacArthur. 1992-1995.

La salud reproductiva en México. Capítulo IV:
La salud reproductiva como programa de cambio en política de población.

Mejía Marengo Juana de los Angeles, et. al., Modelo alternativo de atención a la salud de la mujer rural. En *Género y Salud Femenina. Experiencias de Investigación en México*. Pérez Gil R. Sara Elena, et al., (Coordinadores). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social CIESAS, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán". Guadalajara, México, 1995.

Martínez Manautou Jorge. El Programa de Población y la Mujer. Carta sobre Población. Boletín Oficial del Grupo Académico de Apoyo a Programas de población, GAAPP, Año 3, No. 13, México, Abril de 1996.

Martínez S. Carolina, Leal Gustavo F. Panorama de la política de salud reproductiva y seguridad social en México: 1995. En *Dinámica Demográfica y Cambio Social*. Welti Carlos (Coordinador). XX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología ALAS, Programa Latinoamericano de Población PROLAP, Fondo de Población de Naciones Unidas FUNPA, Fundación MacArthur, Instituto de Investigaciones Sociales Universidad Nacional Autónoma de México, IISUNAM. México, 1996.

Matamala María Isabel, Editora, y Colaboradoras. Calidad de la Atención Género ¿Salud Reproductiva de las Mujeres?. Organización Panamericana de la Salud. Gobierno de Holanda. Santiago de Chile, Octubre de 1995.

Morsink Johannes. Los derechos de la mujer en la Declaración Universal Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer CLADEM. en *La Muralla y el Laberinto: Huellas de las mujeres en la Conferencia de Beijing*. Lima Perú, Abril 1996.

Naciones Unidas. Boletín de Población de las Naciones Unidas: Edición Especial sobre las reuniones de grupos de expertos convocados como parte de los preparativos sustantivos para la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Nueva York, 1993.

Ojeda de la Peña Norma. Uso de los servicios en Salud Reproductiva y perfil sociodemográfico de las mujeres. El caso del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS en Tijuana B.C. Revista Frontera Norte. El Colegio de la Frontera Norte. Vol. 7, No. 13. Enero/Julio de 1995.

Ojeda de la Peña Norma. Algunos parámetros para examinar las relaciones de género y sexualidad en el campo de la reproducción. Revista Frontera Norte. El Colegio de la Frontera Norte. Vol. 6, No. 12. Julio/Diciembre de 1994.

Programa Salud Reproductiva y Sociedad. Boletines Salud Reproductiva y Sociedad Organismo Informativo del Programa Salud Reproductiva y Sociedad. Nos. 1,2,3,4,5. Años I y II. El Colegio de México. 1993, 1994, 1995.

La salud reproductiva en México. Capítulo IV:
La salud reproductiva como programa de cambio en política de población.

Ravelo Patricia. Género y salud femenina: Una revisión de las investigaciones en México. En *Las Mujeres y la salud.* Gutiérrez Montes Soledad. (Compiladora). Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer PIEM. El Colegio de México. México, 1995.

Rábago Aurora. Características sociodemográficas y de salud de las mujeres que han tenido un aborto inducido. En *Razones y Pasiones en torno al Aborto: Una Contribución al Debate* Ortiz Ortega Adriana, (Editora). The Population Council, Centro Cultural EDAMEX. México, 1994.

Rodríguez Gabriela, Corona Esther. Educación para la sexualidad y la salud reproductiva. En *Mujer. Sexualidad y Salud Reproductiva en México.* Langer ana, Tolbert Kathryn (Editoras). The Population Council, Centro Cultural EDAMEX, México. 1996.

Rioseco Maricarmen (representante estatal Proceso Beijing 95). Perspectivas y declaraciones de las ONG's sobre la IV Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing 95 Boletín Informativo Red de Mujeres de Baja California. Año 2. No. 1. Junio-diciembre de 1995.

Rosas María Isabel. Derechos sexuales y reproductivos: ejes de una estrategia de desarrollo. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer CLADEM. en *La Muralla y el Laberinto: Huellas de las mujeres en la Conferencia de Beijing.* Lima Perú, Abril 1996.

Said Fred T, Nassim Janet. The Needs for a Reproductive Health Approach. International Federation of Gynecology and Obstetrics Review. No.3. Printed in Ireland. 1989.

Sajor Lourdes I. La Conferencia de Beijing: lo que realmente significa para las mujeres. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer CLADEM. en *La Muralla y el Laberinto: Huellas de las mujeres en la Conferencia de Beijing.* Lima Perú, Abril 1996.

Salles Vania, Tuirán Rodolfo Dentro del laberinto: Primeros pasos en la elaboración de una propuesta teórico-analítica para el programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México. Serie Reflexiones Sexualidad Salud y Reproducción. Programa Salud Reproductiva y Sociedad. El Colegio de México. Año I, No. 6, Agosto de 1995.

Secretaría de Gobernación, Consejo Nacional de Población, Estados Unidos Mexicanos Programa Nacional de Población 1995-2000. Poder Ejecutivo Federal, México, 1995.

Secretaría de Gobernación, Consejo Nacional de Población, Estados Unidos Mexicanos Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. Poder Ejecutivo Federal, Programa de Reforma del Sector Salud. México, 1995.

Sentíes Yolanda. El aborto dentro de la política de salud materno-infantil. En *Razones y Pasiones en torno al Aborto: Una Contribución al Debate* Ortiz Ortega Adriana, (Editora). The Population Council, Centro Cultural EDAMEX. México, 1994.

Stern Claudio Ciencias Sociales y Salud Reproductiva: Hacia una agenda para la investigación en México. Conferencia dictada en el II Congreso Regional de Investigación en Salud Pública. Guadalajara, Jalisco, Noviembre de 1993.

Stern Claudio Prioridades de Investigación y Apoyo para Proyectos de Salud Reproductiva. Serie Reflexiones Sexualidad Salud y Reproducción. Programa Salud Reproductiva y Sociedad. El Colegio de México. Año I, No. 5, Agosto de 1995.

Szasz Ivonne. La condición social de la mujer y la salud. En *Las Mujeres y la salud.* Gutiérrez Montes Soledad. (Compiladora). Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer PIEM. El Colegio de México. México, 1995.

Szasz Ivonne. Integración económica y cambios en la sexualidad y la salud reproductiva de la población mexicana. Aportes para la elaboración de un marco conceptual. Ponencia al First Americas program Workshop. Demographic and Health implications of economic integration. The Pacific Institute for Women's Health. Los Angeles C.A., February 1996.

Vargas Virginia. La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer: algunas reflexiones. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer CLADEM. en *La Muralla y el Laberinto: Huellas de las mujeres en la Conferencia de Beijing.* Lima Perú, Abril 1996.

Voula Elina. La Virgen María como ideal femenino, su crítica feminista y nuevas interpretaciones. Revista Pasos No. 45. Departamento Ecuménico de Investigaciones - DEI- San José de Costa Rica. Segunda Epoca. Enero -febrero de 1993.

CONCLUSIONES FINALES

CONCLUSIONES FINALES

Frente al concepto de salud reproductiva y las perspectivas del mismo como campo de acción en materia de política de población, y como parte básica del programa de planificación familiar en el país; puede decirse que investigadores, académicos, planificadores, prestadores de servicios, usuarios(as), organizaciones no gubernamentales, feministas, etc; nos encontramos en una discusión cuyos alcances y avances apenas comienza. En primer lugar, porque es un concepto complejo, multicausal, que requiere de la mirada interdisciplinaria. En segundo lugar, porque hace mención de la interacción no de uno sino de varios actores sociales. En tercer lugar, porque para que la salud reproductiva llegue a objetivarse requiere de una serie de condiciones previas que el país aún está en proceso de resolver y proveer a su población.

En este trabajo hubo una constante: en los aspectos considerados que requerían atención para la problematización y el conocimiento de los elementos fundamentales de la salud reproductiva en el país como fueron: la política de población; los programas de planificación familiar; la institucionalización del proceso reproductivo; el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos; y el programa de salud reproductiva de México; fué el reconocimiento permanente de la posición y la condición de la mujer en cada uno de ellos. Y no solamente porque sea la mujer el objeto directo de intervención en materia reproductiva -efecto del determinismo biologicista de la reproducción-, sino porque el grado de intervención sobre ella depende de la desigualdad social en que se encuentra en el país y que la lleva a asumir la triple subordinación en el espacio de la consulta médica -en donde tiene lugar el nivel de interrelación básico de la salud reproductiva-:

- la desigualdad de género, construída por la cultura,
- la desigualdad social, determinada por la condición de clase, y
- la desigualdad institucional, dada por:- el rol de paciente al entrar a la consulta; por el acceso diferencial a los servicios de salud de acuerdo a la capacidad económica de la mujer- por ser quien materializa en sí misma -en el espacio clínico-hospitalario- el

objeto de intervención de la política de población y de los programas de planificación familiar, intervención basada en el determinismo biológico {mujer-reproducción (fecundidad), principal componente de la dinámica demográfica}.

Las metas demográficas no van a desaparecer, seguirán siendo parte de los objetivos de la política de población, la forma de lograrlas, de llegar a ellas es lo que se discute. La recuperación de la noción de derechos sexuales y reproductivos ofrece al concepto de salud reproductiva la posibilidad de alcanzar las metas demográficas dentro de un contexto ético. La movilización de los sectores sociales, la labor académica de apoyo y la vigilancia de organismos gubernamentales y no gubernamentales compromete voluntades, compromete esfuerzos para mostrar sus frutos en la construcción de una práctica en salud reproductiva basada en el respeto por la dignidad de las personas.

A este nivel es posible captar una dimensión muy particular de interrelación prácticamente directa de la sociedad civil con el Estado interventor; interrelación directa pero además desigual ya que la relación médico-paciente es por principio vertical, asimétrica y selectiva por género y por clase. Desde el nivel de formulación de las políticas -en donde se elaboran los planes y programas, hasta los niveles operativos de los mismos en los cuales se llevan a cabo las acciones concretas- la orientación de la acción médica sí tiene un efecto real en el tamaño de las familias y en el comportamiento y la capacidad reproductiva de la población, y específicamente sobre la salud y el cuerpo de la mujer más allá de las edades plenamente reproductivas.

Aunque en la legislación y la Constitución mexicana se refleja el reconocimiento implícito de los derechos reproductivos, la noción del derecho a decidir sobre la reproducción, citado en infinidad de documentos oficiales, es tan general que corre el riesgo de no reconocerse y de supeditarse a las prioridades programáticas oficiales, en parte porque su misma definición incorpora elementos valorativos cuya interpretación no es única.

En este sentido, vale la pena señalar el papel cumplido por las luchas y las movilizaciones de mujeres que han orientado su causa no sólo a la concentración de

propuestas democráticas para garantizar el reconocimiento y el respeto de los derechos humanos ya ratificados por nuestros países, sino también por la ampliación del concepto mismo de los derechos humanos al incorporar en sus propuestas, por medio de la presión social por el también reconocimiento de los derechos reproductivos, para consolidar su proceso.

Desde el campo de la investigación y la elaboración de los programas diseñados en el área de la planificación familiar, en el marco de la política de población en México, se observa:

- a) que las condiciones requeridas para materializar el ejercicio pleno del derecho son de diversa índole y complejidad,
- b) que aunque la coordinación institucional se enmarca en el reconocimiento de los derechos reproductivos, el compromiso oficial de reducir el ritmo de fecundidad, y las metas demográficas estipuladas por los documentos y programas oficiales a alcanzar en el corto y el mediano plazo, son aspectos que reducen su alcance y su perspectiva;
- c) que el criterio numérico para evaluar los programas de planificación familiar representa en sí mismo un reduccionismo de la labor de las instituciones gubernamentales encargadas de proveer no sólo los métodos de regulación de la fecundidad, sino también, la información adecuada para ello. Esto se explica por el peso de la meta demográfica sobre los programas de planificación familiar que reduce las posibilidades del mismo para ofrecer un servicio integral y subvalora la decisión y autodeterminación de las(os) usuarias(os) del servicio, llegando incluso a constituirse en violación de los derechos humanos¹.

Sin la transformación de las condiciones socioeconómicas y la satisfacción de las necesidades básicas, las mujeres difícilmente podrán decidir y regular su comportamiento reproductivo. El conocimiento del propio cuerpo y la posibilidad de decidir sobre él, está condicionado por otras necesidades relacionadas con la

¹ un ejemplo de esto es el caso de la oclusión tubaria

subsistencia, mismas que hasta no ser superadas obstaculizan el avance significativo en el ámbito de los derechos reproductivos. Estos a su vez, no lograrán trascender el discurso político, puesto que sólo garantizadas las condiciones mínimas de subsistencia, existe la posibilidad de reivindicar otras condiciones integrales de la calidad y el nivel de vida como son los derechos reproductivos.

Sin duda, la dimensión educativa representa la posibilidad más viable de brindar a la población la información necesaria y adecuada para hacer efectivo el ejercicio de sus derechos reproductivos. La capacidad de decisión libre y responsable con base en el conocimiento de los elementos básicos requiere que la información incluya aspectos relacionados con los adelantos médicos, las investigaciones y las tecnologías tanto anticonceptivas como las relacionadas con la infertilidad y la experimentación genética.

Los derechos reproductivos están enmarcados en los derechos humanos, por esto es necesario normarlos con base en estos, establecer pautas de comportamiento fundadas en el respeto y en el reconocimiento del derecho y la dignidad del otro, en las relaciones que se llevan a cabo entre los actores sociales que interactúan sobre el área del comportamiento reproductivo, fundamentalmente entre la población usuaria y los prestadores de servicios, debe ser considerada como una acción prioritaria. El debate ético pone en juego el conflicto de intereses presente en la regulación del comportamiento reproductivo, marcando los límites de la acción entre quienes interactúan en él.

Este debate también tiene que ver con la incorporación de las nuevas investigaciones que se refieren a la salud reproductiva pero que no están integradas en los programas, debido a que el costo de los avances en la investigación genética, en las tecnologías y los adelantos médicos anticonceptivos siguen siendo representados en la pérdida y la negación de los derechos y las facultades de la población usuaria sobre la cual se aplican. La vigilancia social, mediante la participación activa de todos los individuos implicados en la experimentación y la investigación, es un requisito básico para asegurar el rumbo y los límites de tales adelantos, así como lo estipuló la Declaración de Alma Ata desde el 83.

De la revisión bibliográfica en torno específicamente al concepto de salud reproductiva se encontró que inicialmente fue a partir de la necesidad de integrar la planificación familiar con los cuidados y la atención de salud materno-infantil que se inició la búsqueda de un nuevo concepto para incluir y ampliar en una sola área los elementos del proceso reproductivo, de allí que surgiera la salud reproductiva como una propuesta integral de las dos dimensiones iniciales sobre la base de los derechos a la información y a la toma de decisiones individuales en el propio comportamiento reproductivo.

Un tercer elemento del concepto de salud reproductiva es entonces la sexualidad como derecho y como espacio destinado al disfrute del propio cuerpo, al derecho al placer y a la lúdica sexual, opcionalmente y si así se desea a la reproducción². Estos elementos como se pudo observar a lo largo del trabajo estuvieron ausentes desde el reconocimiento mismo de la dimensión sexualidad-fuente de placer en el concepto de salud reproductiva. Esta dimensión, a mi parecer, de no conceptualizarse a partir del reconocimiento del cuerpo erótico, no superará la dimensión de la sexualidad reproductora, claro, las implicaciones de esta dimensión tropiezan con limitaciones metodológicas para su estudio, y culturales para su práctica.

Es un hecho, como pudo apreciarse en el último capítulo que se amplían los espacios de acción de las mujeres con las declaraciones de los planes de acción y el reconocimiento dentro de ellos de la salud reproductiva y los derechos reproductivos a nivel nacional como internacional, sin embargo el proceso para llevarlo a la práctica, es no sólo uno de los pasos más difíciles y prioritarios sino también de los más lentos en mostrar sus frutos.

Parte de las limitaciones para llevar a la práctica efectiva los acuerdos logrados internacionalmente ha sido la demora en adecuar las legislaciones de los países para la materialización y viabilidad de sus preceptos, este es otro proceso por desgracia tan

²Con estos elementos mencionados del énfasis de los derechos sexuales y reproductivos y el ejercicio de la sexualidad en el área de la salud reproductiva, con la dupla sexo-reproducción convertida en opción -ya no designio- una interrogante que viene al caso es justamente, el marcado énfasis al aspecto reproductivo en el término salud reproductiva.

o más lento que los requeridos para elevar las demandas iniciales sobre derechos humanos y derechos reproductivos al nivel de las declaraciones internacionales.

Otra constante es la ausencia de metodologías, instrumentos y elementos para la evaluación y el reconocimiento de la problemática de la salud reproductiva, debido en buena parte a la complejidad del término, lo cual aumenta el riesgo de que termine convirtiéndose en una mera definición operacional de elementos de planificación familiar y de elementos de salud materno-infantil juntos, alternativa a todas vistas también reduccionista. Este constituye uno de los mayores desafíos para las ciencias sociales y para la sociodemografía en particular.

Un punto también constante en todo el desarrollo de la problemática (desde el nivel internacional hasta el nacional tanto en lo político como en lo académico) es el cómo asegurar que los profesionales y los prestadores de servicios de salud, promuevan realmente los principios de la salud reproductiva en la atención de las usuarias, aspecto que además compromete la real posibilidad que tienen las mujeres de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de los cuales ya se les reconoce su titularidad. Lo cual lleva a plantear la necesidad de capacitar y formar al personal que presta los servicios en salud reproductiva no sólo en materia de derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos, sino también en elementos de la perspectiva de género y de las construcciones socioculturales en las cuales se enmarcan las características de las relaciones entre hombres y mujeres a los cuales prestan su servicio.

A nivel nacional, la política de la descentralización de los servicios de salud prepara el terreno para la llegada del Programa de salud reproductiva cuya base es intervenir a nivel local desde el marco del nuevo federalismo para fijar allí metas a corto y mediano plazo. A pesar de tener esos propósitos se reconoce la ausencia de indicadores, fuentes de información y de bases de datos a nivel local y regional necesarias para llevar a cabo el programa y para su evaluación.

Otro componente estratégico en la intervención estatal desde el programa de salud reproductiva para México, es el incremento de la anticoncepción post-evento obstétrico (incluido aborto), esta propuesta supone la intervención justamente en el tránsito de la mujer por el ámbito clínico-hospitalario, frente a lo cual cabría preguntarse, si dadas las relaciones médico-paciente, enmarcadas en la política institución-usuarios, se puede garantizar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer; que incluyen el acceso a información confiable y oportuna, máxime cuando la meta de cobertura por este concepto según el Programa de Salud Reproductiva es llegar al 70% de usuarias de la anticoncepción postevento obstétrico, para el año 2000.

La necesidad de juntar la dimensión de la descentralización y la federalización de los programas como base de su implementación se hace indispensable si se pretende cumplir con los objetivos y las metas programáticas a corto y mediano plazo. La intervención allí, en ese nivel de planeación y programación, de los grupos de mujeres y las organizaciones no gubernamentales de cada entidad es muy importante no sólo como instancias de participación social (sociedad civil- Estado) sino como vigilantes del proceso para garantizar el respeto de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las usuarias.

El papel de los académicos e investigadores desde la demografía, en la institucionalización de programas de planificación familiar ha contribuido de manera contundente a la acelerada disminución de la fecundidad en el país y en particular a la ampliación de las dimensiones del concepto de salud reproductiva. La revisión bibliográfica sobre el tema muestra sin embargo, la ausencia de conocimiento sobre el impacto de las instituciones, los mecanismos y los agentes de salud encargados de la implementación de las políticas de población en materia de fecundidad, en términos cualitativos de la satisfacción o no del servicio a través de los programas nacionales, así como la respuesta de la propia población como objetivo de tales acciones.

La necesidad de superación de la perspectiva biomédica y biologicista en la salud reproductiva como área de investigación es un imperativo para el avance en el conocimiento de la situación en el país. Las exigencias del mismo concepto para

abordarlo, constituye un desafío para las instituciones académicas, de investigación y de distintas áreas de estudio, además, en sí mismas son una invitación para combinar esfuerzos, saberes y recursos teórico-metodológicos en su conocimiento, lo cual fortalecerá por un lado la interdisciplinariedad, y por el otro garantizará el conocimiento de la problemática en el contexto social específico en donde es requerido. Por los resultados de la revisión documental, este proyecto sigue siendo un desafío.

Resaltan como áreas prioritarias de estudio dentro de la salud reproductiva a nivel nacional:

- La sexualidad y el embarazo adolescente
- Las enfermedades de Transmisión Sexual y el Sida
- El reconocimiento de los factores socioculturales y la percepción de la sexualidad en el comportamiento reproductivo de la población.
- La especificidad de los requerimientos en materia de salud reproductiva en grupos de población de edades específicas y en contextos geográficos particulares.
- La sexualidad lúdica no reproductiva.

De todas maneras, haciendo un balance general, se reconoce también la carencia de instrumentos y elementos técnicos y metodológicos suficientes para abordar la salud reproductiva como campo de estudio. He aquí un importante reto para el área que nos ocupa, porque, ¿Qué le depara a la sociodemografía el acercamiento a la salud reproductiva? Sin duda la necesidad de incorporar la metodología cualitativa y la cuantitativa es uno de los elementos básicos, además de superar la visión tecnicista de los fenómenos en estudio.

El concepto de salud reproductiva, -que en este caso encuentra su base en la consideración de elementos de diversa índole, y de cierto grado de complejidad- desafía a la sociodemografía como área del conocimiento, al invitarla a adoptar la perspectiva de género como una constante en el estudio y la observación del comportamiento reproductivo de la población, superando la visión del sexo como una variable dicotómica. Muchas de estas preguntas requieren tiempo para ser resueltas; y

si en el principio de este trabajo se hace mención a la necesidad de recuperar la historia. En este momento llegando a su final, es necesario retomar la reflexión en un nuevo sentido al aclarar que la historia no está acabada y la que hemos hecho aún no es suficiente. Este es tan solo el comienzo, de allí que el epígrafe más adecuado para este trabajo sea:

"LOS FINALES PARECEN DEJARME INNUMERABLES PRINCIPIOS".

ANEXO METODOLOGICO

ANEXO METODOLOGICO

"Es harto sabido que casi nadie lee los trabajos de sus colegas. Todo propicia la pereza y el autismo intelectuales: el rumor, el chisme, los reproches de improvisación. En cuanto a los estudiantes, hace mucho se acercaron a las tranquilas riberas de los manuales y a todo tipo de compendios".
(Maffesoli, 1985).

Esta parte del trabajo busca ser un complemento al mismo, toda vez que se reconoce en él, un primer acercamiento al área y al concepto de salud reproductiva. Para mayor facilidad del lector se ha dividido en tres partes:

1. Descripción de la metodología teórica
2. Descripción de la metodología técnica
3. Descripción de la metodología del discurso

Con estos apartados se espera cubrir y responder en parte algunos de los interrogantes que pueda generar la lectura del texto en términos del procedimiento llevado a cabo para su realización, las técnicas de análisis y las herramientas utilizadas en el mismo.

Se recuerda, como en un comienzo lo indica la introducción, que cada capítulo que forma parte del trabajo puede ser considerada un módulo temático del mismo objeto de estudio; el último capítulo a su vez se divide en tres partes dada su extensión y complejidad. Así, se trata de llevar al lector a un reconocimiento progresivo para la construcción del concepto y la conformación del área de salud reproductiva; de manera tal que pueda tomar de dicha elaboración los elementos que considere pertinentes para profundizarlos y desarrollarlos más, pues sin duda, en el texto se encontrarán aspectos apenas planteados que bien vale la pena ampliar en un momento posterior.

La problemática requiere para su desarrollo varios elementos que incorporados a un análisis sistemático constituyen un corpus básico para la discusión de la salud

reproductiva, es por esta razón que se planteó elaborar este anexo metodológico en tres partes que permiten desarrollar los ejes centrales del trabajo y a su vez, constituirse en una herramienta didáctica para una metodología poco desarrollada en la sociodemografía, como es la revisión teórico-documental, en el plano de la política de la población.

1. Descripción de la metodología teórica

Por medio del desarrollo de tres conceptos básicos a lo largo de cada uno de los capítulos, se busca desarrollar el análisis preliminar sobre la salud reproductiva en México; ello expresa la necesidad de profundizar en trabajos futuros sobre la articulación de dimensiones más amplias alrededor de este concepto.

En primer lugar se parte de la perspectiva de género, como instancia vigilante de la discusión. Dado que en las últimas dos décadas la mujer ha sido el sujeto sobre el cual recae el peso del discurso académico y político referido a las prácticas reproductivas, este planteamiento es desarrollado en el primer capítulo del trabajo.

Género es la construcción social en la cual la diferenciación sociocultural que se ha venido estableciendo entre hombres y mujeres ha sido desigual, porque se ha basado en la subvaloración, la opresión y la inequidad de la mujer con respecto del hombre, apoyada en la diferenciación biológica, Oliveira (1995). La relación entre los rasgos biológicos y los cultural y socialmente fijados, hace que ambos tipos de características (masculina y femenina) aparenten ser parte de la naturaleza de cada sexo, Maier(1995).

Una desigualdad de base biológica se constituye en la base de otras desigualdades que se extienden al plano socio-económico, e incluso al marco de la salud en donde las decisiones sobre la procreación se convierten en punto de acción e intervención institucional, dejando de ser entendidas como acciones que debían ocurrir en el marco de lo privado, Tuirán (1988); estos planteamientos se retoman justamente en el capítulo dos.

La extensión de la problemática de la salud reproductiva vista bajo la perspectiva de género es la que permite trascender los espacios y las dimensiones del análisis sobre un eje articulador de la reproductivo: "la toma de decisiones *libre y responsable* por parte de los individuos sobre el número y el espaciamiento de los hijos que quieren tener". Este eje nos lleva al segundo elemento conceptual del trabajo: los derechos reproductivos.

Los derechos reproductivos entendidos como la capacidad que tiene toda persona, sin distinción, de decidir sobre su reproducción, y, ampliando el concepto, de incorporar las condiciones y los medios adecuados para llevar a la práctica dichas decisiones, y, así, efectuar un proceso de autodeterminación reproductiva. Para la materialización de estos derechos se requieren: -niveles mínimos de bienestar, -satisfacción de ciertas necesidades básicas, -respeto a los derechos humanos universalmente reconocidos; todas estas condiciones en el marco de relaciones equitativas entre los géneros, Figueroa, Zignoni (1994).

La problematización y el desarrollo a profundidad del concepto de derechos reproductivos se encuentra incorporado en el tercer capítulo, sin embargo los elementos relacionados con la noción de derechos humanos y libertad de decisión son en realidad los ejes del trabajo en su totalidad, de hecho la discusión a nivel todavía más individual enmarcada en espacio y tiempo concreto se trabaja en el segundo capítulo, en donde se establece el puente entre los conceptos de género, derechos reproductivos y el tercer concepto-eje de discusión, la medicalización.

La medicalización describe procesos en los cuales cualquier comportamiento o característica social o individual es identificada y tratada como problema médico, en términos de enfermedad o desorden, Conrad (1992). En el marco de la discusión de este trabajo la medicalización puede ser entendida también como el proceso clave a través del cual se integra la política de población con el sector salud mediante los programas de planificación familiar.

La relación médico-paciente establecida en el espacio clínico es la base para considerar en un marco amplio y correlacionado la relación institución-usuario y la relación política-población, esta es básicamente la discusión que plantea el capítulo dos.

En el cuarto capítulo se condensa en gran parte los tres conceptos, al demostrarse la integración Estado (política de población) -instituciones de salud (programas de planificación familiar); a partir del reduccionismo de la problemática por medio de las metas demográficas, la medicalización es el proceso que impulsa los programas y acciones que hacen posible institucionalizar las decisiones relacionadas con la reproducción, antes asumidas por el individuo y ahora convertida en blanco de las actividades institucionales que difundieron un discurso que promulga la asociación entre el comportamiento reproductivo del individuo -centrado en la mujer como gestora de la especie- y la razón médica institucional, convirtiendo a la población en población usuaria; Cervantes (1993), Tuirán (1988).

2. Descripción de la metodología técnica

Este apartado se va a dividir en dos: cómo se trabajaron los autores, y cómo se analizó la información, particularmente para el cuarto capítulo, dado que la revisión documental que se llevó a cabo para la tercera parte fue la más intensa y extensa de todo el trabajo y fue precisamente la que además requirió un tratamiento especial para su análisis.

Hablar un poco de la recopilación de la información ciertamente es también importante, por un espacio no menor a dos años se han juntado gran cantidad de materiales bibliográficos y hemerográficos (estos últimos en menor medida) en todo lo relacionado con el área y con el concepto de salud reproductiva.

El sesgo de la recopilación reside en que se buscaron siempre documentos académicos, teóricos, científicos y políticos desde la sociodemografía, desde los estudios de población, otros se buscaron en la literatura feminista. Particularmente para el segundo capítulo, un volumen considerable de la bibliografía consignada provenía de autoras americanas y europeas, debido a la especificidad de la problemática; mientras que para

el resto de capítulos predominaron las autoras latinoamericanas. No se desconoce que trabajar con enfoques teóricos diversos encierra sus riesgos, sin embargo es necesario afrontar el reto si de buscar explicaciones se trata.

El análisis de la teoría, de los textos buscó siempre articularse en una lógica que llevara a la consideración de los niveles generales macro, como los políticos e institucionales, hasta los particulares como son las relaciones intergeneracionales que establecen los hombres y las mujeres mexicanos a nivel individual; allí nuevamente se destacan los tres ejes conceptuales sobre los cuales se generó la discusión, para poder entender, como originalmente se planteó en el proyecto de investigación, la forma en que se elaboran y se implementan las políticas públicas (en este caso en especial en materia de salud reproductiva) para discernir cómo y hasta qué punto las desigualdades socioeconómicas, de género, de raza y de clase forman parte de las mismas en el marco estatal.

a. Lectura de los autores. Elaboración de fichas de trabajo Para esta parte se organizó primero un orden cronológico de autores y se dividieron siempre entre los teóricos más generales, a los trabajos más aplicados como estudios particulares de caso; también se separaron los trabajos por procedencia, ya fueran instituciones públicas del Estado, instituciones científicas u organizaciones sociales a través de medios de difusión.

Posteriormente se procede a la lectura y se realiza la ficha técnica dividida así:

Encabezado

- Título del texto
- Autor (es)
- Característica (artículo, investigación, ponencia, etc.)
- Editorial, fecha , páginas
- Temas (palabras clave)
- Subtemas (palabras clave)

Texto

- Preguntas del autor
- Objetivos del autor
- Delimitación del tema
- Conceptos manejados
- Definiciones
- Posición teórica
- Citas textuales
- Fuentes de información usadas por el autor
- Planteamiento central
- Conclusiones

Una vez hechas las fichas se clasificaron por año y por temática, tomando en cuenta las dimensiones, del más general al más específico; de acuerdo a los items y a los esquemas de análisis que se plantean en cada capítulo se articulan las fichas al texto.

b. Manejo de la información y cuadros de análisis

Una vez hechas las fichas, para la revisión documental de los trabajos en el área de salud reproductiva y para los trabajos de recopilación documental para analizar las conferencias de Beijing y El Cairo se diseñaron cuadros especiales en columnas cada uno de ellos, en los cuales se consignaba autor por autor su aporte en cada uno de sus items, a manera de cuadros sinópticos, que proporcionaran un mapa teórico documental sobre el cual se navega en la construcción del texto.

Para estos cuadros se reconoce el peso descriptivo y esquemático, sin embargo la labor exploratoria lo exigía, además este es, en parte, un trabajo exploratorio que pretende ampliar al máximo la dimensión de cada elemento que compone el concepto de salud reproductiva para ofrecer al lector diferentes puntos posibles de partida en su propia elaboración.

Para el cuadro de análisis de la Primera parte del cuarto capítulo -centrado en las Conferencias del Cairo y de Beijing- se construyeron diez columnas que fueron las siguientes:

- Antecedentes previos a la Conferencia
- Definiciones y conceptos aplicados o desarrollados en cada documento
- Principales aspectos desarrollados por cada autor
- Areas que cubre el documento
- Actores que se identifican y medidas de acción concretas propuestas en el documento
- Articulación entre diversos niveles (actores, por ejemplo: instituciones)
- Posición desde la perspectiva de género (si la tiene)
- Preguntas que se formula el documento
- Vacíos
- Necesidades de investigación

Para el cuadro de la segunda parte del cuarto capítulo -centrado en el análisis del programa de salud reproductiva- se construyeron doce columnas que fueron:

- Articulación de distintos niveles (instituciones, organizaciones sociales)
- Antecedentes previos inmediatos
- Conceptualización de salud reproductiva
- Areas de trabajo
- Prioridades (objetivos)
- Población
- Prioridades de investigación
- Preguntas de investigación
- Vacíos
- Mecanismos de evaluación
- Perspectiva de género
- Actores y estrategia de acción

Para el tercer cuadro del cuarto capítulo -centrado en el análisis de la investigación sociodemográfica en México específicamente con salud reproductiva- se construyeron también doce columnas que fueron:

- Preguntas de investigación
- Objetivos de la investigación
- Variables en las que se centra el estudio
- Conceptos desarrollados por cada autor
- Metodología utilizada
- Áreas en las que se inscribe el trabajo
- Población objeto de estudio
- Planteamiento de la perspectiva de género desarrollada
- Conclusiones del trabajo
- Vacíos
- Prioridades de investigación
- Análisis de la sexualidad

No es fácil articular este mar de información de manera coherente en un texto organizado para pensar un concepto, de allí que el riesgo a la repetición o al esquematismo no es más que el reflejo del proceso mismo para la elaboración y el desarrollo de los elementos que componen a la salud reproductiva, el cual apenas queda esbosado en este trabajo. También por esta razón se abusa de las notas de pie, para ubicar elementos relacionados, pero al fin y al cabo satélites, del desarrollo global de la problemática ordenada desde el principio por los tres ejes conceptuales: El género, la medicalización y los derechos reproductivos. En este caso no resta más que decir como afirma Maffesoli (1985): *"Los libros son como las putas: las notas al pie de las páginas son para los primeros, lo que los billetes que se deslizan por debajo para las segundas"*. (citando a W. Benjamin). Lo cual me dá pie para pasar a la tercera y última parte de este anexo.

3. Descripción de la metodología del discurso

Ciertamente el tono del discurso en el trabajo puede causar algunos sobresaltos, la ubicación de la problemática requirió permanentemente un ir y volver con los autores, con la teoría, con los conceptos; en la búsqueda de articulaciones y mediaciones que ofrecieran una explicación medianamente satisfactoria a las preguntas que desde un comienzo se formularon.

Y es que pensar en derechos y en género, es pensar en el reconocimiento de la desigualdad, de diferentes niveles de autoritarismos articulados a diferentes instancias sociales en los cuales hombres y mujeres interactúan; es hablar de planteamientos políticos, de política, de valores.

Como un ingrediente que amortigüe el peso esquemático del trabajo en algunas de sus partes, o la descripción reiterada, se alterna con los autores para plantear un diálogo permanente sobre los tópicos conforme se van desarrollando, de esta manera la voz de teóricos, feministas, políticos, hombres y mujeres dedicados al cuestionamiento y a la reflexión de las diversas formas de interactuar del ser humano entran en un conversatorio a lo largo del texto para señalar por lo general algún tópico álgido que busca generar en el lector la interpelación.

La agudeza de la lectura no pretendió centrar el análisis en únicamente elementos críticos, pero sí es evidente que los hay, son demasiadas voces, son demasiados puntos de vista los que quieren ser escuchados en planteamientos no acabados que requieren de mayor desarrollo, de mayor intercambio; la lectura positiva o propositiva tendrá que esperar un momento hasta que se logre una base de consenso sobre lo que hay y lo que se quiere transformar para bien de todos.

La radicalidad no es un empeño por decirlo menos, consciente, más bien es un tono enfático para resaltar puntos neurálgicos, sobre los cuales, paradójicamente hay resistencia de algunos sectores para discutir; y en últimas, se precisa de firmeza en la postura para poder argumentar, problematizar y cuestionar. Los planteamientos son de alguna manera eso precisamente, elementos que se descubren frente a una problemática concreta para ser más elaborada por la discusión. En el caso particular el carácter exploratorio del trabajo, contrasta con los niveles de avance ya logrados por algunos autores sobre algunos tópicos, con los profundos vacíos en otros.

Como hay resistencia a alternar entre hombres y mujeres debido a la estrechez de las construcciones socioculturales que forjaron entre nosotros -desde niños- barreras infranqueables, la necesidad de allanar el terreno para un diálogo constructivo apremia y

no siempre es sobre el reconocimiento de la semejanza sino de la diferencia en donde tal diálogo debe llevarse a cabo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DEL ANEXO

Cervantes Alejandro. México: Políticas de población, derechos humanos y democratización de los espacios sociales. IV Conferencia Latinoamericana de Población. La Transición Demográfica en América latina y el Caribe. México D.F., Marzo, 1993.

Conrad Peter. Medicalization and social control. Annual Review of sociology, USA, 1992.

Figueroa J. G., E. Liendro Zignoni, Documento condensado de la participación de los autores en el Seminario de masculinidad del PUEG, UNAM, 31 de Octubre de 1994, lo retoma la redacción del Boletín del programa de salud reproductiva y Sociedad No 3, Año 1, México, Mayo-Agosto de 1994.

Maffesoli Michel, El conocimiento ordinario Compendio de Sociología. Fondo de Cultura Económica, México, 1985

Maier H. Elizabeth, Salud reproductiva en Quintana Roo. Documento en prensa, Quintana roo, 1995

Oliveira Orlandina. Familia y relaciones de género, Centro de Estudios Sociológicos. El Colegio de México. Conferencia presentada en el El Colegio de la Frontera Norte - Tijuana- el 30 de noviembre de 1995.

Tuirán Rodolfo. Sociedad Disciplinaria. resistencia y anticoncepción en Memorias de la Reunión avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar en México. Dirección General de Planificación Familiar. Secretaría de Salud. 1988.