



**Instituto de  
Investigaciones**  
**Dr. José María Luis Mora**

**“Políticas de Salud Reproductiva en México y los Acuerdos  
de El Cairo y Beijing”**

Tesis que para obtener el grado de  
Maestra en Sociología Política

Presenta:

Lic. Leticia Calvario Martínez

Director: Mtro. Juan Guillermo Figueroa Perea

Sinodales: Dr. Gonzalo Varela Petito

Mtra. Ma. Consuelo Mejía Piñeros

México, D.F. agosto 1998

Esta investigación se realizó con el apoyo de la beca-crédito del CONACYT



Obsequio con todo mi corazón,  
este trabajo a mi madre  
en tributo al  
profundo amor que le tengo.

Con todo cariño a mis hermanos  
quienes me quieren y aceptan  
como soy.

A Cuauhtémoc, Daniela, Regina,  
Daniel André, Marcos, Álvaro,  
Esteban Xocoyotzin y  
a la beba que viene en camino.  
Con su existencia y sonrisa de ángeles  
le regalan alegría a mi vida.

En especial a Gerardo,  
por todo... gracias.



## AGRADECIMIENTOS:

A Roberto, Saúl, Alicia, Lucrecia, Luis Ernesto, Carlos y Jorge. Me llena de satisfacción alcanzar el objetivo que compartimos durante dos años de presiones y angustias, pero también de logros y alegrías. Aprecio sinceramente, la amistad que me han brindado.

Karla Bañales, Gabriela Morales y Carlos Maya, amistades entrañables; sin su apoyo, cariño y comprensión me resultaría difícil emprender nuevas metas.

Agradezco infinitamente a mi director de tesis, el Dr. Juan Guillermo Figueroa quien me orientó a lo largo del proceso de investigación, y me concedió largas horas de reflexión y análisis.

A la Mtra. María Consuelo Mejía y al Dr. Gonzálo Varela por el tiempo y dedicación que invirtieron en este trabajo de tesis. Su asesoría y valiosos comentarios me fueron de gran utilidad.

Tengo en alta estima a la Dra. Matilde Luna por el apoyo que me brindó, así como por su dedicación profesional mostrada durante la Coordinación de la Maestría.

A las profesoras y profesores de Sociología Política, generación 96-98, por su valioso aporte en mi formación académica.

# INDICE

<b>INTRODUCCION</b>	I-X
<b>Capítulo I</b>	
Políticas de Salud Reproductiva en México antes de El Cairo y Beijing.	1
<b>Capítulo II</b>	
Políticas de Salud Reproductiva y Perspectiva de Género.	
2.1 Situación Política de la Mujer. La teoría Política Genérica	18
2.2 La Perspectiva de Género en la Salud Reproductiva	31
<b>Capítulo III</b>	
Alcances y Limitaciones de las Políticas de Salud Reproductiva en México. Una comparación de Programas de Planificación Familiar y Salud Reproductiva.	46
3.1 Programa Nacional de Población 1989-1994	47
3.2 Programa Nacional de Población 1995-2000	51
3.3 Programa Nacional de Planificación Familiar	55
3.4 Programa Nacional de la Mujer 1995-2000	60
3.5 Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000	63
<b>Capítulo IV</b>	
4.1 Políticas de Salud Reproductiva en México a partir de El Cairo y Beijing	71
4.2 Visiones y posturas ante el fomento de la Salud Reproductiva	81
<b>Capítulo V</b>	
Posibilidades y Limitantes de llegar a consensos en la interpretación de los Acuerdos Internacionales para el diseño de Políticas de Salud Reproductiva en México.	124
<b>Bibliohemerografía</b>	145
<b>Fuentes Testimoniales</b>	154
<b>ANEXO.</b>	

# POLÍTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO Y LOS ACUERDOS DE EL CAIRO Y BEIJING

## Introducción.

El principal interés de este trabajo de investigación se centra en desarrollar un diagnóstico de la relación entre políticas públicas y salud reproductiva, resaltando la importancia que dichas políticas tienen en el desarrollo del bienestar de la mujer. Se presentan los principales temas de salud reproductiva discutidos en las conferencias de El Cairo y Beijing y se detallan los acuerdos y compromisos asumidos por las naciones a nivel internacional.

Es necesario mencionar que el análisis utilizado parte de la perspectiva de género<sup>1</sup>, introducida principalmente por los debates feministas; específicamente en salud con categorías como derechos reproductivos, salud reproductiva,<sup>2</sup> y empoderamiento (empowerment)<sup>3</sup> de las mujeres.

---

<sup>1</sup> Se utiliza la categoría de género en el siguiente sentido: “Una construcción social, cultural e histórica que asigna ciertas características llamadas femeninas y masculinas con base en el sexo biológico. Al considerar la feminidad y la masculinidad como identidades impuestas, y no naturales ni necesariamente ligadas a las características anatómicas, el *género* permitirá estudiar las desigualdades entre mujeres y hombres, es decir, los significados últimos de la subordinación de la mujer y del carácter menor adscrito, en la mayoría de las sociedades, a sus actividades de producción y reproducción. En cuanto a su uso generalizado en los estudios de la mujer, dice Joan Scott: “El término *género* forma parte de una tentativa de las feministas contemporáneas para reivindicar un territorio definido específico, de insistir en la insuficiencia de los cuerpos teóricos existentes para explicar la persistente desigualdad entre mujeres y hombres” (Olivares, Cecilia 1997: 51)

<sup>2</sup> Para abordar esta temática y acorde al trabajo de investigación, se parte de las definiciones acordadas en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo. Considerando que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel de salud física y mental se estableció que: “**La salud reproductiva** es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y partos sin riesgos.

---

**Los derechos reproductivos** abarcan ciertos derechos humanos ya reconocidos en documentos nacionales e internacionales sobre derechos humanos: el derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y a disponer de la información y de los medios para ello; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva; el derecho a adoptar decisiones sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia”. (Family Care International 1995:12)

<sup>3</sup> No existe una clara traducción al español de la palabra *empowerment*; sin embargo, en el contexto de esta investigación, se utiliza *empoderamiento* como la posibilidad del derecho individual de la mujer a la salud, al bienestar y a la autodeterminación de su vida sexual y reproductiva. Para crear las condiciones de posibilidad de ejercer este derecho, son necesarios cambios socioeconómicos, políticos y culturales que eliminen cualquier forma de discriminación contra las mujeres “... este marco de referencia diluye la frontera entre la sexualidad y reproducción, los derechos humanos y el desarrollo”. (Correa y Petchesky, 1994:4). En este sentido se entiende por *empoderamiento* “un proceso individual y colectivo de autoafirmación en el que las personas desarrollan su capacidad para tomar decisiones sobre eventos importantes en sus vidas, y para controlar o cambiar en un momento dado su rumbo, usando los recursos de su entorno a pesar de la oposición de otras personas o instituciones. Es un movimiento dialéctico, histórico, íntimamente ligado a la condición y situación de las mujeres particulares, y como colectivo.” (Sayavedra, 1997:101)

No es objeto de este estudio la polémica desarrollada alrededor del término *empowerment*; no obstante es importante señalarla: las traducciones propuestas hasta ahora son los sustantivos *empoderamiento* y *potenciación*, sus verbos serían empoderar y potenciar. Martha Elena Venier, hace una revisión lingüística donde descalifica dichas traducciones porque son verbos transitivos y desusados. En el contexto de las declaraciones de Beijing, esta autora propone como traducción de *empowerment* el sustantivo *apoderamiento* con su verbo *apoderar*. “Al definir la entrada *empoderar*, el DRAE (Diccionario de la Academia) da como sinónimo *apoderar*. Este verbo... es de uso antiguo y tiene buen número de variantes. La definición de *Autoridades* (Nuestro primer diccionario académico, 1732) dice: “Dar poder a uno y facultad, y como constituirle y hazerle dueño de una cosa. Es compuesto de la partícula *a* y del nombre *poder*...” (Vernier, Martha E. 1996:18)

Carme Castells señala que a pesar de que *empowerment* ha sido traducido en América Latina como *empoderamiento*, “la expresión (*apoderamiento*) se ha usado en el movimiento no violento y feminista para aludir a dos cosas difíciles de expresar en una sola palabra: a) el proceso mediante el que las personas débiles, desde el punto de vista del ejercicio del poder, refuerzan su poder político, entendido como la totalidad de medios, influencias y presiones utilizables para lograr los objetivos perseguidos; b) el proceso por el que, dada una relación de poder asimétrica entre varios actores colectivos, el grupo de personas en situación desfavorecida intenta equilibrar esa posición y lograr una mejor posición inicial que les permita plantearse luego cambiar las relaciones de poder” (Castells, Carme 1996: 55). Hay quienes opinan que la palabra *apoderar* no sería la mejor traducción al español porque tiene varias connotaciones y puede ser susceptible de diversas interpretaciones: En términos jurídicos “*apoderar* es el otorgamiento de facultades de una persona llamada poderante a otra denominada *apoderado* para que actúe en su nombre; es decir, en su representación. Es una de las formas de representación, puede tener como fuente la ley o voluntad del sujeto dominus mediante un acto unilateral; esta institución (la del poder) surte efectos sobre terceros”. (Pérez F.C.,1996:14) Por otro lado existe quienes traducen *empowerment* como *poderío*. Al hablar en estos términos se torna necesario hablar del sentido positivo y negativo del poder: “Gramsci decía que el poder se cristaliza en las más variadas instituciones civiles y estatales; lo definió como el espacio y momento de tensión en el ejercicio de la dirección (por consenso) y el dominio del grupo dominante sobre el conjunto de la sociedad” (Sayavedra, 1997:95) En este sentido se entiende el poder como capacidad, como fuerza pero con el objetivo de dominar, intervenir en la vida de otros, castigar, arrebatar derechos o bienes de otros, “una persona se *apodera* de algo que no es suyo o no le corresponde”. (Flores; Reyes, 1997:17) Pero también está la connotación afirmativa: Foucault señala que “de hecho el poder produce; produce realidad; produce ámbitos de objetos y rituales de verdad. El individuo y el conocimiento que de él se pueden obtener corresponden a esta producción” (Sayavedra,

Como los acuerdos de El Cairo y Beijing fueron suscritos por el gobierno mexicano, hay un compromiso<sup>4</sup> por incorporar dichas recomendaciones en el diseño de las políticas de salud en México. Los documentos oficiales del actual sexenio son el resultado de cierta interpretación de las recomendaciones generales emanadas de las mencionadas conferencias internacionales. Sin embargo, existen otros sectores de la población que se insertan en el debate de la salud reproductiva de las mujeres (organizaciones no gubernamentales, grupos feministas, movimiento Pro-vida, la iglesia católica, los partidos políticos, etc.). Cada quien hace su propia interpretación del “deber-ser” en la salud de las mujeres, y juntos confluyen en el debate de las políticas de salud de la mujer. Aquí se presenta la interpretación de dichos documentos oficiales a partir de la perspectiva de género.

Un tema fundamental de esta investigación es detectar el grado de congruencia entre lo plasmado en el papel y las acciones concretas que se llevan a cabo para lograr las metas fijadas. De tal suerte que en uno de los capítulos de este trabajo se indaga en los mecanismos y acciones que algunas instancias del gobierno y Organizaciones No Gubernamentales (ONG) están desarrollando para instrumentar las políticas de salud sexual y reproductiva en México.

Finalmente, al concretizar las recomendaciones internacionales en el debate de los diferentes sectores de la población mexicana, se presenta un diagnóstico de las posibilidades y limitantes de llegar a consensos de interpretación de las

---

1997:100) En este sentido se entiende por poderío aquel que no solamente es dominio y sujeción. Se genera también poder en la afirmación de la propia existencia asumida como un hecho positivo que no implica opresión. “Más allá de la reacción de sometimiento, de resistencia pasiva, existe también la posibilidad de la deconstrucción del poder, a través del poder de afirmación. A esa posibilidad de construir poder positivo a nivel individual y social, se le ha llamado *poderío* en traducción del *empowerment*. (Sayavedra 1997:100)

<sup>4</sup> Como se verá más adelante el “compromiso” no tiene carácter de ley; el seguimiento o la aplicación de las recomendaciones no son obligatorias, más bien responden a un tipo de “moral o conciencia internacional”.

recomendaciones internacionales para permitir su viabilidad en la instrumentación de las políticas de salud reproductiva en nuestro país.

## **Planteamiento del Problema.**

México adquirió un compromiso al sumarse sin reservas al consenso de las conferencias internacionales. Si el compromiso es real, tanto la Ley General de Salud como los principales programas y normas institucionales con vistas al bienestar de la mujer y las líneas de acción que de ellos se desprenden, deberían reflejar los acuerdos y compromisos establecidos en los encuentros internacionales convocados por la ONU y suscritos por México.<sup>5</sup>

Sería demasiado ambicioso hacer un análisis exhaustivo de todos los acuerdos alcanzados y su repercusión en las políticas públicas gubernamentales. Por esta razón, el presente trabajo se centra únicamente en el rubro de salud reproductiva de la mujer. Esto no obedece exclusivamente a motivos pragmáticos sino también a la relevancia y el impacto que adquirió este tema en el seno del debate internacional.

La salud reproductiva tiene diversos componentes, entre ellos, la igualdad de los derechos de las niñas; salud y bienestar de los adolescentes; eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer; participación y responsabilidad masculina; planificación familiar; prevención de enfermedades de transmisión sexual y del SIDA; maternidad sin riesgo y aborto; y calidad de la atención.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Entre los que destacan: el Programa Nacional de Población 1995-2000; Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000; Programa Nacional de Salud Reproductiva 1995-2000; Programa Nacional de la Mujer 1995-2000; Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar y; Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y puerperio y del Recién Nacido)

<sup>6</sup> Con el enfoque de género, "... una atención de buena calidad en salud de las mujeres, es aquella que, junto con resolver el motivo de la consulta, contribuye a modificar positivamente la



En esta investigación se busca rescatar, sistematizar y analizar los compromisos adquiridos por el gobierno mexicano en el rubro de salud reproductiva y la forma en que éstos han sido retomados en una selección de programas nacionales.

La intención de este seguimiento se encamina a detectar los siguientes aspectos:

- 1) Verificar si las políticas públicas y los programas de salud reproductiva en México contienen en sus lineamientos los conceptos y recomendaciones fundamentales consensados a nivel internacional;
- 2) Verificar si las actuales políticas públicas en salud reproductiva contienen elementos que permitan crear las condiciones para elevar la calidad de los servicios en salud reproductiva, y asegurar los mecanismos de financiamiento, cobertura, alcance efectivo, etc. los cuales están plasmados en las metas y objetivos descritos en los programas oficiales.
- 3) Conocer cuáles son las acciones concretas que se realizarán para mejorar la prestación de los servicios en salud reproductiva; para la capacitación de los prestadores del servicio y su relación con las usuarias; así como conocer los cambios sustanciales en el monitoreo y evaluación de dicha capacitación.
- 4) Detectar cuáles son obstáculos para promover la salud reproductiva como un derecho de hombres y mujeres.
- 5) Verificar la correspondencia entre factores “externos”, tales como, la voluntad política, las actuales políticas de desarrollo con orientación neoliberal y los diferentes grupos de presión con intereses diversos; así como la instrumentación de las metas y objetivos que bajo una visión de género pretenden elevar la calidad de la salud reproductiva de las mujeres.

---

baja autoestima y la subvaloración de las mismas, así como también, a promover la apropiación de su corporalidad y el ejercicio de sus derechos”. (Matamala 1994:32)

## **Hipótesis**

En la construcción de políticas públicas, en este caso sobre salud reproductiva, intervienen diversos sectores de la población que defienden sus posturas ideológicas en el seno del debate político. Los decretos oficiales, en ocasiones, tratan de superar los intereses particulares y buscan convergencias que beneficien al grueso de la sociedad. Sin embargo, factores tales como la falta de voluntad política; la difícil cohabitación de una orientación neoliberal que recomienda el recorte del gasto público con las políticas de desarrollo poblacional; los diferentes grupos de presión que obstaculizan la instrumentación de los programas diseñados para el fomento de la salud reproductiva; y el desinterés político y social por llevar a cabo acciones concretas, dificultan la instrumentación de las metas y objetivos contenidos en los documentos que delinear las políticas de salud reproductiva planteadas para el presente sexenio.

## **Metodología**

Con el análisis de las políticas de salud reproductiva en nuestro país, se busca detectar los alcances, limitantes, omisiones e interpretaciones de las recomendaciones emanadas de El Cairo y Beijing. Se parte de la perspectiva de género y de los componentes de derechos reproductivos, derechos humanos y empoderamiento para establecer los parámetros de comparación.

En este punto los objetivos son detectar qué y cómo se recuperan las recomendaciones internacionales en los documentos políticos sobre salud reproductiva; a la vez de detectar si se están creando las condiciones de posibilidad para instrumentar dichas políticas.

Otro punto de comparación es ver cómo estaban en nuestro país (o cómo se habían manejado), a nivel general, las políticas de salud reproductiva antes de 1994; es decir, antes de que se realizaran las Conferencias de El Cairo y Beijing, y cuáles han sido los cambios fundamentales después de dichas reuniones internacionales.

En específico se realiza la comparación de los cambios sustanciales que se han presentado en los programas de población y salud reproductiva más relevantes y que se han visto modificados por las recomendaciones que emanan de las Conferencias de El Cairo (1994) y Beijing (1995).

Para poder detectar si se están creando las condiciones de posibilidad para poder llevar a cabo las metas y objetivos plasmados en los programas gubernamentales, se analizan los mecanismos de evaluación y monitoreo de dichos programas. El análisis se realiza bajo una visión crítica de las relaciones de poder y los reduccionismos centrados

en la sexualidad, en los adolescentes, en la única responsabilidad de las mujeres o en el desarrollo económico.

Por consiguiente, se utilizan cuatro niveles de análisis:

**1) Descriptivo.** Sistematización de los documentos de las Conferencias de El Cairo y Beijing y los documentos oficiales de las políticas sobre salud reproductiva en México.

**2) Explicativo.** Verificación del grado de incorporación de las recomendaciones internacionales en los documentos a nivel nacional; identificación de las acciones concretas y descripción del debate de las propuestas y las políticas de los diferentes actores o intereses sobre salud reproductiva.

**3) Teórico.** A la luz de diversos enfoques teóricos que se postulan bajo la perspectiva de género, se señalan las omisiones tácitas y no tácitas que se encuentran en los programas enfocados a mejorar la salud reproductiva de las mujeres. De la misma manera se trata de identificar cuál ha sido la interpretación que se le ha dado a los diferentes conceptos involucrados con el término de salud reproductiva, que emanan de las Conferencias Internacionales, para el diseño, instrumentación y evaluación de las políticas de salud reproductiva en nuestro país. Finalmente se intenta delinear los factores “externos” que pudieran imposibilitar u obstaculizar la instrumentación de los objetivos contenidos en los principales planes y programas de salud reproductiva.

**4) Propositivo.** A partir de la detección de los logros, obstáculos y omisiones en materia de salud reproductiva, se formula un diagnóstico de las recomendaciones generales sustentadas por El Cairo y Beijing y su viabilidad en el contexto mexicano.

La investigación se presenta de la siguiente manera:

**Capítulo I.** Como uno de los objetivos de la investigación es conocer la situación actual de las políticas de salud reproductiva en México después de las Conferencias Internacionales; en primera instancia se presenta un diagnóstico de las políticas de salud

en México antes de El Cairo y Beijing. Ello con el fin de detectar cuáles han sido las diferencias sustanciales que en materia de salud hacia las mujeres, se han dado en nuestro país.

**Capítulo II.** En este apartado se realiza una revisión teórica-explicativa de lo que significa insertar la perspectiva de género en el diseño y ejecución de las políticas de salud reproductiva. Se da una panorámica de la situación política de la mujer a partir de los debates teóricos feministas, para posteriormente recuperar los principales conceptos que son utilizados en el debate teórico de salud reproductiva. Finalmente, con estos conceptos teóricos se intenta dar una descripción de las políticas de salud reproductiva en México a partir de los acuerdos de El Cairo y Beijing.

**Capítulo III.** Para conocer cuáles son los alcances, omisiones y limitaciones de las actuales políticas de salud reproductiva en México, se realiza una comparación de los programas que se refieren (salud reproductiva) y se han referido (planificación familiar) a la salud de las mujeres. Los documentos se analizaron bajo tres ejes temáticos, a saber, la salud de las mujeres; la perspectiva de género y los derechos reproductivos. Los documentos que se seleccionaron fueron: el Programa Nacional de Población 1988-1994 y el Programa Nacional de Planificación Familiar 1989-1994 por un lado, y el Programa Nacional de la Mujer 1995-2000, además del Programa Nacional de Población 1995-2000, y del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 por otro lado. Ello con el fin de tener las herramientas de comparación y delinear condiciones de factibilidad para la ejecución de las políticas de salud reproductiva en nuestro país.

**Capítulo IV** En este capítulo se hace una reconstrucción de la situación de las políticas de salud reproductiva en México después de El Cairo y Beijing. El último apartado recupera la visión y postura que tienen diversos personajes que, desde sus propias

instancias, confluyen en un trabajo conjunto para ir delimitando las políticas de salud reproductiva en México.

Ante la poca o casi nula información de los avances y evaluaciones que hasta el momento se han llevado a cabo en materia de salud reproductiva, se realizaron entrevistas temáticas a personalidades que se encuentran inmersas en el diseño y aplicación de las políticas de salud reproductiva en nuestro país. La información que se obtuvo de dichas entrevistas son el eje medular que compone este apartado.

**Capítulo V** Este capítulo se presenta a manera de conclusión del trabajo de tesis. En él se habla de las posibilidades y limitantes para llegar a consensos en la interpretación de los acuerdos internacionales para el diseño de políticas de salud reproductiva en México.

**Fuentes Testimoniales.** Se describen los cargos y el trayecto laboral o académico que en materia de salud reproductiva han tenido los y las especialistas entrevistados en este trabajo de investigación.

**Anexo.** Consta de la guía de entrevista temática que se utilizó para levantar las entrevistas que fueron realizadas a personas de diferentes ámbitos de la sociedad y que asistieron a las Conferencias de El Cairo y/o Beijing.

## CAPITULO I

# **POLÍTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO ANTES DE EL CAIRO Y BEIJING**

Uno de los objetivos de este trabajo de investigación es indagar en los cambios que se han producido tanto en el discurso político sobre la salud en general, como en el diseño, instrumentalización, seguimiento y evaluación de las políticas, en este caso, de salud reproductiva de nuestro país.

Para tal efecto se presenta un breve recuento de la evolución discursiva de los conceptos relacionados con la salud reproductiva y, de los cambios estratégicos que a nivel institucional se han suscitado en México en su intento de responder y adecuarse a las nuevas exigencias del debate político.

El control de la reproducción, como asegura Rodolfo Tuirán, “ha sido promovido desde diferentes trincheras ideológicas y políticas”, y tiene como antecedentes términos como control natal, de población y planificación familiar.

Rodolfo Tuirán asegura que el término de control natal fue propuesto por Margaret Sanger en 1915 y que emergió originalmente como una reivindicación política de los movimientos feministas y socialistas de la época que preguntaban por la libertad sexual y reproductiva de las mujeres en la lucha por su autodeterminación y la igualdad entre los sexos. (Tuirán, 1988:50)

El origen del concepto no queda claro, según Correa y Petchesky,

efectivamente se pueden buscar los antecedentes del término “derechos reproductivos” en el control natal, pero no porque haya sido una propuesta de los movimientos feministas y socialistas sino porque fue reinterpretado:

“ La idea de que las mujeres en particular deben ser capaces “de decidir si, cuándo, y cómo tener hijos” se originó en los movimientos feministas de control de la natalidad que se desarrollaron por lo menos desde los 1830s entre las socialistas... Margaret Sanger en Norteamérica y Stella Browne en Inglaterra, vincularon “el problema del control de la natalidad” no únicamente con las luchas de las mujeres por su emancipación social y política, sino también con su necesidad “de apropiarse y controlar” sus cuerpos y obtener conocimientos y satisfacciones sexuales... Sus contrapartes entre las defensoras de los derechos de las mujeres en el siglo XIX en Europa y en América, y entre las pioneras del control de la natalidad en el siglo XX en Asia, el Norte de África y América Latina fueron más reticentes acerca de la sexualidad de las mujeres, y enfatizaron en cambio un derecho negativo: el de las mujeres (casadas o solteras) a rehusar tener relaciones sexuales o hijos no deseados... (Aún con todo) compartían una premisa común: en la búsqueda de que las mujeres alcanzaran un estatus igual con los hombres en la sociedad, ellas tendrían que ser respetadas como agentes morales completos con proyectos y objetivos propios. Por lo tanto, ellas tendrían que determinar por sí solas los usos -sexual, reproductivo u otro- de sus cuerpos (y de sus mentes)”. (Correa y Petchesky, 1994:3)<sup>1</sup>

Por su parte el término control de población pretende explicar la obstaculización del crecimiento económico, los altos niveles de pobreza, la reducida disponibilidad de recursos naturales y la amenaza de desestabilización política de las naciones, a partir de la sobrepoblación. El concepto de planificación familiar en sus orígenes aludió al control de la capacidad reproductiva de la pareja para promover la estabilidad de la familia; sin embargo, a finales de los años veinte este concepto fue adquiriendo un carácter reformista al establecer supuestos ideológicos respecto al

---

<sup>1</sup> En todo caso lo que aquí interesa es destacar que aunque el concepto de “control natal” sea frecuentemente relacionado con las agencias internacionales, y el de “planificación familiar” emane de las políticas estatales vinculadas al control de la población, cuando el movimiento feminista los reinterpreta surgen conceptos más amplios como el de “maternidad voluntaria” y “derechos reproductivos”.



papel de la sexualidad, la familia y las relaciones de poder entre los sexos, enfatizando las relaciones sexuales dentro del matrimonio y privilegiando como modelo la familia nuclear en combinación con normas específicas acerca de su tamaño ideal.<sup>2</sup> (Tuirán, R. 1988:50-51)

En México, dichos conceptos fueron adaptados al interés político y económico predominante. Durante la Guerra de Independencia y la Revolución Mexicana los altos índices de mortalidad y reducido crecimiento demográfico provocaron una escasez de población en el territorio nacional.<sup>3</sup>

“Se consideraba que México era un país subpoblado, en donde el crecimiento de la población y la densidad demográfica era un requisito indispensable para superar el desequilibrio entre el tamaño del territorio y el de la población; la falta de correspondencia entre las riquezas naturales y la fuerza de trabajo, y la necesidad de preservar la integridad y la soberanía del territorio a través de la disponibilidad de asentamientos humanos”. (CONAPO/FNUAP, 1994:14)

En 1936 se expide la primera Ley General de Población. En su contenido se fomenta la fecundidad, el abatimiento de la mortalidad general y la infantil, así como la repatriación de mexicanos y la inmigración de extranjeros.<sup>4</sup>

Esta ley contribuye al gradual debilitamiento del movimiento en favor del control natal inspirado en el movimiento feminista estadounidense y al que se sumó por ejemplo José Vasconcelos, ministro de educación, al reconocer “el derecho de las mujeres a evitar la procreación ilimitada” y al compartir la preocupación de las

---

<sup>2</sup> A los movimientos sociales que impulsaron estos términos, Tuirán agrega la influencia ejercida por las cruzadas eugenésicas quienes emergieron con un débil discurso científico cargado de prejuicio racial o social en donde se enfatizaba el control cualitativo más que cuantitativo de la población. (Tuirán 1988)

<sup>3</sup> “... en 1930 morían 25 de cada 1,000 habitantes, para 1950 esta cifra bajó a 16.2 y, para 1987, a 5 defunciones por cada 1,000 habitantes” (Presidencia de la República 1992:181)

<sup>4</sup> En 1947 se promulgó la segunda Ley General de Población, la cual tenía un carácter eminentemente pronatalista y conservaba los rasgos fundamentales de la de 1936.

feministas sobre la masculinización de la profesión médica.<sup>5</sup> (Tuirán 1988:53)

A partir de la década de los cuarenta, cuando se impulsó el desarrollo industrial del país, se favoreció el proceso de concentración de población y actividades económicas en algunos centros urbanos. Arturo Cervantes señala que en esta época se observó una pronunciada disminución de las tasas de mortalidad y las causas de muerte pasaron de ser por enfermedades infectocontagiosas a degenerativas y violentas; la urbanización se concentró en tres áreas metropolitanas para dar lugar a las llamadas ciudades intermedias y, la migración interna dejó de ser predominantemente rural-urbana al diversificarse. (Cervantes, 1994:906)

Estos elementos aunados a las políticas de población pronatalistas contribuyeron a que, en las dos décadas siguientes, se observara un fuerte incremento de las tasas de crecimiento demográfico.

Ante ello, las políticas basadas en el control de población adquirieron fuerza. Un gran número de organizaciones, asegura Tuirán, empezaron a invocar los programas de planificación familiar como el instrumento más efectivo para frenar el desatado crecimiento de la población. Sin embargo, estos programas de planificación familiar y paternidad o paternidad responsable, o reproducción planeada, no pretendían cuestionar las relaciones de poder y desigualdad en la sociedad y en la familia, como lo había planteado los movimientos feministas y socialistas con el concepto de control natal:

“El énfasis de la planificación familiar estaba orientado más bien a promover y fortalecer la estabilidad de la familia, aunque se reconocía que tal estabilidad dependía en buena medida de una actitud más permisiva

---

<sup>5</sup> Para profundizar en la historia de este movimiento encabezado por feministas como Margaret Sanger y Emma Goldman, y el trabajo de la Liga Mexicana del Control Natal creado en 1918, véase Tuirán 1988:51-54.

hacia la práctica sexual, sin miedo a la concepción *dentro del matrimonio*.<sup>6</sup> Adicionalmente, sus promotores empezaron a percibir en el ejercicio de la planificación familiar una importante contribución a la salud de la mujer y de sus hijos”. (Tuirán, 1988:55)

En este contexto, Cervantes hace notar que la dinámica poblacional no fue concebida como una serie de eventos que ocurren independientemente de la voluntad estatal, del curso que el proyecto nacional tome, sino fue convertida en un reto. La planificación familiar se incorporó como desarticulación de obstáculos para acceder a la modernidad (Cervantes, 1994:907)

Mejorar la calidad de vida de la población se convirtió en uno de los elementos fundamentales para llevar a cabo el nuevo proyecto nacional. Para lograrlo se inició, a mediados de los sesentas, un intenso proceso de planeación gubernamental con cambios y modificaciones al marco constitucional principalmente en las áreas de Población, Salud, Educación y Trabajo; al tiempo que se definieron programas para tratar de asegurar los objetivos planteados en las leyes y concretar acciones específicas en la vertiente definida por ellas.

Es importante enfatizar que dicho proceso, según Figueroa, se inició en un contexto de cambios demográficos en el que destaca la disminución de los niveles de fecundidad en la población, “*incluso antes*”<sup>7</sup> de que se modificaran las políticas poblacionales que fomentaban familias numerosas e incluso prohibían el uso de anticonceptivos”<sup>8</sup> (Figueroa, 1997:11)

Lo anterior es tan sólo un elemento más que nos permite pensar en la fragilidad del pensamiento causal entre las políticas poblacionales y el cambio de

---

<sup>6</sup> El énfasis es mío.

<sup>7</sup> El énfasis es mío.

<sup>8</sup> Fue hasta 1973 cuando se aprobó en el Código Sanitario la derogación del artículo que prohibía la propaganda y venta de anticonceptivos. (CONAPO, 1994:20)

mentalidades entre la población de manera unifactorial.

Los años comprendidos entre 1973 y 1976 marcaron las bases fundamentales de las políticas y programas actuales de planificación familiar.

La política poblacional dejó de tener un enfoque pronatalista para promover la regulación de la fecundidad. En este contexto, en 1974 entró en vigencia la tercera Ley General de Población. En esta nueva ley se considera que la política de población debe ser parte integral del sistema de planeación del desarrollo, y se plantea la necesidad de adecuar los programas de desarrollo económico y social a las necesidades determinadas por el volumen, la estructura, la dinámica y la distribución de la población, en el entendido de que las políticas de población no son ni pretenden ser un sustituto de las de desarrollo. En este mismo año se reformó el Artículo 4º Constitucional con el propósito de eliminar “toda forma de discriminación hacia la mujer”. Desde entonces la Constitución establece la igualdad jurídica de la mujer y el varón, y señala el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos. De esta manera, México se constituye en “...el segundo país del mundo en consagrar el derecho a la planificación familiar en su Carta Constitucional” (Mejía, 1995:4), además de que se tocan elementos de “los derechos reproductivos, aunque no se les haya nombrado de tal forma” (Figuroa, 1998:82)

Es importante señalar que durante esta época se hizo patente la influencia en México de las resoluciones emergidas en las reuniones internacionales de la ONU como la realizada en Bucarest en 1974 y de sus organismos especializados en materia de población. “En estos años instituciones privadas del nivel internacional

como la IPPF, preocupadas por el rápido crecimiento poblacional comenzaron a tomar medidas para su control”. (Mejía, 1995:4) Nuevos estudios y análisis en torno al tema de la población, indica Mejía, empezaron a señalar que ese rápido crecimiento podría considerarse, no ya como un requisito, sino como un obstáculo para el progreso y bienestar.

Para el sexenio de 1976-1982 se estableció la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, a través del cual las instituciones de salud establecieron por primera ocasión objetivos y metas de cobertura. Las acciones en torno a planificación familiar y salud materno-infantil fueron impulsadas de manera combinada desde un mismo organismo. El diseño del Plan Nacional de Planificación Familiar se inició en un contexto en que el Estado pretendía incidir en el comportamiento reproductivo de una población que, asegura Figueroa, “se enfrentaba a un cambio cultural y demográfico fundamental, a la que se le reconocía constitucionalmente el derecho a decidir el número de hijos por tener y cuándo tenerlos, y a quien se buscaba facilitarle el acceso a los medios para poner en práctica dicho derecho, después de varias décadas con niveles altos de fecundidad y una postura pronatalista por parte del gobierno” (Figueroa, 1998:80-81)

Sin dejar de reconocer los grandes avances y los beneficios del cambio en el diseño de los planes y programas que en materia de salud se dieron durante este sexenio, no podemos dejar de apuntalar los problemas que se suscitaron. Tuirán hace notar que en estos primeros esfuerzos de difusión de la práctica anticonceptiva, predominó un énfasis tecnocrático ya que “para los responsables de estos programas la tarea consistía en satisfacer una demanda que fuera rápidamente cubierta por una

oferta de expansión”. Bajo esta dinámica, a este autor, no le parece extraño que fuera precisamente en este período que se haya estimulado la investigación en materia anticonceptiva, lo cual finalmente, dio paso al desarrollo de la pastilla y el dispositivo intrauterino. (Tuirán, 1988:55)<sup>9</sup>

Por otra parte, a pesar de que las leyes y programas parecen recuperar los principios subyacentes al Artículo cuarto constitucional, al hacer explícitos conceptos como derechos, dignidad, respeto e integridad a la persona, Figueroa señala que los programas de planificación familiar establecieron metas de usuarias de anticonceptivos para el sexenio de 1976-1982 con el fin de lograr la meta de crecimiento estimada para 1982<sup>10</sup>. Por tanto la modificación del comportamiento reproductivo de la población se planeó básicamente a través de programas en los que se les concede gran importancia a los prestadores de servicios de salud. Ello supone una situación potencialmente conflictiva:

“se planeó una dinámica demográfica cuyo éxito suponía, en parte, modificar un comportamiento sobre el que se acababa de confirmar el derecho de la población para decidir al respecto, y teniendo como responsables a personajes que requerían cambios (incluso culturales) en su postura respecto al “deber ser” de su quehacer institucional; además, ello requería de una acción inmediata ya que tenían definidas metas para un corto plazo” (Figueroa, 1998:83)

---

<sup>9</sup> En 1951 Margart Sanger, el Dr. Abraham Stone y el Dr. Gregory Pincus se reunieron por primera vez para discutir la posibilidad de desarrollar un anticonceptivo “simple, práctico y universalmente aplicable”. Conforme avanzó la investigación clínica se seleccionó a Puerto Rico para realizar el primer experimento masivo del anticonceptivo oral, la Dra. Edris Rice-Wray se hizo cargo del proyecto. En 1957 la Dra. Rice Wray se trasladó a México y al año siguiente se hizo cargo de la primera clínica de planificación familiar en el país. En 1959 funda la Asociación Pro-Salud Maternal de carácter privado y se dedica al estudio de la metodología anticonceptiva. En 1965 con la fundación de FEPAC se inicia un proceso que culmina con la intervención del Estado en esta materia. Los servicios de planificación familiar en México terminan integrándose al aparato de salud, con la casi absoluta dominación de la profesión médica en estos programas. (Véase Tuirán: 1988:55-56)

<sup>10</sup> La meta de crecimiento se estableció al 2.5% anual, y el crecimiento real al finalizar el sexenio fue de 2.4%. Estos resultados fueron interpretados como los logros emergidos de los nuevos programas de planificación familiar.

Y agrega:

“... el tipo de instrumentación de las políticas y los programas pone también en peligro otros derechos de la población y en especial de las mujeres, que pueden ser violados en la imposición de un ritmo acelerado para alcanzar las metas demográficas trazadas por el Estado” (Figueroa, 1998:83-84)

En este mismo sentido resulta importante recordar que en marzo de 1974 se creó un organismo público de naturaleza interinstitucional, el cual se denominó Consejo Nacional de Población (CONAPO). “Las acciones operativas que le competen a este Consejo son las de comunicación y educación cívica; asimismo, todas las fases del proceso de planeación en la materia recaen en esta institución... es especialmente importante la atribución de promover y realizar la investigación que dé sustento a las acciones de planeación” (CONAPO, 1994:4). Sin embargo:

“En 1977, CONAPO estableció como meta demográfica el 1% de crecimiento poblacional para el año 2000... no se escatimaron recursos económicos ni humanos; el afán por cumplir las metas se tradujo en incentivos medidos a partir del número de usuarias de métodos (anticonceptivos), lo que condujo a acentuar la falta de respeto a las decisiones de las usuarias, a la coerción apoyada en la posición de poder que ocupa el prestador de servicios, e incluso a esterilizaciones forzadas, sin consentimiento expreso por parte de las usuarias, hechos ampliamente denunciados desde diversas instancias”. (Mejía, 1995:6)

Como vemos, los servicios de planificación familiar terminaron integrándose al aparato de salud, con la casi absoluta dominación de la profesión médica en estos programas. Pero quizá la reflexión más importante por resolver sea la que Figueroa ha dejado enunciada, a saber, “el posible desfase entre los tiempos, las expectativas y las búsquedas de las políticas institucionales y lo esperado y requerido por la población, lo demandado y sentido por la misma, en un entorno caracterizado por un prestador de servicios que quiere incidir sobre la población, ya que tiene ciertas

expectativas de lo deseable en el nivel del bien social.” (Figuroa, 1995:5)

Las instancias normativas de planificación familiar y salud materno-infantil que hasta 1982 trabajaron de manera conjunta se separaron (y así permanecieron durante los dos siguientes sexenios) “en una búsqueda de incrementar la productividad anticonceptiva y de influir sobre los niveles de crecimiento poblacional” (Figuroa, 1997:44). A partir de 1983, la Secretaría de Salud, como cabeza del sector, tomó bajo su cargo la atribución de coordinación y estableció el Grupo Interinstitucional de Planificación Familiar. Los esfuerzos de estas instancias se centraron en la formación de recursos humanos y en la organización y prestación de servicios. (CONAPO, 1994:21) Ante ello, señala Figuroa, feministas y algunos investigadores cuestionaron el reduccionismo de los esfuerzos y las acciones gubernamentales para alcanzar los niveles de crecimiento poblacional<sup>11</sup>, ya que ello dificultaba el ejercicio de los derechos y la consecución de la salud en el ámbito reproductivo.

Estos cambios que se presentaron durante la década de los ochentas y principios de los noventas, se desarrollan bajo un paradigma político a nivel nacional el cual, como señala Cervantes, relaciona causalmente población y desarrollo. Por un lado se dio una clara disminución del crecimiento poblacional a principios de los años ochenta, pero por otro lado, coexistió con la crisis económica más profunda y severa del siglo la cual se evidenció con la caída del PIB y del producto per cápita; el

---

<sup>11</sup> En el período de 1983-1988 la meta de crecimiento poblacional se presentaba al 1.8%; sin embargo el crecimiento real fue del 2.1%. Este gran desajuste fue adjudicado a los defectos del programa. Por ello se realizaron ajustes (realmente poco significativos) a los programas para la siguiente administración de 1989-1994 en donde la meta de crecimiento esperada fue del 1.4% y el crecimiento poblacional fue del 1.9%; por supuesto la explicación de la reducción en el crecimiento poblacional comparado con el período anterior fue atribuido a los ajustes realizados en los programas sin cuestionar el hacer de la población y sus proyectos



desempleo abierto y el empleo precario; el desplome del salario real y la concentración del ingreso así como la disminución del salario familiar medio; la aceleración de las tasas de inflación y la devaluación de la moneda y, la reducción del gasto público y privado. (Cervantes, 1994:907-908)

A nivel internacional, durante la década de los ochentas disminuyeron, en algunas regiones del mundo, los recursos públicos destinados a la prestación de servicios para satisfacer las necesidades humanas básicas, entre ellos los de educación y salud.<sup>12</sup> Asimismo, se estancó o disminuyó el crecimiento económico; aumentó la carga de la deuda externa,<sup>13</sup> empeoraron los términos del intercambio comercial; continuaron las migraciones en masa dentro de un mismo país y entre diferentes países teniendo como causa principal, antes que la sobrepoblación, la extrema pobreza que enfrentaban los países subdesarrollados.<sup>14</sup>

En la actualidad se ha reconocido que el diseño y ejecución de políticas orientadas únicamente al crecimiento económico, carentes de políticas sobre salud y

---

reproductivos.

<sup>12</sup> “En el decenio de 1980... se prestó atención principalmente a la reforma económica y al crecimiento impulsado por instrumentos de política macroeconómica. Cuando los encargados de formular políticas estaban tratando de acelerar el crecimiento en Asia, de fomentar la recuperación en América Latina o de estabilizar las economías de África frente a la baja de los precios de los productos básicos y las corrientes negativas de capital, prestaron escasa atención a los probables efectos negativos de esas reformas y políticas sobre las personas. Por consiguiente, en el decenio de 1980, los presupuestos se equilibraron a expensas de desequilibrar las vidas de las personas. En muchas regiones, las vidas humanas se agostaron; entre las más afectadas figuraron las mujeres. Incluso en países donde los programas de ajuste dieron buenos resultados, las personas percibieron que sus vidas no habían mejorado apreciablemente” (PNUD, 1995:133)

<sup>13</sup> “... la deuda externa de los países en desarrollo llegaba en 1993 a 1,8 billón de dólares y los importes que debían pagar por concepto de servicio de la deuda ascendía al 22% de sus ingresos de exportación” (PNUD, 1995:18)

<sup>14</sup> “Los problemas que plantea el fenómeno migratorio son múltiples, y tienden a hacerse más complejos en razón de la creciente interdependencia de la economía internacional. En particular, la desigualdad en los niveles de desarrollo Norte-Sur representa la causa generadora fundamental de flujos migratorios intensos. Ello, aunado a la naturaleza contrastante de nuestras fronteras, hace de México un país para el que la migración internacional representa un asunto que requiere de gran atención”. (CONAPO, 1994:33)

educación, han entorpecido el desarrollo humano. Las agencias de desarrollo han enfatizado la pertinencia de vincular ambas perspectivas:

“... al hacer hincapié en las inversiones en educación, salud y conocimientos de las personas, puede facultárselas para que participen en el crecimiento económico y compartan sus beneficios, principalmente mediante el empleo remunerado. Es éste el modelo de crecimiento adoptado por China, Hong Kong, el Japón, Malasia, la República de Corea, Singapur, Tailandia y muchos otros países de reciente industrialización; y es el tipo de estrategia de inversiones en el ser humano actualmente en auge en muchos países, tanto industrializados como en desarrollo” (PNUD, 1995:18)

Esta serie de circunstancias cuestionan la relación entre el crecimiento poblacional del país y el proceso de desarrollo nacional. Ante ello, en los ochenta y noventa la relación desarrollo-población adquiere reconsideraciones acerca de la dirección, la fuerza y la proximidad de esa relación.

Esta desvinculación plantea las condiciones estructurales que permiten empezar a debatir políticas de control reproductivo bajo un enfoque de salud reproductiva independientemente de las metas poblacionales como mecanismos de desarrollo productivo.

“... el enfoque de la salud reproductiva contiene una suerte de propuesta más comprensiva que busca trascender algunas visiones estrechas. Dicho enfoque ganó actualidad en la década de los ochenta como símbolo de una perspectiva novedosa y fresca asociada a movimientos sociales de orientación ideológica variada”. (Salles, V.; Tuirán, R. 1996:2)

Ahora bien, a pesar de que las mujeres representan alrededor del 50% de la población mundial, su problemática específica estuvo ausente en los diálogos internacionales sobre desarrollo humano:

“En los informes y estrategias sobre desarrollo humano preparados por los países, hubo tan sólo referencias parciales y aisladas a las cuestiones de interés para la mujer y a las recomendaciones de política para responder a ellas. Sólo el informe nacional sobre desarrollo humano de Bangladesh para 1994, relativo a la potenciación de la mujer, se ha

centrado exclusivamente en la mujer. Incluso los desagregados por sexo, no produjeron firmes conclusiones de política. *La condición de la mujer no fue una cuestión medular.*<sup>15</sup> (PNUD, 1995:136)

La importancia que se le da a la condición de la mujer adquiere un nuevo giro al insertar la perspectiva de género en la discusión sobre demografía: el 13 de septiembre de 1994 al concluir en El Cairo la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), 184 gobiernos llegaron a un consenso sin precedente sobre un nuevo Programa de Acción que propone políticas, programas y acciones sobre población durante los próximos veinte años. Por primera vez, *la salud y los derechos reproductivos de la mujer* fueron temas centrales de un acuerdo internacional sobre población.

Las recomendaciones emanadas de esta reunión representan un compromiso político internacional que, respetando la soberanía de los países –y mediante el involucramiento de las instituciones gubernamentales, las ONG's, la comunidad académica y la sociedad civil en general- debería orientar y vincular las políticas de población futuras con base en el crecimiento económico sostenido, en el desarrollo sustentable y en la equidad entre los géneros y grupos sociales.

La salud y los derechos reproductivos se presentan como una de las posibilidades de acercarse a un planteamiento más integral de la relación entre salud y reproducción. Su reconocimiento en la Conferencia de El Cairo influyó, según indica Figueroa, en que se decidiera en México integrar las actividades gubernamentales de planificación familiar y salud materno-infantil bajo el rubro de salud reproductiva y se recuperara el discurso de género y de derechos humanos en la planeación gubernamental de actividades vinculadas con la reproducción y la salud. (Figueroa,

---

<sup>15</sup> El énfasis es mío.

1997:44)

Hasta ahora se han llevado cuatro Conferencias Mundiales de la Mujer. La relevancia de estas reuniones se debe a que son las únicas Conferencias intergubernamentales convocadas por la ONU dedicadas en forma exclusiva a los problemas de la mujer:

La primera de estas Conferencias se realizó en México en 1975, fecha que proclamó las Naciones Unidas como el “Año Internacional de la Mujer”. En ella se abordaron temas de igualdad, desarrollo y paz. La segunda Conferencia se celebró en Copenhague en 1980, y en ella se incorporaron los temas de salud, educación y empleo. En 1985, se llevó a cabo la Tercera Conferencia Mundial en Nairobi en la cual se establecen estrategias para el desarrollo de la mujer hasta el año 2000. En 1995 se celebró en Beijing la Cuarta Conferencia de la Mujer, donde se evaluó el cumplimiento de los compromisos adquiridos en Nairobi y se conformó una Plataforma de Acción que persigue fundamentalmente metas generales de igualdad, desarrollo y paz.<sup>16</sup> Uno de los logros fundamentales de esta última Conferencia es que incorporó un aspecto polémico y fundamental: el concepto de los *derechos sexuales* que “incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la

---

<sup>16</sup> Los resultados de otras reuniones internacionales enriquecieron el contenido de la Plataforma de Acción acordada en Beijing; por ejemplo: la Conferencia sobre Medio Ambiente y el Desarrollo realizada en Río de Janeiro (1992); la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena (1993) y, sobre todo, la Conferencia de El Cairo. “En estas conferencias se logró un avance significativo respecto de la participación de las ONG en los acuerdos, en el impulso de las demandas específicas de las mujeres, así como en la consagración de sus derechos humanos y en la inclusión de los derechos reproductivos, además de que en este punto se planteó el aspecto polémico del *aborto* como problema de salud pública”. (RED POR LA SALUD DE LAS MUJERES DEL DISTRITO FEDERAL, 1996:7-

discriminación y la violencia”<sup>17</sup> (Family Care International, 1995:16-17).

A la par de las Conferencias de El Cairo y Beijing, se llevaron a cabo foros de ONG's en donde se acordaron una serie de propuestas y acciones concretas por el bienestar de la mujer .<sup>18</sup> La delegación mexicana y las representantes de diversas ONG's mexicanas firmaron dichos acuerdos.

Con la finalidad de hacer efectivas las recomendaciones acordadas en el rubro de salud reproductiva, el 15 de febrero de 1995 se formó en México el “*Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva*” integrado por 12 instituciones gubernamentales y 6 organismos no gubernamentales.

En abril de 1996, este Grupo Interinstitucional presentó el “Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-200”:<sup>19</sup>

“La misión del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar... es sumarse al consenso internacional que en materia de población y salud se alcanzó en los acuerdos derivados de la III Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Pekín, 1995) y la Cumbre en Favor de la Infancia (Nueva York, 1990)”. (SECRETARÍA DE SALUD, DGSR, 1996: presentación)

En este documento se reconocen importantes avances, entre los que destaca

---

8)

<sup>17</sup> “Aunque el término “derechos sexuales” no aparece en acuerdos internacionales, su definición y contenido se aprobaron dentro del marco de los derechos humanos en la Plataforma de Acción de Beijing, párrafo 96. Es digno observar que incluso los gobiernos que expresaron reservas en oposición a los derechos sexuales utilizaron el término en sus declaraciones en la sesión de clausura de la Conferencia de Beijing” (Family Care International, 1995:17)

<sup>18</sup> Como se sabe, las ONG's conforman un mosaico plural con orígenes, desarrollo, fines, formas de acción y estrategias diversas. Operan en múltiples esferas, promueven proyectos diferentes y trabajan con organizaciones variadas.

<sup>19</sup> “El programa incluye un diagnóstico situacional de la salud reproductiva y la planificación familiar en México hacia fines de 1994, los objetivos generales y específicos, las metas de cobertura y de impacto, así como las estrategias generales y las líneas de acción. El documento señala las ventajas de la integralidad de la información y prestación de servicios al aprovechar los puntos de encuentro que fortalecen cada uno de los componentes de la salud reproductiva; se desglosan, además, los objetivos, metas y líneas de acción de cada uno de

que: “El gobierno retoma la experiencia de las organizaciones no gubernamentales especializadas en salud reproductiva, y presenta un plan de trabajo en el que las ONG’s están involucradas en el seguimiento y la evaluación del programa” (GIRE, 1996:1) Además se vislumbra un desarrollo en dos áreas fundamentales: el consentimiento informado y la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. “El programa avanza al manifestar que el mecanismo para reducir la mortalidad materna en México será resultado de unir voluntades y programas interinstitucionales”. (GIRE, 1996:1) Sin embargo, a pesar de que en su presentación del Programa, “el presidente Zedillo mencionó al aborto inducido como un problema social y de salud pública y como quinta causa de mortalidad materna” (GIRE, 1995:1) queda pendiente la intención de reabrir el debate sobre el aborto y su necesaria despenalización.

Sin embargo, también es necesario señalar que en dicho Programa, se siguen enfatizando metas de uso de anticonceptivos y niveles de crecimiento poblacional, del 1% para el año 2000, a la par que se proponen “metas de género” y se incluyen algunas referencias limitadas sobre la presencia de los varones en los procesos reproductivos.

En el siguiente capítulo se indagará sobre los principales conceptos que surgen a partir de las Conferencias de El Cairo y Beijing (la perspectiva de género, la salud reproductiva y los derechos reproductivos).

---

ellos” (SECRETARIA DE SALUD, DGSR, 1996:36)

Se abordará el tema partiendo del “empowerment” (empoderamiento) como una condición necesaria para que se puedan ejercer los derechos en tanto miembros de un género. La otra línea a seguir consistirá en ver cómo los nuevos supuestos de la salud reproductiva, vista como un derecho humano, puede llegar a cuestionar las relaciones de poder y los reduccionismos en los ámbitos institucionalizados (salud y familia por ejemplo) vinculados con la reproducción y la salud.

## CAPÍTULO II

### POLÍTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA Y PERSPECTIVAS DE GÉNERO

#### **2.1. Situación política de la mujer. La teoría política genérica.**

Sin duda alguna que al hablar de procesos de transición democrática en cualquier parte del mundo nos lleva a pensar en actores políticos. Actores que creyeron firmemente en ideales democráticos y por tanto en ideales de libertad.

John Stuart Mill escribía que “El objeto de [su] ensayo [*Sobre la libertad*] no es el llamado libre arbitrio, sino la libertad social o civil, es decir, la naturaleza y los límites del poder que puede ejercer legítimamente la sociedad sobre el individuo [...] La lucha entre la libertad y la autoridad es el rasgo más sobresaliente de esas partes de la historia.”(Stuart, M. 1989:55)

Y sin duda no se equivocó. Hoy en día se ha avanzado tanto en ideales democráticos como nunca antes; sin embargo, aún existen países en donde los derechos políticos de los ciudadanos no son respetados y en especial los de las mujeres.

En México el primer gran logro por parte de la mujer respecto de sus derechos políticos lo consiguió en 1953, sin mencionar casos muy particulares en algunas entidades del país, fecha en la cual se le otorgó la facultad de votar en elecciones y se igualaron sus derechos a los del hombre. Aspecto que apenas representa que el país haya iniciado un proceso hacia una transición democrática.



El propio Mill “escribió que la “ciudadanía” -entendiendo por ella en este caso sufragio universal- ocupa sólo un pequeño lugar en la vida moderna y no repercute en los ámbitos cotidianos ni en los más íntimos. Mill prosigue afirmando que la familia (reformada) es la verdadera escuela de la libertad”<sup>20</sup>.

Con lo anterior Mill no hubiese querido concluir que la familia es algo político, adecuándose a los ideales liberales, sin embargo, explica Carole Pateman muchas feministas contemporáneas lo han hecho:

“La consigna más popular del movimiento feminista actual es “lo personal es político”, lo que no sólo rechaza explícitamente la separación liberal de lo público y lo privado, sino que implica también que no puede ni debe trazarse distinción alguna entre los dos ámbitos”.<sup>21</sup>

Quizá una de las críticas más fuertes que se han planteado desde la perspectiva feminista a la democracia liberal sea precisamente que la distinción entre lo público y lo privado ha perpetuado el sometimiento y el trato desigual hacia las mujeres.<sup>22</sup> Según este parecer, esta situación dificulta pensar en sociedades democráticas.

---

<sup>20</sup> John Stuart Mill, citado por (Pateman 1996:45-46)

<sup>21</sup> Ibidem. pág. 46

<sup>22</sup> Actualmente la lucha feminista se ha encaminado a lograr la igualdad entre los sexos respetando las diferencias percibidas entre hombres y mujeres. Sin embargo, es importante tener cuidado con el manejo de los conceptos ya que en muchas ocasiones el trato igualitario puede reforzar las diferencias existentes en lugar de reducirlas. Alison M. Jaggar nos explica: “La alternativa obvia de buscar la igualdad proporcionando a las mujeres protección legal especial...(está) cargada de peligros para las mujeres... por ejemplo, prescribir permisos especiales de trabajo a causa del embarazo o el nacimiento alienta la percepción de que las mujeres son trabajadores menos fiables que los hombres; admitir la existencia del “síndrome premestruar” o de la depresión posparto como condiciones inhabilitadoras periódicas alienta la percepción de que las mujeres son menos responsables que los hombres; los intentos de proteger la sexualidad de la mujer mediante una legislación que restrinja la pornografía o excluya a las mujeres de trabajar en instituciones masculinas como las prisiones, perpetúa el peligroso estereotipo de que las mujeres son por naturaleza la presa sexual de los varones. Este mito cultural sirve de legitimación implícita de la prostitución, el acoso sexual y la violación de las mujeres, puesto que implica que tales actividades son de alguna manera

Según las feministas que asumen la idea de que “lo personal es político” están convencidas que la igualdad (uno de los principios básicos de la democracia) debe emerger e instaurarse no sólo a nivel público sino también en “el espacio privado” porque están íntimamente relacionados:

“Las feministas han hecho incapié en cómo las circunstancias personales están estructuradas por factores públicos, por leyes sobre la violación y el aborto, por el estatus de “esposa”, por políticas relativas al cuidado de las criaturas y por la asignación de subsidios propios del Estado del bienestar y por la división sexual del trabajo en el hogar y fuera de él. Por tanto, los problemas “personales” sólo se pueden resolver a través de medios y de acciones políticas.(Pateman 1996:47)

Así las cosas, no podemos hablar de transición a la democracia, sólo en términos de la apertura al sufragio electoral de las mujeres, cuando no existe conciencia de la interrelación de los espacios público y privado. Si las mujeres han de participar plenamente, como iguales, en la vida social, los hombres, opina Pateman, han de compartir por igual la crianza de los hijos/as y otras tareas domésticas. Mientras a las mujeres se las identifique con este trabajo “privado”, su estatus público siempre se verá debilitado. Es importante aclarar que estas responsabilidades compartidas entre hombres y mujeres no niega el hecho biológico de que son las mujeres, y no los hombres, las que paren las criaturas; lo que niega, a decir de Pateman, es el supuesto patriarcal en virtud del cual este hecho natural conlleva que únicamente las mujeres pueden criarlas. Es necesario subrayar la observación de esta autora: “el compartir por igual la responsabilidad en la crianza de los hijos/as y otras actividades domésticas, presupone algunos cambios radicales en la esfera pública, en la organización de la producción, en lo que entendemos por “trabajo” y en la práctica de la ciudadanía”. (Pateman 1996:51)

---

naturales.” (Jaggar 1996:171)

Es más, si nos apegamos al carácter final o a la esencia de la democracia como la entiende Karl Popper en el sentido de que un proceso democrático no reside en los procesos electorales o en la forma específica de gobierno, sino en la protección con que cuente la ciudadanía para evitar que los gobernantes se perpetúen en el poder, entonces no podemos dejar de lado que las mujeres, tal y como lo explica Anne Phillips, al tener desigual acceso a los recursos económicos combinado con el desigual acceso al conocimiento, a la información y a la formación política, contamos con pocas herramientas para evitar los abusos perpetuados de los gobernantes hacia sus gobernados. En este sentido Robert Dahl se llega a preguntar si la igualdad política es compatible con la economía de mercado imperante:

“Si la democracia ha de existir y los ciudadanos han de ser políticamente iguales, entonces ¿no exigiría la democracia algo distinto a una economía de empresa, privada y orientada al mercado o, cuando menos, una modificación bastante drástica de la misma?”<sup>23</sup>

Si ello fuera así, tal vez las mujeres podrían trabajar para elegir un gobierno más sensible a la pobreza de su colectivo; un gobierno comprometido con un programa encaminado a lograr igual salario por igual trabajo, combinado con un conjunto de políticas en pro de bienestar que atendiese las necesidades de las mujeres. Pero, como bien señala Anne Phillips, los problemas derivados de la opresión no se resuelven con la mera redistribución “ya que no sólo implican un estado final desigual en la redistribución de bienes, sino un contexto institucional que limita nuestra capacidad de participar y el desarrollo de nuestras propias capacidades. El tipo de *autonomía* y de *autorrespeto* o *autoestima* que el feminismo

---

<sup>23</sup> Robert Dahl citado por (Phillips 1996:81)

intenta desarrollar únicamente puede producirse cuando las mujeres se liberen de su estatus de seres dependientes, y esto a su vez sólo puede suceder a través de la propia actividad de las mujeres”.(Phillips 1996:91)

¿Pero a qué tipo de autonomía alude el feminismo?, ¿qué importancia tiene dentro de la teoría democrática?. Dentro de la teoría política liberal, la autonomía es un elemento normativo y constituyente de la política democrática liberal. Para los liberales, la autonomía constituye, a decir de Christine Di Stefano, “una piedra de toque del yo individual considerado como elector, la noción del yo constituyente. Sin embargo, es justamente esa noción de yo constituyente la que problematizan los teóricos/as comunitaristas, posmodernos y algunas teóricas feministas”. (Di Stefano 1996:54)

Algunas feministas cuestionan la autonomía como pauta normativa de madurez y emancipación (pensada únicamente para la emancipación del hombre) aunque sigan invocándola. El legado más radical de la autonomía dentro del discurso feminista quizá sea el que proclama el celibato para descubrir y definir la sexualidad de las mujeres desvinculándose de las relaciones sexuales con los varones:

“Hasta cierto punto la sexualidad puede vivirse separada de su contexto social (opresivo). A través de la masturbación, la mujer célibe puede disfrutar de su sexualidad lejos de los aspectos de su expresión social. A través del celibato y de la masturbación podemos definir nuestra sexualidad y autosatisfacernos sexualmente”<sup>24</sup>

Christine Di Stefano interpreta a esta expresión como la traducción puntual del sujeto occidental liberal, individualista, cuya autonomía consiste en su capacidad de desvincularse de su contexto y relación social.

Por otra parte las feministas posmodernas inspiradas en Foucault nos alertan de las profundas implicaciones de una noción de autonomía centrada en torno a un “yo” como efecto de las relaciones de poder.

Hay quienes ven a la autonomía determinada o supeditada por el entorno social:

“La autonomía denota un tipo específico de independencia que comporta autodeterminación, es decir, una determinación donde se siguen las reglas elegidas por la propia persona, cuando no elaboradas por ella misma. El yo autónomo se autodetermina, se autodefine y se autoelige, pero siempre dentro de un entorno gobernado por reglas. La acción autónoma, que sólo puede proceder de un yo autónomo y soberano, debe gobernarse por reglas. El concepto de autonomía captura, de una forma especialmente comprometedora y eficiente, el descubrimiento y valoración moderna de la libertad, la razón y todo lo relativo a los actores y la acción, todo ello presente a su vez en una concepción del yo como elector racional independiente y reflexivo...”(Di Stefano 1996:57)

Ante esta compleja ambivalencia respecto a la autonomía que exhibe el feminismo contemporáneo, Christine Di Stefano, siguiendo a Diana T. Meyers propone no analizar la autonomía como “un estado que supone haber superado la socialización a través de la autoconciencia” porque ello supone una regresión infinita a un “yo” que quién sabe si exista de forma aislada e independiente. “En vez de centrarnos en la cuestión del yo autónomo, deberíamos atender a cómo se toman las decisiones autónomas, particularmente en la medida en que contribuyen a la integración personal y a la innovación del plan de vida”. (Di Stefano 1996:71-72)

En cuanto al autorespeto o autoestima Charles Taylor sostiene que éstos son elementos imprescindibles para lograr la igualdad de oportunidades de la que se habla tan frecuentemente en las sociedades modernas. En el caso de las mujeres el problema es medular:

---

<sup>24</sup> Candace Watson citada por (Di Stefano 1996:56)

“... algunas feministas han sostenido que las mujeres en las sociedades patriarcales fueron inducidas a adoptar una imagen despectiva de sí mismas. Internalizaron una imagen de su propia inferioridad, de modo que aun cuando se supriman los obstáculos objetivos para su avance, pueden ser incapaces de aprovechar las nuevas oportunidades. Y por si fuera poco, ellas están condenadas a sufrir el dolor de una pobre autoestima.” (Taylor 1993:44)

Lo anterior lejos está de asumir la inferioridad “natural” de las mujeres, más bien da cuenta de una identidad que se moldea, a decir de Taylor, en parte por el reconocimiento o por la falta de éste, a menudo también, por el falso reconocimiento de otros.

“Una mujer no nace, se hace” afirmaba Simone De Beauvoir; y cuando “se hace” bajo un estado de cosas que conllevan a la opresión, es necesario buscar el cambio:

“... cuando se mantiene a un individuo o grupo de individuos en situación de inferioridad, es un hecho que es inferior, pero habría que ponerse de acuerdo acerca del alcance de la palabra *ser*; la mala fe consiste en darle un valor sustancial cuando tiene el sentido dinámico hegeliano: *ser* es haber devenido, es haber sido hecho tal cual se manifiesta; si, las mujeres, en conjunto, *son* hoy día inferiores a los hombres, es decir, que su situación les abre menos posibilidades; el problema consiste en saber si ese estado de cosas debe perpetuarse”. (De Beauvoir 1997:21)

Anne Phillips afirma que las mujeres han sentido la necesidad de “desaprender” las lecciones de su pasado, “descubrir” que estaban oprimidas. Ello es posible por “la naturaleza contradictoria de la experiencia y la conciencia de las mujeres, la sensación de que las cosas no encajan”. El problema político radica no tanto en que las mujeres sepan o no lo que quieren, sino en que la democracia no sólo recoge preferencias y opiniones de cada persona en circunstancias específicas sino también, especialmente en el caso de las mujeres, “existe un proceso anterior y continuo de crear la propia identidad, de construir los propios intereses y de formar

las propias opiniones políticas”. (Phillips, 1996:90)

Si partimos de que la identidad es un constructo social y está íntimamente relacionado con el reconocimiento, se entiende la lucha feminista por acceder a este reconocimiento no como una cortesía, como bien señala Taylor, sino como una “necesidad humana vital”.

Según Charles Taylor el reconocimiento del otro conlleva a aceptar que existen minorías o grupos “subalternos”<sup>25</sup> con diferentes visiones del mundo y con identidades culturales distintas que en sí mismas contienen una importancia y valor de gran profundidad. “Las fallas del reconocimiento”, asegura Taylor, provocan que los miembros de las culturas no reconocidas se sientan desarraigados y vacíos, privados de las fuentes necesarias que alimentan el sentimiento de comunidad y que son básicas para la autoestima; además se verán amenazados por el riesgo de la aniquilación cultural.

¿Qué trato político se le ha dado a las mujeres?, ¿cuáles son los principios o valores bajo los cuales se debería reconocer a las mujeres?. Ello ha sido un tema ampliamente debatido entre las feministas. ¿Cómo presionar en favor de cualquier tratamiento diferencial (por la condición específica de la mujer) para conseguir una verdadera igualdad (como parte de la raza humana)?.

Igualdad y diferencia son conceptos que se han ido puliendo y modificando según el contexto en el que las feministas se han ido moviendo. En el ámbito político se pueden distinguir, siguiendo a Carme Castells, tres grandes perspectivas: la teoría feminista liberal, la teoría feminista marxista y socialista y la teoría feminista radical.

La teoría feminista liberal coincide con el pensamiento liberal en la concepción

individualista de la naturaleza humana; su principal diferencia radica en la crítica pretendidamente universal pero en realidad basada en la experiencia masculina con que el liberalismo caracteriza la naturaleza humana. Dentro de este pensamiento, Susan Moller Okin asegura que “las desigualdades pueden establecer generalizaciones” por tanto no se requiere de tratos diferenciales; específicamente en el caso de la mujer, esta autora considera que la diferencia sexual no es un rasgo distintivo de gran visibilidad e importancia social y política. (Moller Okin, 1996) La solución que presenta esta corriente para eliminar la situación de subordinación consiste, principalmente, en lograr la igualdad con los hombres.

Las feministas marxistas y socialistas, a decir de Carme Castells, trabajan con la noción de que la naturaleza humana “es algo históricamente creado mediante la interrelación dialéctica entre la biología, la sociedad humana y el entorno físico, una interrelación mediada por el trabajo humano o praxis” (Castells, 1996: 23). El enfoque feminista dentro de la corriente marxista consiste en señalar como las causas de la subordinación de las mujeres la combinación de dos factores: el capitalismo y el patriarcado. Alison M. Jaggar señala las inconsistencias de ignorar las diferencias sexuales entre hombres y mujeres para lograr un verdadero trato igualitario; pero también nos llama la atención de los peligros de caer en una concepción de igualdad “sensible al sexo”. Esta autora ejemplifica en una serie de casos que “los intentos de lograr la igualdad entre los sexos respondiendo a las diferencias percibidas entre hombres y mujeres parecen reforzar, probablemente, las diferencias existentes en lugar de reducirlas”. Incluso esta concepción de igualdad pudiera ignorar las propias diferencias *entre* mujeres, “separando a todas las mujeres en una única categoría

---

<sup>25</sup> Estas minorías o grupos “subalternos”, al parecer de Taylor, sustentan las políticas



homogénea y penalizando, posiblemente, a un grupo de ellas". (Jaggar, 1996:171)

Ante este enmarañado debate sobre la igualdad y la diferencia, la propuesta de las feministas marxistas y socialistas pudiera resumirse en las palabras de Alison M. Jaggar:

"... en lugar de asumir que todos los individuos deberían ser tratados por igual hasta que puedan identificarse fundamentos moralmente relevantes para una diferencia en el tratamiento, las teóricas feministas pueden cambiar la carga tradicional de la prueba moral asumiendo, hasta que las cosas se vean de otra forma, que los hombres y mujeres actuales raramente están situados de forma semejante".(1996:173)

En este sentido, la opresión y subordinación de las mujeres no será eliminada hasta que no se cambien las estructuras ideológicas bajo las que funcionan el patriarcado y el capitalismo; sólo modificando estas estructuras se crearían las condiciones para que se hable de la igualdad entre los sexos.

Retomando a Castells, la teoría feminista radical otorga relevancia política a la biología reproductiva humana, así también, da a la cultura y a la socialización un papel relevante al explicar la subordinación de las mujeres.

De esta manera, se argumenta que la opresión de las mujeres ha sido posible gracias al control de los cuerpos, la sexualidad y los procesos reproductivos de las mujeres:

"De ahí que las feministas radicales consideren que la opresión de las mujeres no puede erradicarse reformando las leyes y haciendo que hombres y mujeres compartan por igual las responsabilidades que antes se adjudicaban en función del sexo (como postulan las feministas liberales) ni compartiendo en pie de igualdad las instituciones políticas y económicas (como defienden las marxistas y socialistas), sino mediante una reconstrucción radical de la sexualidad. Esto explica que muchas de sus aportaciones pretendan identificar los aspectos de la construcción social de la feminidad que sirven para perpetuar la dominación masculina: la maternidad forzada y diversas formas de esclavitud sexual, incluyendo

---

feministas y multiculturalistas.

el acoso o la pornografía”. (Castells, 1996:24)

El debate entre las feministas aún continúa; sin embargo es importante resaltar que cada una de estas corrientes otorga a las mujeres elementos para transformar su identidad, además de alentar la participación activa de las mujeres dentro del debate político. La crítica a la dependencia perpetuada entre las mujeres recorre cualquiera de estas visiones, promoviendo en su lugar el empoderamiento de las personas en general y específicamente de las mujeres:

“El análisis de las desigualdades sistémicas –no sólo entre mujeres y hombres sino, más en general, entre los grupos sociales oprimidos y los dominantes- plantea importantes cuestiones sobre la necesidad de que las personas obtengan más poder, logren “apoderamiento”, no sólo en tanto que individuos sino también como miembros de grupos específicos” (Phillips 1996:96)

Por su parte, Susan Wolf en su comentario al texto de Taylor sostiene que no habría que partir de la necesidad de reconocer a las mujeres por su identidad cultural específica ya que ellas están presentes en todas las razas y clases sociales; tampoco habría que pensar en darles un trato distinto porque como grupo de sexo diferente se encuentren amenazadas por el riesgo de la aniquilación:

“El problema predominante para las mujeres como mujeres no es que el sector más numeroso o más poderoso de la comunidad sea indiferente o no se interese en conservar la identidad del sexo femenino, sino que esta identidad está puesta al servicio de la opresión y la explotación” (Wolf, 1993:110)

En este sentido, la política del reconocimiento debe partir de los siguientes supuestos:

“... en primer lugar (...) reconocer a las mujeres como individuos, con cerebro, intereses y talentos propios, que pueden estar más o menos inconformes o ser indiferentes a los roles que su sexo les ha asignado y, en segundo lugar, (...) reconocer los valores y las capacidades que participan en las actividades que tradicionalmente se asocian a las

mujeres, así como la forma en que la experiencia que han obtenido de esas actividades y la atención que les dedican puede aumentar en lugar de limitar sus propias capacidades intelectuales, artísticas y profesionales en otros contextos”. (Wolf, 1993:110)

De todo lo anterior se puede concluir que es difícil establecer características o conceptos terminados para una transición a la democracia. Joan Scott indaga en el uso político que se le ha dado al género para el análisis histórico; habla de la relación entre regímenes autoritarios y el control de las mujeres que existe para su permanencia y legitimidad; pero también señala las deficiencias que existen en los regímenes democráticos que han construido ideologías políticas con conceptos de género y las han traducido en el llamado Estado de bienestar; en este marco la mujer se ve siempre sometida y dependiente de las diversas instituciones que existen en las sociedades democráticas y su diferencia sexual la lleva a ocupar los estratos más bajos de las jerarquías formadas en este tipo de regímenes, “las estructuras jerárquicas cuentan con la comprensión generalizada de la llamada relación natural entre varón y mujer.” (Scott, 1996:299) En este mismo sentido la autora afirma:

“La propia alta política es un concepto de género, porque establece su crucial importancia y el poder público, las razones y el hecho de su superior autoridad, precisamente en que excluye a las mujeres de su ámbito. El género es una de las referencias recurrentes por las que se ha concebido, legitimado y criticado el poder político. Se refiere al significado de la oposición varón/mujer, pero también lo establece. Para reivindicar el poder político, la referencia debe parecer segura y estable, fuera de la construcción humana, parte del orden natural o divino. En esa vía, la oposición binaria y el proceso social de relaciones de género forman parte del significado del propio poder; cuestionar o alterar cualquiera de sus aspectos amenaza a la totalidad del sistema”. (Scott, 1996: 302)

Frente a la democracia, frente al lenguaje cerrado y reglamentado de la lucha política, las mujeres han acumulado una sabiduría, una experiencia inédita de la

“eficacia”, que se pueden leer claramente, en el texto de Scott: “en el juego de la dosificación, en la administración prudencial de los posicionamientos, han aprendido a jugar con todas las barajas; se han manifestado, secuencial o paralelamente, en cada uno de los puntos que conforman las dicotomías ordenadoras del campo: han sido y son, al mismo tiempo, participacionistas y liberales; universalistas y particularistas; intransigentes ahora respecto a la publicidad, ahora respecto a la privacidad, o a las dos cosas al mismo tiempo”. (Scott, 1996:302)

En el campo de la práctica democrática lo mejor es seguramente apoderarse de todas las estrategias, de todos los posicionamientos. Sacudirse, no dejarse encasillar, no permitir el sujetamiento, no comprometerse demasiado con unos caracteres, manifestarse a través de todas las identidades. Oscilar, diluirse, moverse inteligentemente. ¿Identidad o diferencia?, identidad nunca idéntica y diferencia siempre diferente.

Una vez hecha esta revisión de los elementos teóricos que, a nuestro parecer, deben ser considerados para hablar de una teoría política genérica, y bajo el entendido de que la salud reproductiva de las mujeres también es un tema de índole político y social, en el siguiente apartado se retoman algunos trabajos interdisciplinarios que se han dedicado a estudiar a la salud reproductiva con unidades de análisis propuestos por la perspectiva de género.

## 2.2. La perspectiva de género en la Salud Reproductiva

Bajo la perspectiva de género se puede entender que el cuerpo es una codificación de lo cultural, y el conocerlo nos permitirá romper con ciertas barreras culturales. Existen creencias, mitos o tabúes que imposibilitan este proceso de conocimiento y búsqueda, a saber, uno de los grandes “mitos” que está arraigado en nuestra sociedad, es el que gira alrededor de la maternidad.

Agustín López Austin afirma que la manipulación y control sobre las mujeres, en las antiguas sociedades prehispánicas se daba en mayor medida mediante los valores y significados atribuidos a los mecanismos de la reproducción social, vía la capacidad de la mujer para poder concebir. Así el autor observa que en los textos de los discursos y las amonestaciones se insiste constantemente en el valor de la reproducción de la especie humana y en la bendición que para todo hombre son los hijos, a los que se compara frecuentemente con plumas ricas y valiosas joyas. La reproducción se vinculaba a la necesidad que tenían los dioses de ser adorados, y se convertía así en una de las obligaciones del ser humano. (1989:343)

La exaltación de la procreación se ejemplifica cuando se habla de sociedades guerreras que denotaban una profunda preocupación por la densidad poblacional. En este sentido, tienen “lógica” las duras leyes contra el aborto en las cuales se establecía la pena de muerte tanto para el médico abortador como para la mujer que abortaba. Asimismo, también es comprensible el rechazo social a quienes practicaran el celibato porque ello atentaba contra la reproducción. La esterilidad era causal de divorcio, pero tal situación se imputaba con mayor frecuencia a la mujer, argumentando imprudencia en el trato de su cuerpo. Por tanto, el castigo divino para

la mujer que no tenía hijos era esencial: se creía que la mujer que moría sin tener hijos va a sufrir penalidades al otro mundo.

Pero en nuestros tiempos, en una sociedad como la nuestra donde precisamente existen problemas por los altos índices poblacionales, la exaltación de la procreación no resulta tan “lógica”. En este sentido, existen numerosos estudios que hablan de la maternidad pero como un elemento crucial para mantener la subordinación de la mujer.

Para Nancy Chodorow “el rol maternal tiene efectos profundos en la vida de las mujeres, en la ideología sobre las mujeres, en la reproducción de la masculinidad y la desigualdad sexual, y en la generación de formas precisas de poder laboral” (1985:26)

El nuevo discurso feminista no ve el problema en la maternidad en sí misma sino en los valores que se le atribuyen; es decir, si la maternidad es algo natural porque el cuerpo de la mujer está capacitado para la reproducción, el problema radica en los atributos que se le otorga a lo “natural”. Las mujeres, afirma Adrienne Rich en su artículo “Nacida de mujer”, han estado ligadas simplemente por naturaleza al aspecto pasivo, dócil e irracional de la personalidad humana. (1979:86)

De tal suerte en la sociedad se concibe que para que las mujeres puedan existir positivamente deben ser madres y procrear una y otra vez. Se tienen sólidas instituciones (la iglesia, la familia, el Estado) quienes la conforman para la maternidad.

Para lograr romper con este mito es necesario contemplar que, como dice Nancy Chodorow, “la maternidad no es instintual, es socialmente adquirido a través

de la socialización de la familia en primera instancia” (1985:29). También habremos de considerar que el ejercicio de la maternidad sí es exclusivo de la mujer porque ella es quien puede gestar y parir a un ser humano, pero también puede ser que, en los casos de hijos no deseados, se desliguen de ellos, cediendo la responsabilidad (a la abuela, al padre, a la hermana, a quien sea) de la crianza del niño; es decir, tan sólo ser la madre biológica. El concepto de maternazgo utilizado por Marta Lamas, marca la diferencia en la antigua creencia que la mujer es quien debe, por su condición natural, hacerse cargo de los hijos. Porque el maternazgo consiste en hacerse cargo de la educación del niño, ofrecerle el cariño que necesita, guiarlo emocionalmente, etc. por tanto el maternazgo no forzosamente lo desempeña la madre biológica.

En la medida en que la mujer ingresa al ámbito público las contradicciones del ejercicio de la maternidad se encierran en que un hijo puede representar un obstáculo para lograr sus metas de superación personal, académica y laboral; pero también puede encontrar en la maternidad su “realización como mujer”.

Dicha dicotomía está encerrada en el propio cuerpo de la mujer, porque en él se encuentra la capacidad de quitar (aborto) , dar (maternidad) o controlar (anticoncepción) vida. El dominio de esta capacidad traería consigo un poder que el hombre nunca podría tener; precisamente porque no tiene cuerpo de mujer.

Riane Eisler, en su libro “El cáliz y la espada”, dice que dicho poder pudo haber existido en algún momento de la historia y refiere que tal vez en el neolítico, entre las civilizaciones primitivas prepatriarcales; el poder de dar y quitar la vida de las mujeres era reconocido y venerado. De tal suerte que se habla de una civilización diferente “cuando dios era mujer”. Se dice que en aquel entonces se adjudicaba a la

mujer, a la gran madre, "... la creación del todo: de los cielos, los océanos, los vientos, las montañas, las selvas, bosques, desiertos, de la flora y la fauna y la dualidad humana masculina y femenina. Ella, la venerada, la diosa madre, alumbró los cielos y las estrellas desde su cuerpo acolchonado y generoso que simbolizó para todos la magia inexplicable de la vida". Era también, al mismo tiempo la diosa de la muerte, sólo ella reunía la capacidad de abortar todo lo creado y por ello era temida. El control que tenía sobre la vida y la muerte la investía del poder más alto. (1990:18-32)

Se dice entonces, que en aquellos tiempos, la imagen de las diosas prepatriarcales lograron transmitir a las mujeres la idea de que el poder, la conciencia y la posición central les pertenecía por naturaleza, y no en virtud de un privilegio o milagro: en el principio fue mujer. El hombre, en las primeras manifestaciones artísticas, aparece como un niño, a menudo pequeño y desválido, llevado en brazos en posición horizontal, sentado en la falda de la diosa o mamando. (Rich, 1983:95)

Según esta hipótesis en el transcurso del tiempo histórico, la ideología masculina derrotó a las sociedades de la gran madre, despojándolas de sus símbolos y su valor subyugando a las herederas de la creación primordial dentro de un orden donde la fuerza, la destrucción, la imposición y el autoritarismo constituyen las piedras angulares de su cosmovisión.

En el México antiguo, las comunidades del Padre lograron enterrar los remanentes de la Gran Madre en lo profundo de la tierra y del inconsciente. Con el despiadado desmembramiento de Coyolxauhqui por su hermano Huitzilopochtli, la diosa como la Cuatlicue no representa sino sólo dos facetas de la vida: el lado oscuro



de la luna, el terror y la muerte o, la maternidad, ya no como creadora sino como facilitadora de la deificación del otro. En la personificación de Cihuacoatl-Tonantzin y, más tarde, de la Virgen de Guadalupe, se manifiesta el tránsito desde las sociedades de la diosa madre a las de la madre de dios; de creadora erótica a paridora, despojada de su sexualidad; del principio de todo a observadora, apoyadora, nutridora y sufridora. (Maier, 1992)

Así, en nuestros tiempos se han minimizado y desvalorizado las capacidades de las mujeres; exaltando lo que el hombre puede hacer: su capacidad de dar muerte. En este sentido, Simone de Beauvoir dice “No es al dar la vida sino al arriesgar la muerte que el hombre se eleva por encima del animal... La superioridad ha sido asignada en la humanidad no al género que procrea sino al que mata” (1997:58)

Algunos de los recientes estudios de salud reproductiva contienen la perspectiva de género; éstos han sido propiciados por la incorporación de planteamientos originados en las ciencias sociales. Ello contrasta con la perspectiva biomédica sobre la denominada salud materno-infantil y con las políticas públicas que consideran principalmente a las mujeres como categorías poblacionales.

La salud de las mujeres ha sido durante muchos años una orientación central tanto a nivel teórico como metodológico. La identificación y explicación de diferencias en la salud de grupos de mujeres es una constante. Ello obedece, en parte, a la necesidad de mostrar la heterogeneidad de los problemas de salud de las mujeres y, por tanto, de hablar de la salud de la mujer en plural, enfatizando su carácter diverso y multimodal.

Implícita o explícitamente se reconoció la importancia de los contextos sociales como determinantes de la salud de las mujeres. Aunado a su interpretación en función de diversos factores culturales, económicos, políticos e ideológicos (clase social, ocupación, grupos de edad, regiones, doble jornada y pertenencia a grupos étnicos entre otros) se fueron multiplicando rápidamente las temáticas sanitarias, abriendo nuevas perspectivas y discutiendo aspectos de la salud escasamente tratados y, podría decirse, prácticamente marginados.

El estudio de la salud de las mujeres, que se había concentrado principalmente en el campo de la ginecología y la reproducción humana, empieza a formar parte, de manera más amplia, del campo de conocimiento de las ciencias sociales. De tal suerte, se empezó a impulsar un vasto terreno de estudios no únicamente sobre la salud reproductiva sino sobre diversos aspectos de la salud. Una de las propuestas fue abordar la articulación de la reproducción y la sexualidad como una unidad indisoluble que incluye tanto los aspectos de la biología, como de la cultura.

En este marco la relación salud y género implicará una serie de aspectos socioculturales, económicos y políticos, rebasando así el marco de la reproducción biológica. En ese sentido este campo de la salud femenina se ha ampliado y reformulado, diversificándose las temáticas y los abordajes sobre cuerpo e identidad, educación y participación popular, salud mental, trabajo, nutrición y ecología, entre otros.

En este contexto, la discusión teórica y las evidencias empíricas sobre la salud de las mujeres han sido un referente obligatorio y un marco propicio para la

incorporación de nuevos planteamientos conceptuales. Tal es el caso de la perspectiva de “género”, que ofrece alternativas para contribuir a la explicación de los problemas de salud de las mujeres, y que en el ámbito de la salud requiere un desarrollo particular.

Esta perspectiva es compleja pues implica la interdisciplina; en este sentido la incorporación del género bajo esta óptica ha permitido abordar, más no resolver, los niveles de complejidad que se conforman entre lo masculino y lo femenino.

Muchas discusiones y debates se han dado en torno de la categoría género. Para entender cómo ha sido utilizado “género”, vamos a exponer algunos de sus usos. En términos instrumentales, “género” tiene varias advocaciones. Como instrumento analítico, como enfoque aplicativo en la planificación, como componente de las intervenciones estatales a través de la formulación de políticas. También es factible utilizar un enfoque de género en el ámbito de la capacitación y del desarrollo organizacional (García Prince, 1992)

Nuestro interés es destacar el uso de “género” como categoría, pues hay distintas posiciones que están discutiendo varios aspectos, entre ellos si es una categoría analítica que nos permita aproximarnos al estudio de la relación social entre las diversas expresiones de género que coexisten en una sociedad como la mexicana.

Es muy amplio el estudio de los sujetos masculinos y femeninos. En nuestra opinión, se caracteriza por tener dos dimensiones principales: una que implica el terreno de la “praxis”, como eje rector de la relación, debido a que, en términos reales, constituye una relación social con implicaciones diferentes para cada uno de

los géneros, lo que ha generado situaciones de desigualdad social. Otra dimensión es teórica pues supone conceptualizar esta relación social a partir de su ubicación en una estructura sexual históricamente determinada, esto es, en una estructura de relaciones y significaciones donde lo femenino y lo masculino han tenido algunos cambios a lo largo de la historia.

E. Muñiz (1993) sostiene que la investigación acerca del género se debe considerar en dos de sus aspectos fundamentales: como una relación social y como construcción cultural desde su dimensión simbólica y material. A esta propuesta, como mencionamos en el párrafo anterior, cabe agregar el nivel de teorización de esta relación social y de su construcción cultural.

El género es considerado como una categoría relacional (Scott, J., 1996). En este sentido las relaciones de género son complejas, porque son a la vez expresión de lo masculino/femenino y del intercambio de ambas expresiones a veces entremezcladas y enfrentadas.

Según Benería y Roldán el género es “una red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian al hombre de la mujer mediante un proceso de construcción social que tiene una serie de aspectos distintivos”. Es histórico e implica gradación de actividades y rasgos, cuyo más alto valor está relacionado con el varón. En este sentido hay un sistema de jerarquías. La construcción asimétrica y estructurada genera privilegios y dominación masculina y subordinación femenina (Benería y Roldán, 1992:24)

Estos planteamientos nos hacen pensar en la necesidad de discutir la

formulación de los procesos socioculturales en torno a los roles sexuales, a las asignaciones valorativas de la feminidad/masculinidad, a los atributos adjudicados a la mujer y al hombre en los ámbitos institucionales, cualquiera que éstos sean (laborales, familiares, educativos), fundamentados en la diferencia sexual pero que se traducen en desigualdades sociales.

Género coloca como eje central de análisis la dimensión de la relación intergenérica, esto es, la forma y el cómo me defino y construyo mi pensamiento y mis prácticas en función de mi opuesto. Los mecanismos a través de los cuales adquiero identidad como género que se transforman en acciones cotidianas que benefician el desarrollo humano o pueden contribuir al deterioro del mismo. Género es una relación social y una construcción sociocultural.

Hablar de género nos remite necesariamente a la discusión de las distintas vertientes teóricas que hacen referencia a la misma. Entre ellas se encuentran algunas teorías feministas que surgieron de los planteamientos radicales, y que enfatizaron el sistema de dominación universal de la mujer por el hombre a través del control de la capacidad reproductiva y de la sexualidad de la mujer.

Esta idea alimentó por mucho tiempo la discusión sobre naturaleza y cultura, pues la supuesta “inferioridad femenina”, basada principalmente en argumentos biológicos, y la “esencia femenina”, centrada en la maternidad, fueron duramente atacadas por las corrientes culturalistas. Esto planteó el cuestionamiento de la determinación biológica y la definición de posiciones, que a veces se colocaban en el otro extremo, desconociendo o minimizando estos determinantes biológicos. Esto fue más tarde repensado por otras teorías feministas que impulsaron el abordaje de las

diferencias, lo que conformó otro marco de debate. El feminismo en los ochenta y noventa ha planteado a las teóricas una transformación en su especificidad: el reconocimiento de la diferencia y de las particularidades en la construcción de las subjetividades y de las identidades. Esto es también producto del contexto de la postmodernidad. De ahí la influencia tan fuerte que tuvieron las teorías de la postmodernidad en el feminismo de la diferencia (Alcoff, 1989; Flax, 1990)

Uno de los debates que plantea Marta Lamas (1986) se centra en lo que significan las diferencias sexuales y el resto de las diferencias culturales. Ella afirma que “no es posible comparar o igualar el carácter estructurante de la diferencia sexual para la vida psíquica y la identidad del sujeto con las demás diferencias (de clase, de etnia, etc.)”. (Lamas, 1996:18). Las diferencias de orden cultural varían pero la diferencia sexual es una constante universal. Esta supuesta universalidad de la diferencia sexual ha generado también muchas discusiones, sobre todo a partir del texto de Nancy Chodorow, quien ejemplifica que no se puede hacer de lo social un factor determinante de lo psíquico, aunque no hay que renunciar a transformar lo social (Chodorow, 1985).

De ahí se desprende un punto muy polémico: cómo abordar desde lo social un campo interdisciplinario donde “lo subjetivo” se encuentra imbricado en una realidad social y en una realidad psíquica. Debate desde los años setenta, éste llevó a las feministas a posiciones que planteaban la fusión entre feminismo y psicoanálisis. Todavía hasta los noventa se mantiene esta discusión con algunos matices, pues se han incorporado otros esquemas teóricos de las ciencias sociales y del psicoanálisis que también abordan la subjetividad y la conformación de las

identidades.

Construir una teoría que conjunte ambos aspectos (lo social y lo psíquico) es el reto en la interdisciplinariedad de los estudios de género. En este sentido, la discusión respecto a la identidad y la subjetividad constituye un espacio de investigación que implica abordar la complejidad y variedad de las articulaciones entre sexo, género y diferencia sexual. La identidad conduce a la subjetividad y el deseo. Para ello, se sugiere considerar los aportes del psicoanálisis cuando se plantea la existencia de una realidad psíquica (Lamas, 1996).

Pero en la perspectiva de lo social ¿cuál es nuestra realidad?. Evidentemente la que se manifiesta en el plano de la vida económica, cultural, política, ideológica, etc., pero que está permeada por la realidad psíquica. Esos espacios (sociales, psíquicos, biológicos) de producción y reproducción simbólica y material de la sexualidad, que generan subjetividades e identidades socioculturales, están siendo recientemente explorados.

En este contexto, existe la propuesta de una reflexión feminista sobre el significado de los conflictos ligados a la experiencia humana; forzar el reconocimiento del carácter diverso e inesperado de la organización de las diferencias sexuales, y describir cómo opera la simbolización de la diferencia sexual en las prácticas, discursos y representaciones culturales (Adams, 1992). Lamas invoca una postura ética del feminismo: “De ahí que el uso de las categorías que analizan al sujeto, la experiencia humana y la moralidad, cobren tanta importancia y tengan implicaciones más allá de la teoría”, para desentrañar los significados de la cultura en que vivimos (Lamas, 1996:53)

La importancia de lo “simbólico” en la perspectiva de género, también ha propiciado un abordaje particular. J. Scott considera metodológicamente el género como un “elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes” (Scott, 1996). Esto comprende cuatro elementos interrelacionados: 1) símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples; 2) conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos; 3) nociones políticas y referencias a las instituciones y organizaciones sociales; 4) identidad subjetiva. Bajo estas características, se puede entender que el género se implica en la concepción y construcción del propio poder. En este sentido “no es la sexualidad lo que obsesiona a la sociedad, sino la sociedad la que obsesiona la sexualidad del cuerpo”.<sup>26</sup>

Recientemente se ha dado mayor auge a esta interrelación, incluso algunos organismos mundiales de salud tienen contemplada en sus programas y proyectos la perspectiva de género. Asimismo varias instituciones académicas ya consideran la construcción de género entre sus proyectos y planes de estudio.

Ahora bien, el concepto de salud reproductiva contempla a la reproducción en un marco más amplio que el institucional de la familia, para ubicarla a lo largo de toda la vida de las personas. Se reconoce que las posibilidades y necesidades de reproducción humana se encuentran, principalmente en el contexto de la familia, pero también, que recorren muchos otros espacios y etapa. El conceptualizar a la reproducción no como un hecho sino como un proceso, plantea que la posibilidad de lograr una reproducción sana en determinado momento de la vida, nos refiera a fases

---

<sup>26</sup> Godelier citada por Scott, 1996:276



previas de preparación, acondicionamiento, y educación, así como a etapas posteriores para garantizar el cuidado de los órganos reproductivos.

Hace ya más de dos décadas que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que la salud es mucho más que la ausencia de enfermedad: que es el estado de bienestar de las tres esferas, social, psíquica y biológica. Incorporar este sentido amplio de salud ha sido y es una tarea difícil; sin embargo la salud de las mujeres encierra una faceta alentadora:

“desde hace décadas y cada vez con más fuerza, se ha convertido en una reivindicación política que plantea soluciones. El avance de concepciones y movimientos feministas ha permitido la expansión de una conciencia transformadora del malestar, la enfermedad y los sucesos inmanejables del cuerpo y de la subjetividad (desde los embarazos hasta las depresiones). Esta visión coexiste en franca pugna con ideologías que significan estos hechos como irremediables, naturales, debidos al destino, la mala suerte o el castigo divino. Tal concepción se enfrenta también a una restrictiva visión médica de la salud: ésta se funda en una ideología biologicista y patologista de corte decimonónico, y no en el análisis de la multideterminación histórica (biológica, social, económica, jurídica, política y cultural) de la génesis y la construcción de la salud y de la enfermedad”.  
(Lagarde, 1997:19)

La salud es global. No podemos separar lo social de lo biológico, pero el planteamiento subyacente al concepto integral de la salud de que como seres humanos somos una persona completa se ha ido parcializando cada vez más, sobre todo, en el desarrollo del conocimiento para la búsqueda de la cura de las enfermedades. Lo más preocupante de esta fragmentación y super especialización es que hace más difícil volver a integrar los conceptos físicos, psíquicos y sociales en una concepción global de salud.

El concepto de salud reproductiva al ampliar precisamente la propuesta

anterior, contribuye a la recuperación de esa totalidad para entender cabalmente a la población, a la vez que brindar alternativas múltiples para hacerlo.

Recuperar el concepto de salud reproductiva implica reconocer un proceso en donde las mujeres, libres de toda coacción y con información objetiva y completa, puedan decidir responsablemente sobre su propio cuerpo en todas y cada una de las etapas de su proceso reproductivo.

El concepto de salud reproductiva obliga a cuestionar el de planificación familiar así como a ofrecer estrategias para quienes no tienen como punto de referencia a la familia. En ese sentido, es clave adentrarse en su comprensión y analizar cómo abarca a hombres y mujeres, en las diferentes etapas de la vida.

“El concepto de salud reproductiva, al rebasar el de planificación familiar, demanda observar y analizar todas las prácticas o conductas que inciden en la reproducción para darle su perspectiva integral. Por un lado, nos lleva a reconocer que si el proceso reproductivo es mucho más extenso de como lo habíamos estado visualizando, proveer servicios para regular la fecundidad es insuficiente y que resulta indispensable desarrollar una estrategia de prevención. Y por el otro, obliga a ser conscientes de que después de la etapa reproductiva los órganos reproductores continúan un determinado funcionamiento, que también es necesario atender para proteger una buena salud”. (Careaga; 1996:11)

Ahora bien, ¿de qué manera este modelo de la toma de decisiones personales interactivo e inmerso en lo social se aplica al entorno de los derechos sexuales y reproductivos?. Datos cualitativos a lo largo de una variedad de contextos culturales e históricos sugieren que el grado en el que las decisiones reproductivas y sexuales son “libres” dista de poder clasificarse fácilmente; además, cualquiera que sea el significado de “libre” o “voluntario”, ello no es sinónimo de aislamiento o

individualismo. En cada caso concreto debemos ponderar la multiplicidad de factores sociales, económicos y culturales que inciden sobre las decisiones de la mujer y que le dan forma a su significado concreto.

Para que las decisiones reproductivas sean “libres” en un sentido real, más que contraindicadas por las circunstancias o la desesperación, se requiere de la presencia de ciertas condiciones de posibilidad. Dichas condiciones constituyen los fundamentos de los derechos reproductivos y sexuales, y son a lo que las feministas se refieren cuando hablan del “empoderamiento” de las mujeres. Incluyen factores materiales e infraestructurales tales como transporte confiable, cuidado de los hijos, subsidios financieros o apoyos para los ingresos, así como servicios de salud integrales que sean accesibles, humanos y bien provistos de personal. Dichas condiciones también incluyen factores culturales y políticos tales como el acceso a la educación y a los ingresos, la autoestima y los mecanismos para la toma de decisiones. Cuando las mujeres no tienen escolaridad, capacitación o estatus más allá del que se deriva de tener hijos varones, la crianza puede seguir siendo su mejor opción.

Los derechos suponen no únicamente libertades personales (dominios en donde los gobiernos deben dejar que las personas obren por sí mismas) sino también procesos de entitamiento social (dominios donde la acción afirmativa de carácter público se requiere para asegurar que los derechos sean alcanzables por todo el mundo). Por tanto, implican necesariamente responsabilidades públicas y un renovado énfasis en las relaciones entre el bienestar personal y el bien común, incluyendo el bien del apoyo público para lograr la igualdad de los géneros.

## CAPÍTULO III

### **ALCANCES Y LIMITACIONES DE LAS POLÍTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO. UNA COMPARACIÓN DE PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA.**

Tomando en cuenta que las Conferencias de El Cairo y Beijing centran su interés en el desarrollo de las naciones a través del bienestar de la población poniendo especial énfasis en elevar la calidad de vida de las mujeres, se han seleccionado aquellos programas en donde se puedan detectar con mayor precisión los alcances, limitaciones y omisiones que se hayan hecho de estos acuerdos y que se vean reflejados en las actuales políticas de salud reproductiva en México.

Los programas que aquí se analizan se inscriben en el marco de las políticas públicas que orientan las metas sociopolíticas y económicas de nuestro país, como por ejemplo el Plan Nacional de Desarrollo o el Programa de Reforma del Sector Salud, de tal suerte que en algunos momentos se hace referencia a ellos para contextualizar las observaciones.

El diagnóstico de cada documento se presenta de manera independiente; sin embargo son relacionales porque el criterio de selección de estos programas fue el que resultarán comparables entre sí, ello con la intención de poder detectar los cambios sustanciales del diseño de las políticas de salud reproductiva en el contexto de las recomendaciones internacionales. En este sentido se retoman los programas de población y planificación familiar del sexenio anterior y los actuales programas que tienen que ver con la salud reproductiva.

Es importante señalar que los ejes temáticos que se tomaron en cuenta para la lectura y el análisis de los documentos fueron aquellos que han sido destacados a partir de los acuerdos internacionales de El Cairo y Beijing y que ya han sido discutidos teóricamente en el capítulo anterior, a saber, la salud de las mujeres; la perspectiva de género y los derechos reproductivos.

### **3.1 PROGRAMA NACIONAL DE POBLACIÓN 1989-1994**

El Programa Nacional de Población 1989-1994 se incorpora como un programa especial en el marco del Plan Nacional de Desarrollo. Ello convierte al Programa en un instrumento de observancia obligatoria para las dependencias de la Administración Pública Federal, en sus respectivos ámbitos de competencia. Establece también que las dependencias y entidades responsables de la ejecución del Programa Nacional de Población, incluyeran dentro de sus programas anuales los aspectos correspondientes a las acciones en población que establece el Programa, y se formularían anteproyectos de presupuesto para financiar en lo particular esas actividades.

Este documento se presenta en tres grandes rubros. El primero se refiere al marco general de la política de población. En el segundo apartado se da un diagnóstico de la situación y perspectivas demográfica; aquí se establece alcanzar una tasa de crecimiento demográfico del 1.0% para el año 2000, para ello se menciona la necesidad de lograr una tasa de fecundidad global de 2.8 hijos por mujer en 1994 y de 2.4 para finales del milenio.

La característica que presenta este Programa es que al interés de reducir el

crecimiento poblacional, se añadieron estrategias y líneas de acción que contemplen un enfoque regional. Se reconocen las desigualdades que presentan la fecundidad y las mortalidad entre unos y otros grupos de la población. En este sentido se establecen los esfuerzos, encaminados a ampliar la cobertura de los servicios de planificación familiar.

En el Programa Nacional de Población 1989-1994, el subprograma de planificación familiar aparece en un tercer sitio, encabezando los llamados subprogramas específicos que se desarrollan a partir de los postulados centrales de la relación entre población y desarrollo, por una parte, y de aquellos que explican la regulación de la dinámica, estructura y distribución de la población, por la otra.

Este hecho, el tratar de quitarle un peso central a la planificación familiar e insertarlo como un elemento más, necesario para el desarrollo de la población (familia y población; participación de la mujer; población indígena; educación en población; desarrollo del conocimiento y la información en materia de población; y fortalecimiento de la descentralización de la política), se podría interpretar como una tendencia de dejar de pensar en la anticoncepción como la única vía para reducir la fecundidad y con ello el crecimiento de la población, para dar paso a otras necesidades que estuvieron relegadas a un plano muy secundario: disminución de la mortalidad en edades y grupos específicos; modelos efectivos de redistribución de la población, por sólo mencionar dos de ellas.

Sin embargo, un balance general acerca de las acciones emprendidas y descritas en el propio Programa, demuestra una acentuada tendencia dirigida hacia la regulación del crecimiento natural de la población por medio de una reducción de

la fecundidad. Si relacionamos las acciones (difundir la planificación familiar y regular la fecundidad de las mujeres a través de métodos anticonceptivos) con el objetivo de los programas (promover un menor ritmo de crecimiento demográfico a través de un descenso en la fecundidad), nos encontramos con la premisa sustantiva que se presenta a lo largo del documento: la limitación racional del crecimiento de la población impactará favorablemente al desarrollo nacional, aumentando las condiciones de bienestar de los mexicanos. En este sentido, se sigue pensando en la validez de esta relación causal; es decir, se establece que a partir de la reducción poblacional se elevará la calidad de vida de las personas incluyendo su salud. Se olvida que existen otros factores que impiden el desarrollo equitativo de la población por ejemplo, el desarrollo económico, la distribución de la riqueza y por supuesto, la condición marginada de grupos y sectores, como es el caso de las mujeres, que impiden cumplir con el objetivo general del Programa, a saber: “contribuir a elevar el bienestar y la calidad de vida de todos los mexicanos, a través de incidir en la dinámica, estructura y distribución de la población, en el marco del respeto pleno a los derechos humanos y en atención, tanto a las características de los grupos sociales que la conforman, como a las particularidades de las diversas regiones del país”.

En cuanto al bienestar de la mujer, lo único que se menciona es el fomento de su participación en condiciones de igualdad con el varón. Es sólo en medida y comparación a él que se concibe un mayor nivel de bienestar individual, familiar y comunitario.

En cuanto a la planificación familiar se menciona la necesidad de “inducir un

cambio más significativo en la actitud y participación masculina”; no obstante, en el diagnóstico jamás se mencionan los “cambios” en la actitud y la participación que supuestamente ya han tenido lugar. Tampoco se menciona cuáles son las condiciones necesarias para lograr un cambio de valores, ni la importancia de concientizar a la población masculina de asumir sus derechos y responsabilidades, ya ni siquiera en la salud reproductiva, sino tan solo en la planificación familiar.

A pesar de que el Programa Nacional de Población 1989-1994 reconoce que “el éxito de las acciones de planificación familiar, en términos de contribuir al descenso de la fecundidad, en contra de lo que se esperaba, no siempre se ha traducido en un mayor bienestar de los estratos sociales que más lo requiere...”, y de asegurar que se necesita abordar la planificación familiar desde un punto de vista más integral y cualitativo, ello sólo queda en el papel porque no existe ningún indicador, líneas de acción o estrategias que nos permitan pensar que este Programa abrió las puertas hacia este objetivo.



### 3.2 PROGRAMA NACIONAL DE POBLACIÓN 1995-2000

La Ley General de Población sienta las bases para “regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que participe justa y equitativamente en los beneficios del desarrollo económico y social”. Sustentado en esta ley, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) a través del Programa Nacional de Población 1995-2000, es el órgano coordinador de las acciones que realicen otras instituciones en esta materia.

Este Programa contiene una visión integral de la situación demográfica. Indica la importancia de los cambios estructurales en la modificación del comportamiento reproductivo de los distintos grupos sociales. Asienta que mientras no existan condiciones económicas adecuadas; mayores niveles de educación, de equidad entre los géneros y de atención a los grupos indígenas es difícil cubrir las metas demográficas que ahí están planteadas. Sin embargo, aún concede un lugar central a las metas de crecimiento de la población. Este hecho merece atención porque puede ser la razón de que muchos de los planteamientos del programa y de los acuerdos que suscribió México en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo se queden en el discurso.

De acuerdo con el Plan de Acción, los gobiernos deberán promover el derecho fundamental a la salud y asegurar que las personas puedan ejercer su derecho a un servicio amplio de salud sexual y reproductiva. Se subraya el compromiso de promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las

personas; de ofrecer la capacitación del personal para que ofrezca información accesible, completa y exacta sobre las diversas opciones médicas y los diferentes métodos de planificación familiar. Se señala la necesidad de mejorar la calidad de la atención, procurando que participen en el diseño del servicio a través de sistemas de evaluación que indiquen, por medio de encuestas, las expectativas que tienen las usuarias.

Todos los aspectos están dirigidos a desarrollar en la estructura médica institucional las condiciones para el ejercicio de los derechos reproductivos. No obstante existen dos factores sobre los que se debe reflexionar: el primero es de orden macro social y rebasa el ámbito de competencia del sector médico; hace referencia a la estructura sociocultural de los distintos grupos sociales y de género que conduce a valoraciones sociales distintas de la sexualidad, la reproducción y el manejo del cuerpo.

Por otra parte, a nivel del espacio médico existen problemas presupuestales, de organización y de cultura que delimitan un modus vivendi institucional en donde privan relaciones verticales, asimétricas, cuya expectativa es siempre la respuesta pasiva de las usuarias.

En las condiciones económicas actuales, no se debería de colocar en el mismo plano las metas demográficas y el cambio de la cultura demográfica en favor de la baja de las tasas de fecundidad. ¿Cómo pensar que la instrumentación de las políticas de población se hará con apego al consentimiento informado y al respeto de los derechos reproductivos de la población, sin cambiar las condiciones económicas, sociales y de género?

En la esfera médica se tiene un proyecto en marcha para llevar servicios de regulación de la fecundidad al mayor número de usuarias. El problema es que la dimensión de las metas, las limitaciones de operación del sector, y el deseo de no regular su fecundidad de amplios sectores de la población (considerados como demanda insatisfecha en el Programa Nacional de Población) obliga al sector médico y paramédico a utilizar medios que se contraponen al artículo 4o. constitucional y por tanto, al libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

A este nivel también se debe considerar que las mismas condiciones estructurales son un freno a los programas de capacitación para que el personal médico y paramédico ofrezca un trato a las usuarias(os) conforme al consentimiento informado, los derechos reproductivos y la perspectiva de género. En el Programa Nacional de Población está implícito el modelo de la transición demográfica que funcionó en los países europeos (donde no hubo necesidad de Programas de Planificación Familiar); sin embargo, en México tenemos un contexto socioeconómico distinto que no ofrece los mismos estímulos para modificar la tasa de fecundidad, entonces este hecho obliga a las instituciones encargadas de impulsar la oferta masiva de material anticonceptivo, a realizar campañas sistemáticas en los medios masivos de comunicación y a la imposición de métodos anticonceptivos.

La puesta en práctica de las políticas de población tiene dos fundamentos: por un lado, la optimización de la infraestructura médica disponible para captar a un margen importante de población en edad reproductiva (hombres y mujeres de 15 a 49 años) que acuden a los servicios de salud reproductiva; y por otro, en el espacio social más amplio es necesario difundir modelos reproductivos y de vida que suponen

modificaciones sociales importantes.

A pesar de que se reconoce la necesidad de realizar transformaciones estructurales, en el centro de la política de población está la regulación de la fecundidad. Se relaciona la salud reproductiva con factores económicos y de bienestar social, porque la sola distribución de material anticonceptivo no es suficiente; se requieren cambios en la condición social de la mujer y la organización familiar para modificar los patrones reproductivos.

En este sentido está la propuesta de la política de población de afectar la nupcialidad y la natalidad retrasando la edad del matrimonio y del nacimiento del primer hijo. Por diversos factores estos eventos suceden a temprana edad en las zonas rurales y urbanas marginadas. En estos espacios, conducir el desarrollo de los hechos de manera diferente plantea cambios estructurales que la política de población no está en capacidad de realizar por sí misma, ya que entran en juego factores de mayor complejidad.

A lo largo del documento se hace mención de los derechos reproductivos; sin embargo, cuando se habla de aborto y de los daños a la salud que ocasiona, se propone la extensión de los servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar y el fomento de programas integrales de educación sexual. Sin duda, éste es un elemento importante para bajar las tasas de morbi-mortalidad causada por aborto, pero el embarazo no deseado abarca otros aspectos que rebasan el ámbito de las instituciones de salud, por ejemplo, la violación, la falla de métodos anticonceptivos, las barreras culturales, etc.

El Programa Nacional de Población podría ser el instrumento para realizar una

política de población con miras a una transformación de la cultura demográfica, pero hay que tener presente que en este hecho se encierra un gran contenido porque estamos hablando de transformar factores estructurales que significan condiciones sociales y económicas de mayor equidad para las mujeres.

El hecho de que el programa esté fundamentado en el análisis de los procesos demográficos y en los acuerdos suscritos en el Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, significa que las organizaciones interesadas en la salud reproductiva tienen la posibilidad de vigilar su cumplimiento y aplicación, así como ampliar el espacio de intervención para buscar que los apoyos vayan más allá de la regulación de la fecundidad.

### 3.3 PROGRAMA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR 1990-1994

Las actividades de este programa estuvieron encaminadas al cumplimiento de tres objetivos generales, tomando como referencia el Programa Nacional de Población 1989-1994 así como al Programa Nacional de Salud 1990-1994:

- a) “Coadyuvar al mejoramiento de la salud de la población, especialmente de la materna infantil.” Es decir, la salud de las mujeres se seguía viendo estrechamente relacionada en el binomio madre-hijo. Las acciones estaban dirigidas por tanto, únicamente a las mujeres unidas y en edad reproductiva. El programa no habla, de ninguna manera, de un enfoque de la salud de la población de manera integral; ejemplificando, la atención a los problemas del climaterio no son tomados en cuenta.
- b) “Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad.” Es evidente, a lo largo del documento, que este objetivo regía de manera fundamental las políticas de planificación familiar. Cada uno de los objetivos específicos enunciados en el Programa se encaminan a controlar la reproducción de las mujeres, sin explicitar cómo se consideran las necesidades, complicaciones u opinión de las usuarias. Ello se contrapone a la supuesta máxima de donde parte el Programa: “considerando siempre en primer término el respeto absoluto a la dignidad y a la decisión libre de las parejas”.
- c) “Ayudar a reducir la frecuencia de los embarazos no deseados, previniendo así los problemas asociados, como es la incidencia del aborto.” Este objetivo está

estrechamente relacionado con el anterior. Los embarazos no deseados representan un problema en las tasas de fecundidad, por ello la necesidad de “educar” a los jóvenes y a la población en general para que adquieran “una actitud más responsable hacia la sexualidad”. Por otro lado, el aborto se considera un problema derivado del mal uso de métodos anticonceptivos; por supuesto no se consideran otros aspectos como la falla de éstos, las barreras culturales o los efectos nocivos. Se pretendía eliminar el problema del aborto solamente mediante el uso de métodos anticonceptivos sin considerar los diversos aspectos que se relacionan con este problema de salud pública, ni trazar estrategias concretas para atenderlo.

En el conjunto de los anteriores objetivos es evidente la omisión del varón. A pesar de que uno de los objetivos específicos contempla promover la participación de éste en el programa, jamás se delinean las estrategias para llevarlo a cabo, ni siquiera hay una idea que nos permita saber de qué manera sería fomentada esta participación. Además, no se habla de la reproducción de los hombres.

Es necesario reconocer sin embargo, que por primera vez, este programa además de plantear estrategias nacionales también lo hace a nivel estatal. Un elemento adicional es que sus estrategias las dirige a grupos específicos (adolescentes, población rural e indígenas) y pone especial énfasis en la estrategia educativa.

En el documento se habla de una vinculación entre la anticoncepción y la salud reproductiva; pero ni siquiera existe una breve descripción de lo que se entiende por este concepto, a pesar de que al final del documento se presenta un glosario de términos utilizados en el diseño del programa. Y ni de qué hablar de la

perspectiva de género, ésta no se menciona ni siquiera como discurso.

Las políticas del Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994, se centran en la disposición, cobertura, información de los métodos anticonceptivos para reducir la fecundidad de la población. La práctica anticonceptiva tiene la finalidad del control natal y no toma en cuenta los derechos ni el desarrollo de las personas. Aún cuando todo el programa está dirigido al uso de métodos anticonceptivos, no se propicia el uso del preservativo como un método que evita las enfermedades de transmisión sexual, o de otros métodos que estimulan la interacción de las parejas.

Los indicadores de evaluación, responden a los objetivos del programa: práctica anticonceptiva; cuantificar la relación que tiene el programa con la prevención del aborto; grado de información de la población con respecto a los métodos anticonceptivos; y la calidad de la prestación de los servicios, la cual se mide a través del número de pacientes a las que se logra implantar algún tipo de método anticonceptivo. En este sentido, fueron siete los principales indicadores, todos por entidad federativa, para evaluar el grado de avance del programa:

- 1.- logro de nuevas aceptantes
- 2.- usuarios activos: meta institucional, logro y porcentaje
- 3.- usuarios activos: distribución por método anticonceptivo
- 4.- consultas de primera vez y subsecuentes
- 5.- intervenciones quirúrgicas de planificación familiar (único indicador que se presenta desglosado por ambos sexos)
- 6.- población adscrita a la institución y mujeres en edad fértil
- 7.- número de centros de atención en los que se presta el servicio de planificación



familiar

Como se observa, estos indicadores dan una imagen muy limitada de la situación de la salud poblacional, nada nos dicen de la situación de salud de las mujeres en sus diferentes etapas reproductivas. No hablan de la morbi-mortalidad materna ni de la forma de contrarrestarla; no hay nada que nos haga pensar que el varón está considerado en el diseño del programa; no existen indicadores que consideren los derechos y responsabilidades de los usuarios; ni tampoco aquellos que den cuenta del trabajo que realizan los prestadores de servicios.

El Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994 fue un instrumento acorde a las políticas de población, basadas en el control de la fecundidad. Será notable la diferencia en el documento diseñado para 1995-2000 en esta materia después de que se alcanzaron los acuerdos de El Cairo y Beijing.

### 3.4 PROGRAMA NACIONAL DE LA MUJER 1995-2000

El Programa consta de cinco capítulos y anexos. El primero describe la situación de la mujer en México en términos de su composición demográfica, nivel de educación, salud, participación económica, familia, violencia e imagen en los medios masivos de comunicación. En el segundo capítulo se plantean los principales retos del programa. Se asienta la necesidad de mejorar las oportunidades de educación para las mujeres; garantizar el acceso a los servicios de salud; fortalecer su capacidad y promover su participación en todos los niveles y ámbitos de decisión; defender y proteger sus derechos; prevenir y eliminar la violencia; combatir la pobreza que aqueja a las mujeres; proteger los derechos de las trabajadoras; apoyar el desarrollo de micro y pequeñas empresas dirigidas por mujeres y propiciar una distribución más equitativa de las tareas y responsabilidades domésticas y extradomésticas entre hombres y mujeres, entre otros.

En el apartado tercero se definen los objetivos y el cuarto menciona las estrategias que se deberán instrumentar para el logro de éstos. Se menciona que es necesario incorporar la perspectiva de género en el proceso legislativo, en el diseño y la ejecución de dichas políticas.

A pesar de que la perspectiva de género se menciona a lo largo del documento, se observa un vacío, una falta de definición de lo que se entiende por perspectiva de género. Se habla de concertación y coordinación de las instituciones gubernamentales, del sector social y académico, y de los organismos no

gubernamentales para realizar acciones conjuntas encaminadas a promover el avance de la mujer, pero no se señalan proyectos específicos, lo que provoca que un conjunto de elementos importantes queden sueltos en los documentos sin tener posibilidades claras de concreción.

Otra de las estrategias es profundizar en el federalismo a través de acciones que atiendan las condiciones, necesidades y demandas de las distintas regiones y entidades federativas del país. Una estrategia novedosa es la propuesta de revisar de manera permanente los códigos, leyes y reglamentos que puedan contener discriminación por cuestiones de género. En este sentido, un aspecto importante son las modificaciones legislativas que podrían avalar las propuestas generadas por los distintos programas; de lo contrario, al no tener sustento jurídico, dichas propuestas corren el riesgo de desaparecer con el término del sexenio.

Quizá el mayor aporte del Programa Nacional de la Mujer sea el reconocimiento oficial de la situación de subordinación que vive la mujer en diferentes espacios, porque abre la posibilidad de que las organizaciones de mujeres realicen programas de trabajo que están enunciados en el programa, pero no están especificados. En este sentido, el programa puede ser un aval para diseñar acciones y propuestas, y para exigir el apoyo institucional en el desarrollo de las mismas. El último capítulo contiene las nueve líneas programáticas del programa: educación; cuidado de la salud; atención de la pobreza; mujer trabajadora; fomento productivo; mujer y familia; derechos de la mujer y participación en la toma de decisiones; combate a la violencia e imagen de la mujer.

El contenido del lineamiento general y las acciones prioritarias de cada uno de

los ejes mencionados se caracterizan por el listado de numerosas tentativas de solución que no ofrecen metas, acciones y proyectos de ejecución que permitan concretar en la realidad todos los buenos deseos que encierra el programa.

Las acciones prioritarias que se describen en el documento tienen el carácter de “diseñar, impulsar, promover, propiciar, desarrollar o alentar”; es decir, se parte de lo que se va a hacer y no se informa de los programas, acciones o cambios legislativos que permitan el diseño de estas acciones. Ello deja poco claro el panorama contextual que favorezca poder instrumentar dichas acciones; además no se habla de un programa calendarizado, o de metas de acción.

En el eje de salud, la mayor parte del contenido hace referencia a la salud reproductiva, y aún cuando se habla de introducir la perspectiva de género, solamente se hace mención de la población masculina para el uso de anticonceptivos; es decir, las acciones prioritarias siguen enfocadas en la planificación familiar. Aunque se menciona el cáncer cérvico-uterino y mamario, la atención del climaterio, etc., la visión de la salud de la mujer sigue centrándose en la reproducción, además de que no se considera la reproducción masculina.

Otro elemento ausente es la coordinación interinstitucional en las diferentes líneas de acción, la cual permitiría un efecto multiplicador. Se menciona la coordinación del sector social, público y no gubernamental, pero no se detalla en qué términos se realizará ésta ni el presupuesto que se le asignará.

Este programa tiene la calidad de obligatorio para todas las instancias gubernamentales, el problema es que, a pesar del logro de tratar de introducir la perspectiva de género para mejorar la condición de la mujer, no se menciona que tipo

de partidas presupuestales deben ser utilizadas para llevar a cabo los objetivos del Programa Nacional de la Mujer.

### **3.5 PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR 1995-2000**

Este programa está estructurado en cinco capítulos. En concordancia con la nueva postura de una atención integral que implica la salud reproductiva, inicia con un diagnóstico general que aborda la situación demográfica del país y hace énfasis en la planificación familiar, la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, la salud perinatal, el riesgo preconcepcional, las enfermedades de transmisión sexual, la prevención y detección de neoplasias del tracto reproductor de la mujer, el climaterio y la posmenopausia y la perspectiva de género en la salud reproductiva.

El segundo capítulo se refiere a los objetivos del programa en relación con los apartados mencionados en el párrafo anterior, señalando los objetivos generales y específicos que se pretenden lograr con la instrumentación del programa. El capítulo tercero trata las metas establecidas para cada uno de los apartados; señala la cobertura e impacto que habrán de cubrirse al término del periodo señalado para ello. En el cuarto capítulo se exponen las estrategias generales y líneas de acción que deberán seguirse para su cumplimiento.

El último capítulo de este programa establece los criterios de evaluación y seguimiento con el fin de generar información suficiente que permita formular acciones que contribuyan a la corrección oportuna de desviaciones y al logro de mejores resultados. Para ello dispone que cada una de las instituciones del Sistema

Nacional de Salud genere información estadística a través del registro semestral de actividades para determinar el avance de los programas. Así se podrán analizar los resultados a nivel nacional y por entidad federativa. Esta información será integrada por la Dirección General de Salud Reproductiva. Asimismo, establece la necesidad de evaluar el impacto de las acciones de salud reproductiva en términos demográficos, de salud y de calidad de los servicios considerando otro tipo de factores con los que se interrelaciona la salud reproductiva a través de encuestas de representatividad nacional, estatal y regional; así como promover, dirigir y coordinar la realización de investigaciones en las áreas biomédicas, epidemiológica, operativa y sociodemográfica para colaborar en la definición, orientación y evaluación de los programas y estrategias de los servicios de salud reproductiva.

A lo largo del documento se distingue de manera clara la respuesta a los compromisos asumidos por el gobierno mexicano al sumarse al consenso mundial alcanzado en las conferencias internacionales. Como está planteado, el programa supone un reto inmenso y requiere de una voluntad política que vaya más allá de los vaivenes sexenales, de la burocracia, de las presiones de grupos políticos y religiosos que se oponen a dichos compromisos y de las rencillas personales.

La introducción de la perspectiva de género en la prestación de los servicios de salud, el apoderamiento de las mujeres y la defensa de sus derechos sexuales y reproductivos se mencionan a través de todo el documento como elementos esenciales que permitirán lograr los objetivos que allí se proponen.

Es importante destacar que aunque el programa contempla estos elementos, no detalla el tipo de acciones con las cuales se van a instrumentar en la práctica

cotidiana los servicios.

Otros temas que el programa acoge son la elevación de la calidad de los servicios, la incorporación de los hombres a los programas de regulación de la fecundidad, la promoción del condón en los programas de prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Sin embargo, hay aspectos que todavía se deben desarrollar; por ejemplo, no está incluido en el programa los principios éticos de los cuales está partiendo este Programa.

En cuanto a la creación de mecanismos y recursos de evaluación, el programa no menciona casi nada. Se establecen tres líneas de acción: a) informes semestrales sobre la operación y el avance del programa en el Sistema Nacional de Salud; b) encuestas con representatividad nacional, estatal o regional para evaluar el impacto de los diferentes componentes del programa; c) estudios especiales para apoyar las actividades de planeación y evaluación de los diferentes programas y estrategias implantados en materia de salud reproductiva y planificación familiar.

Respecto a los informes semestrales, no están a disposición de los interesados en el tema ni del público en general. Al entrevistarme con el Dr. Arturo Vega de la Dirección General de Salud Reproductiva, el documento que me proporcionó, respondiendo a la petición de estos informes semestrales, fue el de “Análisis de la situación del Programa de Planificación Familiar según datos de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995”, editado en octubre de 1996. Los indicadores utilizados en este documento siguen siendo porcentajes de uso de métodos anticonceptivos desglosado por mujeres, entidad federativa, cobertura, edad fértil, estado civil, lugar de obtención, distribución, demanda y porcentajes de

fecundidad. Ello demuestra que no ha cambiado la lectura de la realidad al ser monitoreada.

Según este documento, los datos que aquí aparecen muestran que el Programa de Planificación Familiar en México ha tenido un avance importante en los últimos años.

“Los resultados obtenidos a través de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar, realizada por CONAPO, en 1995, indican que la cobertura total del programa se incrementó a 66.5% del total de mujeres en edad fértil unidas, gracias al aumento observado tanto en áreas urbanas como en rurales, aunque a un ritmo superior en estas últimas, por lo que la diferencia entre la prevalencia de uso de ambas cada vez es menor”.(SECRETARÍA DE SALUD, 1996:18)

El problema, es que este tipo de documentos se presentan, todavía, como los avances semestrales, sin tener ningún cambio en los indicadores de evaluación que permitan dar un seguimiento al nuevo enfoque de salud reproductiva plasmado en el Programa Nacional de Salud Reproductiva. Según este documento “si se mantienen las tendencias observadas en los últimos años, es factible el cumplimiento de las metas establecidas para el año 2000 en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar”.

En este sentido mientras se siga trabajando con los indicadores de planificación familiar como eje medular de las políticas de salud, será muy difícil hacer efectivos los nuevos criterios que surgieron del giro en las políticas de población alcanzado en la Conferencia de El Cairo y del impulso a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres ratificado en Beijing.

El Programa menciona constantemente la necesidad de incorporar la perspectiva de género en los programas de capacitación, respetando a las usuarias,



impulsando el fortalecimiento de las mujeres y sus derechos sexuales y reproductivos, mejorando los servicios de salud reproductiva y planificación familiar; pero no se hace mención del manejo y uso de los recursos destinados a tal objetivo.

En general, el planteamiento de las acciones necesarias para llevar a cabo los objetivos que se propone el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, no va seguido por las formas; es decir, por el cómo lograrlo para que ello se convierta en realidad.

Por otro lado, siempre que se menciona la Consejería, se plantea como un acontecimiento postevento obstétrico; además, en el Programa, no se desarrolla un modelo de Consejería acorde al nuevo enfoque de Salud Reproductiva, y por tanto, aún no sabemos qué elementos de la Consejería se pretende desarrollar.

Aunque se hace alusión a la necesidad de proveer información de todos los métodos disponibles en el mercado, se le sigue dando más importancia a los métodos modernos que a los de barrera y en general a los que puedan controlar a la mujer, el condón femenino por ejemplo, no se menciona a pesar de que varias Organizaciones No Gubernamentales que trabajan este campo lo están tratando de impulsar y difundir en nuestro país.

Es importante mencionar que este Programa da una serie de lineamientos a seguir en busca de una salud reproductiva entre la población; sin embargo, el tema de los hombres aún sigue planteado como uno más de los elementos y no como una parte integral de la misma. Hombres y mujeres, no están considerados en un mismo nivel al hablar de salud reproductiva. Por ello, llama la atención, aunque tal vez no sea el objetivo de este Programa, que en general no se manejen definiciones de

conceptos necesarios para abordar este Programa. Sin embargo es necesario reconocer que ya existe un documento elaborado por la misma Dirección General de Salud Reproductiva que se llama “La perspectiva de Género en la Salud Reproductiva” donde se profundiza de manera detallada y analítica sobre este concepto en particular; sin embargo, este tipo de conceptos debería desarrollarse, aunque no de manera tan profunda, en el Programa Nacional de Salud Reproductiva, por lo menos en su apartado del diagnóstico.

Al hacer una lectura, de los documentos aquí presentados, destacando el enfoque de género, la salud de las mujeres y los derechos reproductivos, se nos ha posibilitado detectar los avances, limitaciones y omisiones que pueden parecer imperceptibles al seguir el discurso oficialista que caracteriza a este tipo de programas.

No podemos negar que el propio discurso utilizado en los programas del sexenio anterior con respecto a los actuales contiene transformaciones importantes. Es evidente que categorías como género, salud reproductiva y derechos sexuales y reproductivos se introducen como elementos fundamentales para lograr transformaciones a nivel sociocultural, político y económico. Sin embargo, es notoria la falta de claridad en los conceptos y más aún su aplicación. Por ejemplo, se presenta el enfoque de género como un apartado más de los actuales programas y no como un enfoque integral que debe orientar cualquier objetivo, estrategia, línea de acción o meta que se delimite, aunque hay que decir que el hecho de que se hable de género es en sí mismo un avance importante porque en los programas del sexenio anterior estaba ausente.

El fomento a la participación del varón en los procesos reproductivos aún es muy pobre. Aunque todos los programas hacen mención de la necesidad de que los varones se vean integrados en este proceso, ahora con mayor énfasis que en la administración pasada, no se establecen los mecanismos para hacerlo efectivo, y si se logra encontrar algún elemento que nos haga pensar en esta intencionalidad es bajo la idea de concesión, apoyo o ayuda pero no se maneja como parte integral y participativa de cada uno de los procesos de la vida reproductiva.

Por otra parte resulta fácil reconocer en los programas de población y planificación familiar pasados la orientación de alcanzar el desarrollo de la nación a través del control de la fecundidad de las mujeres. Si bien a nivel discursivo los nuevos programas de población, de salud reproductiva y el de la mujer rompen con esta perspectiva y señalan la necesidad de impulsar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, todavía se quedan cortos en una visión más amplia que garantice las condiciones necesarias para hacerlos efectivos.

Se notan esfuerzos por insertar la salud de las mujeres en un contexto social y cultural más amplio que rompa con la visión fragmentada del cuerpo, pero el impulso y fomento a las especializaciones, sin considerar el enfoque de género, sigue obstaculizando el acceso a una salud integral.

Los programas siguen mostrando gran interés en la difusión y distribución de métodos anticonceptivos, sobre todo en la llamada “demanda no satisfecha”, relegando las necesidades, opiniones y dudas de las usuarias.

Es importante señalar que se nota gran interés por la capacitación técnica del personal que presta los servicios de salud pero poco se habla de la sensibilización de

género, o simplemente de la sensibilización del trato humanitario que se debe otorgar cuando se ofrece el servicio. Mucho menos se habla de la necesidad de eliminar el trato jerárquico médico-paciente para transformarlo en prestador de servicios-usuaria.

Quizá una de las ausencias más fuertes de los documentos aquí analizados sea precisamente el de los derechos reproductivos, a excepción del Programa Nacional de la Mujer que dedica una sección completa a este tema, los demás programas hablan de estos derechos sin explicitarlos, sin señalar cuáles serían las responsabilidades u obligaciones que de ellos se desprenden y tampoco se establecen lineamientos para asegurar el ejercicio de dichos derechos.

No es posible dejar de reconocer los avances que se han presentado en el diseño de las políticas de salud reproductiva, por lo menos discursivamente, pero es necesario conocer de qué manera se van a poder instrumentar. Los cambios no se dan tan sólo por decreto, existen factores externos al diseño de los programas que ayudarán o dificultarán este proceso; por tanto en el siguiente apartado se presenta un diagnóstico de la situación actual de las políticas de salud reproductiva en México para contextualizar las observaciones de los programas aquí analizados.

## CAPÍTULO IV

### 4.1 Políticas de salud reproductiva en México a partir de El Cairo y Beijing

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) efectuada en El Cairo, y la Cuarta Conferencia de la Mujer celebrada en Beijing, representan un parteaguas significativo en el diseño de políticas de salud en México dirigidas a las mujeres.

En el nuevo giro que se le da a estas políticas, la salud reproductiva juega un papel muy importante para asegurar el bienestar no sólo de las mujeres sino de la población en general; para ello, se reconoce la necesidad de mejorar y fomentar la calidad de vida de las mujeres, en todos los aspectos, como parte integral del desarrollo del género humano.

Estas Conferencias, como ya hemos señalado, son el resultado de extensas investigaciones científicas, de arduos debates teóricos-académicos, de reuniones internacionales previas y por supuesto, del trabajo comprometido de diferentes sectores de la sociedad civil. En ellas confluyeron diversas posturas ideológicas, distintos intereses políticos y económicos, y diversas cosmovisiones del mundo. Pero lo importante, para este trabajo de investigación, es que se lograron acuerdos con vistas a mejorar la condición de las mujeres, lo cual se vio reflejado en las nuevas políticas de salud de nuestro país planteadas para el presente sexenio.

En septiembre de 1994, en El Cairo, se discuten problemáticas con énfasis demográficos pero insertas en temáticas que giran alrededor de temas políticos; por

ejemplo:

“... se considera que la relación entre población, desarrollo y pobreza debería ser el centro de atención de nuestras acciones en investigación, análisis de políticas y formación de recursos humanos; que la educación en población debe incorporar una serie de valores éticos y no sólo tener un carácter informativo, y que la salud reproductiva y el análisis de los movimientos migratorios deben ser temas prioritarios en la región latinoamericana” (Welti, 1997:9)

En la Conferencia de El Cairo se hace evidente que “una visión del cambio demográfico, fundada en que la transición demográfica y su resultado en la disminución en la tasa de crecimiento de la población no ha contribuido a superar la pobreza que afecta a porcentajes importantes de los latinoamericanos” (Bueno, E. 1997:91). El disminuir el número de hijos y controlar la fecundidad de las mujeres no ha sido un óptimo indicador para medir el desarrollo sustentable de la población. Por tanto, en El Cairo, se recomienda orientar políticas de población que incorporen valores éticos que reconozcan los derechos de mujeres y hombres para satisfacer sus necesidades y ejercer en libertad sus prácticas reproductivas.

Los trabajos demográficos inspirados en los acuerdos de El Cairo, reconocen que en países como el nuestro, que buscan la participación democrática, debe existir una “cultura demográfica integral”. Ello quiere decir, según Raúl Benítez, que “se requiere de una racionalidad concedora de las funciones de los cuerpos humanos, las relaciones sexuales y sus consecuencias; que propicie la planeación de la descendencia, facilite el acceso a los métodos anticonceptivos y permita el cumplimiento de mandatos constitucionales acerca de la libertad para decidir el número de hijos y el momento en que éstos se desean; que difunda el conocimiento

de la historia de la población desde sus primeros asentamientos, su distribución y los factores demográficos que han determinado su crecimiento, y analice las relaciones entre dinámica y estructura de la población, así como los condicionantes sociales, económicos, del medio ambiente y del orden cultural implicados en la constitución, desarrollo y formas de disolución de la familia” (Benítez Z., R. 1997: 127)

Este autor menciona que existen los recursos, el conocimiento y la tecnología para lograr difundir esta “cultura demográfica integral”; sin embargo, también señala que el uso efectivo de tales recursos, conocimiento y tecnología, está condicionado por obstáculos políticos y económicos a los niveles nacional e internacional.

En todo caso, los planteamientos del Programa de Acción de la CIPD, tienen el gran mérito de reconocer la creciente interdependencia entre población y desarrollo; en donde la integralidad de los nexos se orienta hacia la satisfacción de las necesidades individuales de mujeres y hombres, más que al logro de metas demográficas.

Tal vez el mayor logro de la CIPD fue el que se reconoció que los derechos de las mujeres forman parte inalienable de los derechos humanos. Por primera vez en este tipo de conferencias, se respaldó mundialmente el concepto de derechos reproductivos y se delinearón los elementos que lo componen a partir no sólo de la libre elección en la reproducción, sino, sobre todo, de las condiciones que permiten esa elección libre e informada: el derecho a la atención en salud reproductiva, a la educación, a la salud sexual y a los servicios de salud en general de óptima calidad. Se incorporó también el concepto de salud sexual y se esbozaron elementos que nos permitan avanzar en la comprensión de los derechos sexuales.

La necesidad indispensable del apoderamiento o potenciamiento de las mujeres fue ampliamente reconocida en El Cairo, como un fin muy importante en sí mismo, además de que es fundamental para lograr el desarrollo sostenible, pues contribuirá a romper la cadena entre la pobreza, el crecimiento poblacional y el deterioro del medio ambiente.

“La habilitación y la autonomía de la mujer y el mejoramiento de su condición política, social, económica y sanitaria constituyen en sí un fin de la mayor importancia. Además, son indispensables para lograr el desarrollo sostenible. Es preciso que mujeres y hombres participen e intervengan por igual en la vida productiva y reproductiva, incluida la división de responsabilidades en cuanto a la crianza de los hijos y al mantenimiento del hogar. En todo el mundo, la mujer ve en peligro su vida, su salud y su bienestar porque está sobrecargada de trabajo y carece de poder e influencia. En la mayoría de las regiones del mundo, la mujer recibe menos educación académica que el hombre y, al mismo tiempo, no se suelen reconocer los conocimientos, aptitudes y recursos de la mujer para hacer frente a la vida. Las relaciones de poder que impiden que la mujer tenga una vida sana y plena se hacen sentir en muchos planos de la sociedad, desde el ámbito más personal hasta el más público. Para lograr cambios, hacen falta medidas de política y programas que mejoren el acceso de la mujer a una vida segura y a recursos económicos, aligeren sus responsabilidades extremas con respecto a los quehaceres domésticos, eliminen los obstáculos jurídicos a su participación en la vida pública y despierten la conciencia social mediante programas de educación y de difusión de masas eficaces. Además el mejoramiento de la condición de la mujer también favorece su capacidad de adopción de decisiones a todos los niveles en todas las esferas de la vida, especialmente en el terreno de la sexualidad y la reproducción. Esto es esencial, a su vez, para el éxito a largo plazo de los programas de población. La experiencia demuestra que los programas de población y desarrollo tienen la máxima eficacia cuando, al mismo tiempo, se adoptan medidas para mejorar la condición de la mujer”(Programa de Acción 4.1) (GERMAIN; KYTE, 1995:20)

Además de incorporar por primera vez los conceptos de derechos reproductivos y de equidad de género, se destacó de manera importante la necesidad de promover la responsabilidad masculina en compartir por igual los



derechos y las responsabilidades en todas las esferas de la vida pública.

“Deberían hacerse esfuerzos especiales por insistir en la parte de responsabilidad del hombre y promover la participación activa de los hombres en la paternidad responsable, el comportamiento sexual y reproductivo saludable, incluida la planificación de la familia: la salud prenatal, materna e infantil; la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH; la prevención de los embarazos no deseados y de alto riesgo; la participación y la contribución al ingreso familiar; la educación de los hijos, la salud y la nutrición; y el reconocimiento y la promoción de que los hijos de ambos sexos tienen igual valor. Las responsabilidades del hombre en la vida familiar deben incluir la educación de los niños desde la más tierna infancia. Debe hacerse especial hincapié en la prevención de la violencia contra las mujeres y los niños”. (Programa de Acción 4.27) (GERMAIN; KYTE, 1995:21)

El mensaje esencial del Programa de Acción emanado de El Cairo, es que los problemas de población son problemas de desarrollo. Ese mensaje conduce a plantear, como hemos visto, la necesidad de la reducción de la pobreza, la emancipación de la mujer, el crecimiento económico y el cambio en los estilos de vida. Trata de las desigualdades de distribución del poder y de los recursos. Recomienda hacer frente a esas desigualdades y dar solución a las injusticias sociales y económicas que contribuyen a los problemas de salud y a la calidad de vida de la población. Ya no se concibe a la población como un dilema de números, sino como parte integrante del programa de desarrollo humano.

A pesar de los grandes avances que en salud reproductiva se lograron en El Cairo, aún quedaron pendientes discusiones más complejas del término. Juan Guillermo Figueroa señala que “... no se hacen explícitas las complejas dimensiones sociales subyacentes a la interacción entre salud, reproducción y sexualidad, ni se cuestiona lo que implican las desigualdades sociales vigentes para acceder a la salud

reproductiva” (1997:168). En El Cairo se sentaron las bases de la discusión de estos elementos, que vendría un año más adelante.

Exactamente un año después de El Cairo, también en septiembre, tuvo lugar, en Beijing, la IV Conferencia Mundial de la Mujer. Para alcanzar acuerdos, las discusiones en la conferencia enfrentaron un documento difícil, con más de 400 corchetes y cuestionamientos a conceptos como “género”, “sexualidad”, “derechos”. A su vez, en Huairou, se celebraba el Foro de ONG´s y el eco de las discusiones que de ahí emanaban llegaba hasta Beijing.

Entre los logros más importantes de Beijing podríamos señalar: el reconocimiento de raza y etnia como causas de discriminación y factores de desigualdad; las recomendaciones con relación a la cuantificación, reconocimiento de las condiciones de las mujeres en los conflictos armados; algunas decisiones con relación a las cuestiones macroeconómicas y el reconocimiento a la necesidad de respeto a la sexualidad de las mujeres.

Por primera vez, “las lesbianas tuvieron voz ante una sesión de la ONU” (Careaga 1998:30). En este ir y venir de las discusiones, se asumió el concepto de “derechos sexuales” pero enmarcado en el concepto de derechos humanos.

“Los derechos sexuales incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia”. (CCMM, Plataforma 96)

Pero más tarde, aunque se mantuvo la definición técnica, hubo retroceso para enmarcarlo en el concepto de derechos humanos. La discusión se centró en los derechos sexuales y en la orientación sexual, lo que colocó el tema del aborto en

segundo plano. Sin embargo, el reconocimiento previo del aborto como un problema de salud pública permitió llegar al acuerdo de que los gobiernos deben considerar una revisión a las leyes que castigan a las mujeres que se someten al aborto (CCMM Plataforma 106 (b) y 106 (k)); al respecto cito algunas recomendaciones:

“Reconocer que los abortos practicados en malas condiciones son un grave problema de salud pública y basar las políticas y programas en un compromiso con la salud de la mujer” (CCMM Plataforma 106(j,k))

“Hay que asignar máxima prioridad a la prevención del embarazo no deseado y disminuir la necesidad del aborto mediante un mayor acceso a información y servicios de planificación de la familia” (CCMM Plataforma 106(k))

A pesar de los grandes avances obtenidos para elevar la calidad de vida y la condición de las mujeres, es necesario revisar detenidamente la forma en que se incorporan estos elementos en los programas de acción nacionales, ya que como bien señala Gloria Careaga, es necesario construir y afianzar una amplia alianza internacional con mucha mayor firmeza, profundizar en el análisis y consolidar una fuerza nacional para el fortalecimiento de los logros alcanzados en estas Conferencias; establecer estrategias de vigilancia del cumplimiento de los logros y avanzar en la incorporación de la perspectiva feminista y de las mujeres en la definición de una nueva sociedad. (Careaga 1998:39)

El feminismo en México empezó a cosechar frutos en la víspera de la organización de las Conferencias de El Cairo y Beijing. Feministas destacadas fueron invitadas a participar como delegadas en la misión oficial de México. Este proceso ha dado un rango de visibilidad y negociación a los grupos feministas que hubiera sido inimaginable hace una década. A la vez, este proceso ha tenido un impacto en la

rearticulación de los temas centrales que componen la agenda feminista.

Los ejes de la propuesta feminista en México durante la década de los noventa, según Adriana Ortíz, han sido: 1) detener la violencia hacia las mujeres, 2) legalizar el aborto, 3) reconocer y aceptar la libre opción sexual y 4) garantizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres (Ortíz 1998:241). Debido a su carácter polémico, cada una de estas demandas ha tenido una evolución desigual y descoordinada respecto a la jurisprudencia y el derecho.

En el caso del aborto, éste se perfiló como un tema con gran potencial a principios de los noventa. Las feministas fueron capaces de utilizarlo como instrumento de presión para el reconocimiento internacional, logrando que después de la Conferencia de Beijing fuera reconocido como un problema de salud pública. Sin embargo, la ofensiva católica que se dejó sentir en el escenario posBeijing, así como la crisis de legitimidad por la que atraviesa el Estado mexicano, ha hecho que la legalización del aborto sea algo impensable, por lo menos en un futuro cercano.

En respuesta a ello, las feministas se encuentran alertas a cualquier intersticio verbal, acuerdo de pasillos o lectura entre líneas que les permita traducir las reformas existentes para tratamiento de abortos incompletos o casos de aborto tolerados por las leyes de los estados mexicanos en servicios para las mujeres.

Respecto a la opción sexual, la problemática es aún compleja, ya que sigue siendo un tema sobre el cual se requiere un amplio trabajo de educación y diseminación previo a que se puedan presentar como cuestiones de derechos asuntos tales como: extender prestaciones de seguridad social y permitir el matrimonio de homosexuales y lesbianas o aprobar una legislación respecto a la

técnica de reproducción asistida para que estas parejas accedan a este servicio.

Por tanto, a nivel de práctica política, la opción sexual es una temática vulnerable que se puede separar y/o demandar, según se considere “táctico y estratégico” desde la óptica de los grupos feministas que tienen la visibilidad social para negociar con el gobierno, o de los partidos políticos que buscan obtener lugares a toda costa durante los procesos electorales.

El impacto de la campaña mundial ha permitido que se canalicen recursos internacionales hacia el área de la violencia contra la mujer, a la vez que se ha logrado la reforma de diversas leyes.

En torno a la cuestión del tema salud sexual y reproductiva, distintas ONG’s y feministas han retomado los temas de calidad de servicios y de salud reproductiva para hacer un llamado de atención al gobierno (SIPAM, 1995, 1997)

El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos perfila de manera clara las tensiones que subsisten entre la postura feminista que defiende la provisión estatal de servicios y la de otros sectores que defienden la privatización de los servicios. Por ejemplo, desde esta segunda posición, la cuestión de la falta de respeto a los derechos reproductivos puede ser caracterizada como un conflicto entre las mujeres, vistas como “clientes insatisfechas” y los proveedores de dichos servicios, vistos como “prestadores de servicios deficientes”.

Para algunos, la resolución de este conflicto radicaría en que la prestación de servicios puede mejorarse en la medida en que se privatice y se cobre por él. Sin embargo, este esquema resulta conflictivo desde la óptica feminista, puesto que la mejoría que podría acompañar a la privatización también puede significar la exclusión

de las mujeres más pobres de todos los servicios. Por tanto, es necesario sostener la defensa sobre los derechos sexuales y reproductivos. Hoy por hoy, estas tensiones se perfilan como las corrientes subterráneas sobre las que se mueve el asunto de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres.

En particular, debido a la ofensiva conservadora que se está dejando sentir a nivel internacional para desmantelar los servicios de planificación familiar se sugiere que esta crítica puede utilizarse con fines opuestos a los que persiguen las feministas.

Es de esperarse que, debido a su importancia, el tema de los derechos reproductivos y sexuales siga perfilando la agenda feminista. Al menos hoy en día es claro que el “derecho al control del propio cuerpo” o el ejercicio de una maternidad y paternidad comprometida, ya no son sólo elementos de la utopía feminista.

## 4.2 Visiones y posturas ante el fomento de la salud reproductiva

### Los Consensos Internacionales.

Los acuerdos alcanzados en las Conferencias de El Cairo y Beijing son importantes marcos de referencia en el diseño y aplicación de las actuales políticas de salud reproductiva en México.

Uno de los logros más sobresalientes de la Conferencia de El Cairo, fue ampliar el campo de la actividad en población que se había venido manejando de manera muy estrecha con el control de la fecundidad por medio de la anticoncepción. Por primera vez el desarrollo de los países no se centraba en el control demográfico sino en elevar la calidad de vida de las personas. Y lo más importante, se reconoce que para lograr el desarrollo de la población es necesario eliminar cualquier forma de discriminación hacia las mujeres. Hablar de salud reproductiva abre posibilidades de encaminarse a este objetivo; ya no se trata únicamente de planificación familiar sino de tomar en cuenta los deseos y necesidades específicas de cada mujer. Al respecto señala María Consuelo Mejía<sup>27</sup>:

“...se dieron cuenta que las políticas de población coercitivas y el enfoque de planificación familiar de enchufar dispositivos y esterilizar mujeres en contra de su voluntad, no estaba dando los resultados que ellos querían. Y se dieron cuenta al mismo tiempo, que las mujeres que tenemos acceso a la educación, a la información y a las posibilidades de desarrollo diferentes a las de ser amas de casa y madres, nos limitaba nuestra capacidad reproductiva voluntariamente. El cambio de foco ya no consiste en que sólo se impulsen campañas masivas de planificación familiar sino en eliminar la discriminación contra las niñas, empoderar a las mujeres; bueno, las mujeres se empoderan solas, pero abrir las posibilidades para

---

<sup>27</sup> En este apartado las citas de las personas entrevistadas serán señaladas numéricamente y pueden consultarse al final de la tesis en la sección “Fuentes Testimoniales”.

el empoderamiento de las mujeres, cerrar la brecha entre los géneros en cuanto a las posibilidades de educación y nutrición para las niñas; eliminar la violación a su integridad corporal; cerrar la brecha en todo lo que se manifiesta esta cuestión de la diferencia. Yo creo que esto es esencial; y todo esto significa, desde mi punto de vista, una especie de legitimación de una revolución de valores que hemos venido planteando desde hace mucho tiempo.” (Entrevista No. 4)

En este sentido, la salud reproductiva introduce otros aspectos que no necesariamente tienen que ver con la planificación familiar y sí con el bienestar sobre todo de las mujeres: ahora el interés se extiende a la educación sexual, al tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), a los problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio, a la prevención del cáncer cérvico-uterino y mamario, al tratamiento de los problemas relacionados con la etapa final reproductiva del ser humano como lo son el climaterio y la menopausia, y se reconoce el aborto como un problema de salud pública y no como un método de planificación familiar. Con ello las políticas de salud tienen un nuevo enfoque:

“...antes se consideraba que la mujer era un vehículo para traer o no traer niños al mundo. (si se trataba de) traerlos entonces era la atención materno-infantil; o no traerlos y entonces todos los programas de planificación familiar. Ahora está cambiando este enfoque, ahora la salud de la mujer es importante, se trata de prevenir el cáncer cérvico-uterino, de reducir la muerte materna o de que las mujeres no tengan ETS, el enfoque es hacia la salud de la mujer y no nada más vista como un vehículo para aumentar o disminuir la población”. (Entrevista No. 1)

Con este nuevo enfoque la salud se antoja de manera más integral, no solamente en el tratamiento y prevención de las enfermedades propias de la reproducción sino también en el nivel de la atención. Se establece que la salud reproductiva debe ir acompañada por una elevada calidad de los servicios; ello implica romper con la verticalidad de los prestadores de servicios con los usuarios



tomando en cuenta sus opiniones, deseos y temores. La información veraz, completa y libre de prejuicios es fundamental en esta tarea.

“... El punto más delicado y esencial es la elevación de la calidad de los servicios; las usuarias y los usuarios tienen que estar satisfechos con el servicio que reciben, y eso significa formación, tratamiento humanitario; o sea, respetuoso con las usuarias y usuarios; romper la verticalidad médico-paciente, etc. Desde mi punto de vista es una intención muy importante pero es muy difícil de lograr en poco tiempo; significa realmente un problema de sensibilización, entrenamiento, que tiene que ver con una modificación de las relaciones entre usuarios y prestadores de servicios. No solamente médicos hombres, sino médicas mujeres y prestadores de servicios hombres y mujeres.” (Entrevista No. 4)

La perspectiva de género en la salud reproductiva es otro logro alcanzado en El Cairo y ratificado en Beijing. El género fue reconocido, según afirma María Consuelo Mejía, como una categoría científica “que ha sido usada durante 20 ó 25 años en la investigación sociológica y psicoanalítica”. Esta perspectiva es importante porque, entre otras cosas, incorpora a los varones en todas y cada una de las etapas reproductivas del ser humano; trata de eliminar desigualdades e injusticias relacionadas con el rol de género que repercuten en la salud de las mujeres; incentiva la participación activa y consciente de los varones en los procesos reproductivos y sensibiliza a todas las personas en el cuidado y bienestar de la salud.

Como hemos visto, en El Cairo se sientan las bases para, posteriormente en Beijing, reconocer la salud reproductiva como parte de los derechos reproductivos, y estos últimos como parte de los derechos humanos. Ello implica que hombres y mujeres tienen el derecho a decidir sobre su sexualidad y sobre su vida reproductiva; tienen derecho a la información necesaria para poder tomar decisiones; estas decisiones deben ser tomadas libres de cualquier coerción o presión de cualquier

índole. Los derechos reproductivos implican a su vez el acceso universal a los servicios de salud así como a la calidad de la atención. Si bien estos derechos aún están lejos de llevarse a cabo en la realidad; no podemos ignorar el paso gigantesco que se ha dado, a nivel internacional, al reconocerlos como un derecho humano.

Por otro lado es necesario recordar, como menciona Sandra Samaniego, que todos estos avances hubieran sido imposibles sin la voluntad política de los países:

“A nivel mundial es muy importante porque se conjuntan todos los países a platicar sobre cuáles son las preocupaciones fundamentales, yo creo que ese es un avance, porque a pesar de que son países tan disímolos, de un grado de avance muy distinto, lo que se va descubriendo es que tenemos denominadores comunes. Por ejemplo, el hecho de que la discriminación contra la mujer persista, variarán los grados pero persisten inclusive en los países más avanzados de igualdad o de equidad...”(Entrevista No. 6)

Ambas Conferencias se caracterizan por el trabajo paralelo que se realizó entre los gobiernos y la sociedad civil. Beijing ha sido la Conferencia Internacional, en la historia de la ONU, más concurrida sobre todo por mujeres. En estos encuentros internacionales las Organizaciones No Gubernamentales, por primera vez, adquieren un papel protagónico y estratégico en las discusiones y en los acuerdos alcanzados. No fue ni será una tarea fácil, reconocen las personas que estuvieron presentes, hubo que hacerse escuchar para que se les tomara en cuenta, se utilizaron mecanismos políticos como el trabajo de cabildeo para hacerse notar y repercutir en las decisiones finales, se lograron acuerdos a pesar de las posturas conservadoras que trataron de evitar los cambios necesarios. En estas Conferencias se logró romper con la idea de que solamente son las instancias gubernamentales las que deben diseñar y marcar las pautas de las políticas públicas. La sociedad civil alcanza un

logro importante al introducirse en este tipo de discusiones, aunque en desigualdad de condiciones, abre brechas para hacerse escuchar y empieza a ganar espacios para influir en las metas trazadas en las políticas de población y desarrollo.

Específicamente la postura de la delegación mexicana en ambas Conferencias ha sido evaluada como simpatizante con todas las recomendaciones que en materia de salud reproductiva se acordaron.

Por primera vez, en la historia de nuestro país, estas delegaciones estuvieron conformadas por numerosas académicas y académicos especialistas en el tema, Organizaciones No Gubernamentales, Instituciones Gubernamentales y por la sociedad civil organizada. En El Cairo la participación se notó recatada, prudente y silenciosa; incluso, a decir de Alfonso López Juárez, un tanto autoritaria:

“... En nuestro país se dice que está transitando hacia la democracia pero la verdad es que en todas las estructuras sean del gobierno, de la escuela, de la familia, sigue predominando el autoritarismo; entonces los que van al frente de la Delegación aún cuando vayan acompañados de un grupo numeroso, tienen la tendencia de manejar las cosas de manera autoritaria, y siguen por la línea que ellos traen o que consideran que deba ser... la línea era muy política, de no entrar en muchas controversias, de no enemistarse, un poco la línea que sigue siempre la diplomacia mexicana de que cada país tiene derecho de pensar lo que quiera y nadie tiene derecho a imponerles ideas desde afuera...”  
(Entrevista No. 3)

Es comprensible que ante la inexperiencia de los nuevos sectores que se encontraban representados en la delegación mexicana, el proceso de agrupación fuera difícil, en este sentido María Consuelo Mejía comenta:

“El trabajo en la delegación mexicana fue difícil; era necesario atender a varios frentes al mismo tiempo: la delegación misma, el movimiento feminista, las ONG. Por otra parte era la primera vez que representantes de ONG formábamos parte de la delegación y en los primeros días nos sentimos aisladas, no muy tomadas en cuenta a la hora de tomar

decisiones; pero poco a poco el hielo se fue rompiendo y los delegados oficiales entendieron que no éramos sus enemigas; que realmente compartíamos objetivos y estábamos desarrollando un trabajo conjunto...”

Es importante señalar esta última observación como un avance político en cuanto a la participación de la sociedad civil de nuestro país, ya que finalmente la Delegación mexicana logró presentarse como una unidad, cosa que no sucedió en países como El Salvador, Guatemala, Argentina y Chile en donde se evidenció la fragmentación entre la posición oficial y la posición de las mujeres al interior de sus delegaciones.<sup>28</sup>

La participación de la sociedad civil fue más evidente en Beijing. La delegación mexicana adquirió una actitud más agresiva en términos de defender los acuerdos alcanzados en El Cairo; incluso, menciona Brígida García, hubo grupos conservadores que la llegaron a calificar de demasiado “liberal”:

“...muchas de las cosas que nos dijeron fue que éramos pro-abortistas cuando la cláusula famosa era que se exhortaba a los países a revisar su legislación sobre el aborto, en ningún momento se firmó que México iba a revisar, de hecho, su legislación sobre el aborto. Aquí se hizo una tormenta en un vaso de agua promovido por dos o tres grupos contra la delegación; pero en términos generales era que la delegación apoyó demasiado, según algunos grupos conservadores en México, todo el espíritu de la Conferencia de Pekín<sup>29</sup>.” (Entrevista No. 2)

El trabajo realizado por las Organizaciones No Gubernamentales durante todos los encuentros previos a la Conferencia y ahora, con la experiencia del trabajo en equipo que finalmente se logró en El Cairo, dieron como resultado una representación mexicana en Beijing más unida, conciliadora y menos autoritaria:

---

<sup>28</sup> En el tema de la participación de la delegación mexicana en la Conferencia de Beijing remitirse al artículo elaborado por Clara Jusidman (1998)

<sup>29</sup> Cuando se habla de Pekín estamos respetando la cita textual de la entrevista pero debe entenderse como Beijing.

“Lo que pasa es que aquí hubo un trabajo fuerte de 19 grupos de trabajos previos a Pekín, donde estaban representadas académicas, grupos de ONG’s, había muy pocas personas del ámbito gubernamental en la delegación; era más bien una delegación formada por mujeres interesadas en la condición de la mujer y en esa perspectiva hicimos un trabajo previo de año y medio en la elaboración de 19 monografías. Desde ese punto de vista era una delegación de universitarias, grupos de mujeres... En realidad las Conferencias sobre las mujeres sí están representadas por gente que le interesa mejorar la condición de subordinación de la mujer, no es una Conferencia de gente que ejerce una relación más autoritaria, o con la visión de control demográfico por encima de todo, en el caso de México, incluso la gente de CONAPO que fue estaban interesados en los problemas de las desigualdades de género. La gente que ahora están al frente del Consejo Nacional de Población también son demógrafos académicos; no son funcionarios formales. Desde ese punto de vista todo el que de alguna manera u otra ha escrito sobre la condición de la mujer en México estaban representados...” (Entrevista No. 2)

La participación de la sociedad civil no sólo se ha dejado ver en la representación dentro de las delegaciones mexicanas a nivel internacional; en nuestro país esta participación adquiere relevancia en diferentes ámbitos. Cecilia García hace notar que las Organizaciones Civiles han contribuido con su trabajo comunitario a mejorar la salud de las personas; así como con investigaciones académicas que alimentan y enriquecen el conocimiento sobre el tema; hoy en día se dibuja un panorama más amplio de discusión con las instancias gubernamentales.

“... El hecho por ejemplo, de que haya Coloquios donde van las Organizaciones civiles y las Instituciones gubernamentales y pueda haber discusión, ya ese hecho es muy importante porque anteriormente no había ni siquiera discusiones, estaban completamente cerrados unos y otros, y ahora ya hay contacto”. (Entrevista No. 1)

María Consuelo Mejía afirma que en la actualidad se está contactando con las Organizaciones No Gubernamentales para introducir en los diferentes programas nacionales, que tienen que ver con salud reproductiva, la perspectiva de género. Si

bien esta participación aún es limitada porque existen diferentes intereses de por medio y porque la lucha por el poder es muy fuerte, lo cierto es que, por lo menos en el papel, se están incorporando, con aciertos aunque también con limitaciones, los elementos consensados en El Cairo y Beijing.

En respuesta a las recomendaciones de fomentar la participación de la sociedad civil en el diseño de los planes y programas de salud reproductiva, el sector salud integra un grupo interinstitucional compuesto, aún en su mayoría, por instancias gubernamentales y en su minoría por Organizaciones No Gubernamentales. El hecho de que estas Organizaciones Civiles formen parte de los grupos de trabajo que se organizan para fomentar la salud reproductiva en nuestro país no implica, necesariamente, que se impulsen sus iniciativas, pero ya es un avance el que puedan opinar y se les reconozca institucionalmente.

El trabajo empieza a dar frutos. Por mencionar algunos, María Consuelo Mejía nos recuerda que hay avances en el desarrollo de las políticas mexicanas; por ejemplo la perspectiva de género se ha incorporado al discurso y al programa del DIF, resaltando la importancia de la salud reproductiva en la construcción de la equidad entre hombres y mujeres; así como la importancia de la campaña del SIDA como una acción concreta para enfrentar los problemas de las Enfermedades de Transmisión Sexual. (Entrevista No. 4)

Alejandro Morales del Olmo asegura que el tratamiento que se le da a los actuales programas gubernamentales de salud reproductiva es bajo el enfoque de género. En ellos se incluye la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, la planificación familiar, el climaterio y la menopausia, el tratamiento a la infertilidad; el

riesgo pre-gestional y la salud perinatal. (Entrevista No. 5)

Arturo Vega señala el cambio de nombre de la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud (institución normadora de los servicios de salud en México) al de Dirección General de Salud Reproductiva no solamente como denominación institucional sino de cambios profundos en la estructuración interna y en la elaboración de documentos gubernamentales preocupados, sobre todo, por la salud y el bienestar de las mujeres. (Entrevista No. 7)

Brígida García menciona la cartilla sobre la calidad de la atención de los servicios de salud en México como un avance que no hubiera sido posible sin las iniciativas de las Organizaciones No Gubernamentales; así mismo habla del enfoque de género que permea a todo el Programa de Población como el elemento fundamental del cambio para lograr el desarrollo y bienestar de la población. (Entrevista No. 2)

Cecilia García habla del trabajo conjunto que está realizando el gobierno del Distrito Federal con diferentes Organizaciones Civiles para diseñar el Programa del D.F. para la salud reproductiva en donde predominen acciones encaminadas a instrumentalizar el enfoque de género. (Entrevista No.1)

Alfonso López Juárez habla del trabajo realizado por MEXFAM para fomentar la salud sexual de las personas y con ello librar a las mujeres de su función cultural reproductiva. Así habla de los programas que están realizando para prestar especial interés a la educación sexual y reproductiva de los jóvenes. (Entrevista No. 3)

Como hemos podido apreciar todos estos avances que se han dado, por lo menos en el papel y en las propuestas, hubieran sido difíciles de alcanzar en nuestro

país si no se hubieran consensado primero a nivel internacional. Según se aprecia en las entrevistas realizadas, el camino ha sido largo y empedrado sobre todo por las posturas más conservadoras como las que emanan de El Vaticano y que se encuentran representadas en las Naciones Unidas bajo el nombre de la Santa Sede. Aunque como mencionan María Consuelo Mejía y Alfonso López Juárez, si bien El Vaticano tiene un estatus de observador permanente, en la práctica es como cualquier otro estado; es decir tiene voz en las discusiones y acuerdos de la ONU.

“... Es una jugada política de El Vaticano; en la práctica está actuando como cualquier otro estado. No tendría por qué, pero como Naciones Unidas funciona por consenso, si existe una sola voz que manifieste desacuerdo, esto ya cambia las cosas. Además El Vaticano ha hecho todo un trabajo de influir en las Delegaciones para que otros países hablen por las posiciones de El Vaticano. Entonces cuando El Vaticano dice una cosa, luego la dice Guatemala, lo dice Nicaragua, lo dice El Salvador, lo dice Argentina... y ya queda dentro de las Naciones Unidas.”  
(Entrevista No. 4)

En la Conferencia de El Cairo la postura de El Vaticano dificultó los trabajos, sobre todo en los que tenían que ver con la salud reproductiva. Aún con todo se lograron importantes avances y en Beijing la voz de la Santa Sede se vio opacada ante la suma de esfuerzos y la unión de los países que creen en el desarrollo de las naciones a través del bienestar sociocultural, político y económico, sobre todo de las mujeres.

En este ambiente de discrepancias los procesos para llegar a acuerdos son, a decir de Brígida García, “un ejercicio de democracia absoluta”:

“...Cuando no hay consenso... se hace un grupo aparte y se nombra a representantes de las diferentes corrientes para que acuerden un lenguaje determinado que pueda conciliar las diferencias, pero esta es una cosa laboriosísima... porque cualquier país puede levantar la voz y decir “yo no estoy de acuerdo con eso y paren la aprobación de tal



cláusula...” (Entrevista No. 2)

Sin embargo es necesario resaltar que las estructuras básicas del documento no pueden modificarse porque ya están previamente acordadas. Según explica Sandra Samaniego la discusión se centra en los temas que estaban entre corchetes y que no habían sido consensados. (Entrevista No. 6) Cuando el desacuerdo persistía los países tenían la opción de reservarse en los apartados que consideraban ajenos u opuestos a sus respectivos intereses, este fue el caso de El Vaticano:

“...En El Cairo y Beijing, El Vaticano se sumó al consenso pero se reservó; es decir, no está de acuerdo, no impulsará, no aplicará todo lo que tiene que ver con salud reproductiva, derechos reproductivos, derechos sexuales, planificación familiar, maternidad sin riesgos”. (Entrevista No. 4)

En este contexto México se sumó, sin reservas, a todos los acuerdos emanados de El Cairo y Beijing. El seguimiento o la aplicación de las recomendaciones no son obligatorias, no tienen carácter de ley. Brígida García explica que sólo en los casos de las Cumbres internacionales existe la necesidad de legislar conforme a lo que se acuerda. Las recomendaciones de El Cairo y Beijing tan sólo son exhortos y cada país lo aplica según sus necesidades y sus políticas internas. “Hay cosas que pueden rebasar el ámbito de las leyes de un país y en ese sentido nadie obliga al país a seguir adelante con eso...” (Entrevista 6). Sin embargo, al sumarse a estos acuerdos se adquieren responsabilidades y un compromiso moral; María Consuelo Mejía lo denomina como “conciencia internacional” y no llevarlos a cabo tiene sus consecuencias:

“... los acuerdos salen de un análisis de la realidad; entonces los diagnósticos hechos a nivel nacional dicen que si se sigue desarrollando

en esta forma, está poniendo en cuestión el desarrollo humano, la supervivencia del planeta, etc.

Es la base de la cual se parte; es decir son los países quienes llevan su propio diagnóstico, se discute en colectivo y se llega a una serie de soluciones. El echarse para atrás es un poco complicado en términos de la consecuencia que tiene en Naciones Unidas... El financiamiento a los países que no están instrumentando la perspectiva de género ya no va a ser igual; eso puede interpretarse como condicionamientos a la financiación de los programas de desarrollo por medio de la salud. La argumentación es, “si estuvimos de acuerdo que es necesario hacerlo, hay que impulsarlo y qué significa impulsarlo”. (Entrevista No. 4)

Estos compromisos han ayudado a concretizar avances muy específicos en diferentes ámbitos de la salud reproductiva en México; también dejan ver limitantes y omisiones que aún persisten y que impiden llevar a la práctica todo lo acordado. Las entrevistas aquí realizadas nos hablan de los avances y las limitantes que hacen notar la gente que se encuentra comprometida de alguna manera en la aplicación y desarrollo de la salud reproductiva en nuestro país.

### **Conceptos en torno a la Salud Reproductiva.**

Siguiendo a Cecilia García el concepto de salud debe entenderse como un compuesto entre “el proceso salud-enfermedad, que es un proceso histórico, un proceso dinámico determinado por una serie de factores socioeconómicos, políticos y culturales...” y el concepto de bienestar integral en donde se incluyen los aspectos biológicos y psicológicos de las personas. (Entrevista No.1)

Con esta visión integral se pretenden plantear los lineamientos y las características de los diferentes componentes de la salud reproductiva.

## Calidad de la Atención.

En lo que se refiere a la calidad de la atención se plantean programas genéricos y globales, pero se es necesario tomar en cuenta las características de la población en donde se aplicarán. En este sentido la calidad de la atención conlleva estudios específicos de las necesidades que imperan en una población determinada con el fin de respetar su cultura y tradiciones. El aspecto fundamental de donde debe partir la prestación de los servicios de salud para elevar la calidad de la atención es el respeto:

“...Muchas veces las mujeres no quieren regresar a los centros de salud porque no se respetan estos aspectos básicos de la cultura, como puede ser el respeto a la privacidad... El médico tiene que saber con qué población está tratando y esto es parte de la capacitación y sensibilización que debemos de tener con el médico. De que entienda de que la cultura es importante y que él no puede llegar con su forma de pensar y tratar de imponer su visión del mundo a toda la gente”. (Entrevista No. 1)

La capacitación de los prestadores de servicio bajo un enfoque de género es necesaria para elevar la calidad de la atención en salud reproductiva. Los usuarios y usuarias deben sentirse cómodos en cada consulta que realicen, sentir que aclararon sus dudas y que obtuvieron varias alternativas para poder decidir con respecto al ejercicio de su sexualidad y reproducción. Por tanto los prestadores de servicios deben contar con las herramientas necesarias para ofrecer una óptima orientación y consejería a quien se los solicite además de fomentar el acercamiento con la población que aún continúa marginada de este tipo de servicios.

La calidad de la atención implica no solamente el trato humanitario entre el prestador de servicios y los usuarios; sino también se trata de asegurar el acceso de

todas las personas a los servicios de salud, sobre todo en las regiones que sufren de mayores índices de marginación. La calidad también debe contenerse en los medicamentos y métodos anticonceptivos que se ofrecen al usuario, al igual que en el resto de los servicios que incluye la salud reproductiva, tomando en cuenta las características y necesidades de cada una de las personas.

“... nosotros sabemos que en el área de Planificación Familiar si contamos con 8 métodos anticonceptivos por ejemplo, en lugar de contar con 5, nosotros vamos a poder cubrir la demanda no satisfecha porque tú sabes que existen condiciones en el que un método es mejor que otro para ciertas mujeres. Tratamos de encontrar el método ideal para cada una de las mujeres. Entonces hacemos muchas actividades enfocadas al desarrollo, a apoyar proyectos de investigación en el que puedan demostrarse la utilidad o las ventajas de ciertos métodos anticonceptivos, de ciertos métodos para la regulación de la fertilidad que te permitan incorporarlos al programa, al subcomponente de Planificación Familiar, y entonces tener una mayor prevalencia de usos de métodos. Al incrementar nuestras actividades relacionadas con la orientación-consejería; es bien sabido que si la usuaria o los usuarios reciben toda la información, toda la orientación y toda la consejería posible en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, los usuarios van a tener una mayor continuidad en el uso de métodos anticonceptivos y ésto es calidad... si podemos ampliar la cobertura y fomentar la calidad de los servicios; podemos implementar la aceptabilidad por parte de los usuarios; si tú das un buen servicio, si tú estás a gusto con el prestador de servicio, le tienes confianza, te informan, te resuelven tus dudas, entonces te gusta estar con él y regresas; si tú ofreces un método que le funciona muy bien, él va a regresar contigo”. (Entrevista 5)

Elevar la calidad de la atención no solamente es un trabajo que implica concientización; sino también requiere voluntad política y presupuesto. Si no existen las condiciones económicas y políticas óptimas, la voluntad por sí sola no puede hacer todo el trabajo de elevar la calidad de los servicios que se están ofreciendo. Un ejemplo claro de ello es el que nos plantea Cecilia García:

“Sabemos que el cáncer cérvico-uterino es uno de los problemas más importantes que tienen las mujeres actualmente en México. Hay una

mortalidad muy alta... de hecho somos uno de los primeros países de causas de muerte por cáncer cérvico-uterino. Entonces se hace un programa de cáncer cérvico-uterino que toma en cuenta la toma de muestra; y toma en cuenta el diagnóstico, y toma en cuenta el tratamiento por ejemplo de las displacias, pero que no toma en cuenta el manejo que se le va a dar a la paciente que le detectas un cáncer de tipo 2,3 ó 4, en los diferentes estadios del cáncer. Para eso no hay presupuesto, y no podríamos nosotros atender a las mujeres que salgan con cáncer 3, cáncer 4 porque no tenemos ni los médicos, ni el instrumental, ni la gente capacitada en nuestra institución para poder atender a esas mujeres. Entonces es un problema de salud que ahora lleva a tener un problema ético importante, que es: ahora que detectemos a las mujeres ¿qué vamos a hacer con ellas?. No tenemos el presupuesto para atender a todas las mujeres en riesgo, solamente vamos a comenzar a atender a aquellas mujeres que tengan más de 45 años en esta primera etapa porque no hay presupuesto suficiente. Llega un momento en que las intenciones pueden ser muy buenas por parte de los funcionarios y de los médicos, pero si no se da el dinero para poder llevar a cabo este programa, no se puede hacer el programa por más que salga dentro de la norma, y por más que saquemos un programa fabuloso y a la hora de la hora no se puede llevar a cabo. Entonces tenemos que fraccionar a la población y empezar a ver qué es lo que vamos a hacer”. (Entrevista No. 1)

La calidad de la atención es un concepto reciente, implica cambio de valores y modificaciones esenciales en la cultura del prestador de servicios pero como hemos visto también implica voluntad política y una serie de condiciones económicas para poder desarrollarla.

## **Aborto.**

El tema del aborto en nuestro país es aún escabroso. Como ya mencionamos anteriormente se logró conceptualizarlo como un problema de salud pública; la práctica del aborto en México es la cuarta causa de muerte materna en México y su penalización impide su tratamiento:

“...Mientras no se despenalice el aborto, vamos a seguir teniendo el problema de mujeres que llegan con complicaciones de aborto, porque

estas mujeres no van a tener acceso a una interrupción del embarazo hecha en condiciones de higiene o por personal realmente capacitado para hacer un legrado o una aspiración manual intrauterina... Es un problema de discriminación socioeconómica muy grave, porque mientras las mujeres ricas van y se hacen una regulación menstrual, entre comillas, tienen acceso a todo esto. Las mujeres que no tienen recursos, acaban metiéndose sondas o cualquier cantidad de cosas que provocan, en variadas ocasiones, no nada más que pierdan la matriz sino hasta su vida". (Entrevista No. 1)

La Plataforma de Acción de Beijing recomienda a los gobiernos que contienen leyes punitivas contra el aborto revisarlas. Ello debido a que el tratamiento que se le da al aborto sigue siendo exclusivamente el de la atención, pero se ha omitido el sentido integral de lo acordado en Beijing. Ello implicaría medidas preventivas a la vez de reconocer y afrontar las consecuencias que tienen para la salud los abortos peligrosos. En coherencia con lo anterior, se insta a todos los gobiernos para redoblar los esfuerzos para reducir el recurso del aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de salud reproductiva, así como programas integrales de educación sexual. Sin embargo, en nuestro país el tema del aborto continúa siendo un tabú, no se le dedican programas ni acciones específicas; el aborto es como un fantasma que aparece de vez en cuando en las prioridades de prevención en salud reproductiva. No hay medidas concretas que nos hagan pensar en su aceptación real como un problema de salud pública.

Beijing logra introducir el párrafo 107 del Plan de Acción la invitación a los gobiernos a considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales. Sandra Samaniego nos recuerda que:

"... la Plataforma de Pekín es un documento no vinculatorio y que en múltiples secciones de la Plataforma se señala la conveniencia de revisar

y reformar leyes o bien, aprobar y aplicar leyes, o en su caso promulgar y hacer cumplir leyes, como en lo que concierne a las secciones contra la violencia hacia la mujer o en aspectos económicos; todas estas son recomendaciones que se toman en el espíritu de la salvaguarda de cada país respecto a su marco legislativo y siempre bajo la incumbencia de la responsabilidad soberana de cada estado; incluso en el párrafo 107k se establece explícitamente que, cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud, se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional...” (Entrevista No. 6)

O sea, es una recomendación básicamente. Recomendación que dicho sea de paso ha provocado escándalos por grupos de Pro-Vida como si de verdad ya se haya legislado en favor de la despenalización del aborto en nuestro país. No han querido entender el sentido de la recomendación: prevención, atención y tratamiento humanitario y respetuoso de los abortos incompletos. Es más, no se han podido percatar que una revisión de la legislación del aborto, como dice María Consuelo Mejía, es un arma de doble filo porque no solamente se pudiera despenalizar sino también se corre el riesgo de restringir y penalizar la práctica del aborto de una manera más severa:

“... se puede revisar hacia atrás, de eso no les ha “caído el veinte” a los de Pro-Vida. A la letra dice que se deben de revisar pero no dice hacia dónde se deben revisar. A la letra también puede interpretarse como lo ha dicho Luis de la Barrera en su libro sobre el aborto; es decir, debería de haber un millón de mujeres presas en México por hacerse abortos, y en la realidad eso no opera”. (Entrevista No. 4)

El tema del aborto no es nuevo, incluso es uno de los temas más debatidos por lo menos dentro del movimiento feminista. Ha sufrido transformaciones en el proceso de discusión y sus planteamientos varían según el enfoque con se aborde. El tema es sumamente complicado porque plantea problemas de fondo éticos y morales; las cargas valorativas en torno al aborto son complicadas y difíciles de

resolver pero no imposibles.

Y es que en nuestra sociedad se están gestando cambios valorativos que a la larga fomentarán un ambiente más permisible y humanitariamente igualitario en donde el aborto se le reconozca como un problema real de salud pública y por lo tanto en donde existan programas y acciones amplios e integrales dirigidos a su prevención y atención.

### **Participación de los varones.**

Los cambios valorativos a los que nos referimos pueden verse claramente ejemplificados en la relación hombre-mujer que se plantea en torno a la salud reproductiva. Es decir, hablamos de un enfoque de género en donde no solamente se fomenta la participación activa de los varones; sino se busca concientizarlos de sus propios procesos sexuales y reproductivos y de su corresponsabilidad en la conducta reproductiva.

Hasta antes de El Cairo y Beijing los programas de salud reproductiva estaban generalmente dirigidos a las mujeres, al control de su fecundidad a través de los métodos anticonceptivos. Actualmente, los programas de planificación familiar presentan interés en fomentar la participación de los varones en el uso de los métodos anticonceptivos. A decir verdad aún son pocas las alternativas anticonceptivas con las que pueden contar los varones: la vasectomía y el preservativo. Aún con ello se han podido detectar avances importantes, por ejemplo Alejandro Morales del Olmo nos explica que el Programa Nacional de Vasectomía sin bisturí que se puso en práctica en nuestro país a finales de 1993 ha tenido una



aceptación inesperada:

“...con la idiosincrasia de los varones mexicanos era fácil tener la expectativa de que no tuviera resultado el Programa; pensamos que muchos varones de nuestra sociedad no iban a estar de acuerdo en someterse a este procedimiento por todos los tabúes y falsos conceptos que existen en nuestro medio. Sin embargo, y a cuatro años de la instrumentalización del Programa, las cifras, los resultados han superado en mucho las expectativas que nosotros teníamos. Desde luego que implementar un Programa incluye actividades de promoción, educación, información y orientación... Son programas muy bien establecidos, controlados, monitoreados. Y este es un ejemplo de que la participación del varón en nuestro país es posible siempre y cuando se haga promoción, invitar a los varones a que asistan con nosotros; por ejemplo, tenemos actividades como la vasectomía sin bisturí pos-parto que a lo mejor en otras circunstancias mucha gente no podría entenderla. El chiste es invitar al varón a practicarse la vasectomía una vez que ya tuvo el número de hijos que deseaba y entonces además de ofrecer la metodología anticonceptiva a la mujer solamente, también se la ofrecemos al varón, se le explica al varón... que en la actualidad tenemos más de 30 mil procedimientos para la realización de la vasectomía.” (Entrevista 5)

Los programas de planificación familiar también fomentan el uso del preservativo como método anticonceptivo que además tiene la ventaja de evitar el contagio de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Diversos estudios han demostrado que son los varones los principales vehículos de contagio y el uso del preservativo debe fomentarse con programas de educación sexual dirigidos a los varones desde la adolescencia.

Hay quienes siguen pensando que la participación de los varones en el uso de anticonceptivos tiene más que ver con cuestiones valorativas que con el fomento de la salud reproductiva de los propios varones:

“...en el caso de las ETS, como en general los hombres son más promiscuos (en el caso de las mujeres son más promiscuas que los hombres las mujeres que son promiscuas pero en porcentaje son menor). Hay un porcentaje mucho mayor de hombres promiscuos, entonces ellos

son los responsables de las ETS, también son responsables de una gran cantidad de embarazos no deseados, sobre todo los que ocurren fuera del matrimonio; entonces son una parte muy importante del problema y es necesario que sean conscientes de que también tienen que contribuir en la solución”. (Entrevista No. 3)

La intención es lograr sí la participación activa de los varones en el uso de los métodos anticonceptivos con los que se cuenta actualmente; pero también fomentar esta participación por medio de la concientización de su responsabilidad en cada uno de los procesos de la salud reproductiva.

Esta concientización tiene que ver de un principio con las vivencias sexuales; se debe asegurar a la pareja relaciones sexuales placenteras lo que implica que deben estar libres del contagio de enfermedades y de los embarazos no deseados. El ejercicio de la sexualidad debe de ser libre, elegida y sana para la pareja, para ello la comunicación que se establezca entre ellos será de suma importancia.

Así mismo, la participación del varón debe extenderse a la vivencia del embarazo, del parto y del puerperio, así como durante el período de lactancia; su presencia es importante para el estado anímico de las mujeres pero es necesario reconocer que en este sentido se sigue viendo la participación del hombre como una ayuda; y no debe de ser así, estos procesos reproductivos también deben entenderse como propias de los varones:

“... es necesario que el hombre se sienta partícipe del embarazo. Cuando hablamos de Salud Reproductiva tenemos que tener también presentes los derechos que tiene o debería tener el hombre de participar en los eventos de la Salud Reproductiva. Por ejemplo en México, por lo menos en las instituciones públicas, el hombre no puede participar en el parto, en el nacimiento de sus hijos; y esto es un elemento muy importante del vínculo, de que el hombre debería poder participar; es un derecho del hombre de poder participar en el nacimiento de sus hijos pero actualmente no puede. Puede en las instituciones privadas pero ¿cuántos pueden acceder a las instituciones privadas?, pues muy pocos. O pueden

aquellos que se atienden con otro tipo de prestadores como pueden ser parteras, prestadores tradicionales. Pero en las instituciones no se le permite al hombre entrar y yo creo que esto va en contra de sus derechos reproductivos”. Entrevista No. 1)

Hacen falta programas que proporcionen a los varones información acerca de la forma en que pueden ayudar a la prevención de enfermedades propias de las mujeres como por ejemplo del cáncer cérvico-uterino, al respecto Cecilia García nos explica:

“... el cáncer cérvico-uterino se puede considerar también una ETS porque el factor que más influye es la infección por el virus del papiloma humano y éste es transmitido sexualmente. Entonces es muy importante que el hombre entienda cuál es su función y apoye a la mujer en todas las acciones de prevención y detección del cáncer cérvico-uterino”. (Entrevista No. 1)

Los programas deberían contener apartados dedicados al cuidado de la salud de los varones atendiendo a sus necesidades y problemáticas específicas; por ejemplo, la detección del cáncer de próstata también tiene que ver con la salud reproductiva y sin embargo es un tema abandonado en los programas nacionales; a su vez los estudios sobre fecundidad que existen en nuestro país siempre han sido sobre la fecundidad de las mujeres; es verdad que detectar la fecundidad masculina es más difícil porque mientras una mujer está embarazada de un hijo, los hombres pueden fecundar varias veces en el transcurso de nueve meses , pero no por ello debe eliminarse los estudios referentes a la situación de los varones.

Si los varones aprenden a cuidar de su salud, se responsabilizan de cada uno de los eventos reproductivos que vive en pareja y entiende que su participación es un derecho, invariablemente la salud y el bienestar de las familias se elevará.

Si, porque el concepto de salud reproductiva está orientado a todos los

integrantes de las familias. Alfonso López Juárez nos explica que antes los programas de planificación familiar estaban centrados en la mujer; ahora “la salud reproductiva le da participación al resto de la familia, al hombre; con la atención materno-infantil, también a los niños y en general con el concepto de salud sexual a todos los miembros de la familia, a los jóvenes, a todos”. (Entrevista No. 3)

## **Familia.**

En Beijing se entiende que uno de los primeros pasos encaminados a fomentar la salud reproductiva se debe dar en la propia concepción de la familia. El debate se planteó con las posturas que aseguran que nada más existe un sólo tipo de familia, la heterosexual (madre, padre e hijos) oponiéndose, a su vez, a la legitimación de las parejas homosexuales o de un gran número de madres solteras que se asumen como una familia. Finalmente se reconoció la existencia de “diversas formas de familia” (Entrevista No. 4). Ello abre el espectro de las políticas de salud reproductiva porque se rompe con la idea de que solamente las mujeres casadas tienen vida sexual y reproductiva. Los servicios se deben ampliar a las mujeres solteras, divorciadas, separadas, viudas, a sus hijos y por supuesto a los hombres que también forman parte de la familia independientemente de su modalidad.

En las políticas de salud reproductiva que rigen en nuestro país esta concepción aún no aparece claramente; no se habla de las diversas formas de familia ni mucho menos de cómo fomentar la participación de todos sus miembros en beneficio de la salud familiar.

Alejandro Morales del Olmo explica que en México existe un programa

denominado el “Hospital del niño y de la madre” en donde se incluyen actividades de salud reproductiva donde se toma en cuenta a la madre, al padre y a los hijos, incluso en las comunidades indígenas (Entrevista No. 5) pero en ningún momento se habla de la integración a este tipo de programas de parejas conformadas por hombres o por mujeres o de aquellas familias ampliadas donde es la abuela, la hermana, la tía, etc. quienes se hacen cargo de los hijos.

Para fomentar la salud reproductiva en el núcleo familiar es necesario sentar las bases del respeto, la confianza y de la comunicación. En las familias la perspectiva de género es un factor importante para lograr la salud familiar:

“... los aspectos de género tienen que ver con un trato más igualitario a los hijos, de tener mayor comunicación con los hijos sobre sus aspectos sexuales, sus aspectos psicológicos. De dar en la familia mayor igualdad en cuanto a las oportunidades de recreación, de educación, de formación, de sexualidad, todo eso tiene que influir en la familia.

La Salud Reproductiva a fin de cuentas va a acabar en una mejor salud familiar porque tiene que ver con las diferentes etapas de la vida, no solamente de la mujer sino también del hombre... en el momento en que nosotros logremos tener una Salud Reproductiva, vamos a lograr una salud familiar”. (Entrevista No. 1)

## **Derechos Sexuales y Reproductivos. Derechos Humanos.**

Otro elemento fundamental para asegurar la salud reproductiva entre la población es reconocerla como un derecho. Indiscutiblemente este ha sido uno de los logros más importantes que se dieron en El Cairo y Beijing porque, como nos explica Brígida García, elevar los derechos reproductivos a derechos humanos significa que son normas de toda la humanidad que se debe respetar en todo momento, en todo lugar, son normas básicas de convivencia.

Las personas deben saber que es su derecho tener acceso a los servicios de salud y que la desinformación, discriminación o cualquier tipo de coerción está atentando contra este derecho humano. Así mismo se debe difundir la idea de que los derechos humanos de la mujer incluye decidir libre y responsablemente respecto de su sexualidad sin verse sujeta a la coerción, discriminación y la violencia (Declaración y Plataforma de Acción, Beijing, 1995).

Sin embargo en países como el nuestro, explica Cecilia García, la salud se sigue manejando como una mercancía que tan sólo pueden obtener aquellos que tienen las posibilidades económicas:

“... la salud es un bien de mercado; eso es lo que se está tratando de hacer en la mayoría de las instituciones, aunque no sea explícitamente pero implícitamente se hace al estar tratando de subrogar los diferentes servicios; con toda esta idea neoliberal de la privatización de los servicios y poco a poco se está metiendo la idea de la salud no como un derecho sino dentro del mercado de la oferta y la demanda; yo no estoy de acuerdo. Pero apenas, en este gobierno, lo que se está tratando es de impulsar estos mensajes de que la salud es un derecho, de que hay derechos sexuales y reproductivos...

Estamos tratando por otro lado de disminuir, en lo posible, algunas de las cuotas de recuperación. Pero esto es difícil... tesorería nos está pidiendo que le demos un 17% en las cuotas de recuperación. Cuando nosotros, algunos, consideramos que hay algunas cuotas que la población no

puede pagar. Este es un ejemplo en donde se ve claramente que es poco lo que se puede hacer en estos momentos”. (Entrevista No. 1)

Los programas de salud reproductiva deben ser propuestos en términos no lucrativos (implícita y explícitamente) y se debe entender que el acceso universal a la salud, además de ser un derecho, redundará en el mejor desarrollo de las naciones. Pero hablar de derechos también implica obligaciones o responsabilidades; en este caso concreto, hombres y mujeres deben asumir las consecuencias de su conducta sexual y reproductiva. Si las decisiones fueron tomadas en el marco arriba descritos de los derechos humanos; entonces se deben responsabilizar de ellas.

Para Brígida García por ejemplo, cuando se ha tomado la decisión de tener hijos es un derecho de los padres asegurar el nacimiento de sus hijos en las mejores condiciones de salud; pero también debería ser obligatorio, como parte de la salud reproductiva, la crianza de los hijos:

“Hay quienes opinan que no deberíamos hablar de los derechos reproductivos de las mujeres, porque las obligaciones también incluyen a los varones, sino hay que pensar en legislar en torno a obligaciones compartidas sobre la crianza. Es un paquete fuerte porque se debe concientizar que se tienen derechos pero también obligaciones sobre la crianza.” (Entrevista 2)

Las responsabilidades y derechos reproductivos se deben fomentar desde la infancia, sin distinciones sexuales que propicien la eliminación de cualquier forma de discriminación, sobre todo de las mujeres y con ello elevar su autoestima que potencialice sus facultades para tomar decisiones libres y responsables respecto a su propio cuerpo.

## **Empoderamiento (Empowerment).**

Tanto en el Cairo como en Beijing se reiteró la necesidad de erradicar la condición de subordinación que sufren las mujeres. El “empowerment”<sup>30</sup> es la herramienta necesaria para poder acceder a la salud reproductiva.

Siguiendo el sentido de “apoderamiento” que plantea Brígida García en términos de salud reproductiva, éste significa tener conciencia de los derechos reproductivos para poder responsabilizarse de las conductas sexuales y reproductivas. Al respecto opina María Consuelo Mejía:

“Yo creo que para lograr instrumentar el nuevo concepto de salud reproductiva la herramienta esencial es esa; que las mujeres sepan que tienen derechos; en el ámbito de la salud concretamente, que ellas sepan que tienen derecho a la información, que tienen derecho a firmar un consentimiento, que tienen derecho a opinar, que tienen derecho a oponerse; y en la medida en que empoderamiento es una conciencia de el nuevo enfoque de los derechos y el poder de hacerlos valer, es esencial para poder instrumentar la salud reproductiva. Si no, se queda en lo mismo, sigue siendo una relación vertical en donde el que sabe es el prestador de servicios y la ignorante es la usuaria o el usuario, entonces no se está instrumentando el nuevo enfoque de salud reproductiva”. (Entrevista No. 4)

De nueva cuenta, la información juega un papel importante para el empoderamiento de las mujeres; sin ésta la salud reproductiva no podrá lograrse. Sin embargo, existen otras condiciones necesarias para que la salud reproductiva sea

---

<sup>30</sup> Brígida García explica que “empowerment” tiene diferentes connotaciones: “Las Naciones Unidas lo tradujeron como la potenciación de las mujeres, pero no rescata todo el sentido. Los ligüistas opinan que empoderamiento es muy arcaico, debería decir apoderar a las mujeres, pero a veces refleja lo que se quiere; es decir, tener el poder para tomar decisiones respecto a la vida sexual y reproductiva. En otros casos es hacer que se desarrolle un potencial que tienen las mujeres, y en ese caso apoderar no es la palabra correcta sino empoderar o potenciar sería la idea. Hay otros casos en donde se habla más bien de autonomía de la mujer que es un término más familiar para nosotros y está centrado en que la mujer logre crecer y logre cuestionar las relaciones de poder. Lo que está detrás de apoderar o empoderar es cuestionar las relaciones de poder”. (Entrevista No. 2)



una realidad, hablamos del otro sentido del “empowerment” que plantea Brígida García y que estuvo presente en todos los apartados de las Conferencias de El Cairo y Beijing: cuestionar las relaciones de poder que han propiciado la subordinación de las mujeres. “No se trata solamente de la conciencia subjetiva de que tienes derechos sino también del poder y los recursos para hacerlos valer” (Entrevista No. 4). Las mujeres deben ser tomadas en cuenta y formar parte de los procesos de decisión en el seno público y privado para propiciar el bienestar social:

“Ahí está la clave, la mujer debe ser partícipe de la toma de decisiones, que se mueva libremente, estar libres de la violencia doméstica, potenciarse, ser autónomas, tratar de superar su condición de subordinación, tiene que romper las relaciones de poder con los hombres.”

Por supuesto que no se plantea una guerra con el sexo masculino, el empoderamiento plantea igualdad sociopolítica, cultural y económica entre los géneros que finalmente propiciará las condiciones para lograr la salud reproductiva de las personas:

“... ¿qué tipo de empoderamiento debemos de tener?, bueno pues, que tengamos las mismas oportunidades de educación, alimentación y salarios. Porque la salud reproductiva no es tan sólo salud; es tener vivienda, es tener acceso a los títulos de vivienda, tener más poder. Y no estamos hablando de poder en contra del hombre; sencillamente es poder de tomar decisiones autónomas, poder para tener una vida más feliz que es finalmente lo que estamos buscando; tener mayor bienestar”. (Entrevista 1)

A través de las entrevistas realizadas hemos podido rescatar los conceptos básicos que deben estar contenidos en toda política de salud reproductiva. En capítulos anteriores hemos revisado los programas que se han establecido para el presente sexenio y hemos podido constatar que varios de estos elementos están

inmiscuidos por lo menos a nivel discursivo. Deberá ser objeto de otros estudios detectar si se instrumentan en la práctica; es decir si existe coherencia entre lo plasmado en el papel y las acciones que se están realizando para alcanzar lo propuesto.

## **Políticas de Salud Reproductiva en México.**

El objetivo del presente trabajo de investigación es señalar el estado actual de las políticas en salud reproductiva a través de sus avances pero también a través de las limitaciones que aún hay que subsanar. Nuestros entrevistados coinciden en reconocer que los actuales programas recuperan el espíritu del concepto de salud reproductiva en el plano discursivo, el cual finalmente ayudará a modificar concepciones centralizadas en el desarrollo a través del control de la fecundidad.

Arturo Vega explica que al crearse la Dirección General de Salud Reproductiva y Planificación Familiar no nada más significó el cambio de nombre; si no ha sido la fusión de la salud materno-infantil con la planificación familiar en donde la participación del varón y los demás miembros de la familia juegan un papel importante.

“El concepto de Planificación Familiar estuvo circunscrito en sus inicios a proporcionar métodos anticonceptivos, pero eso no es Planificación Familiar. Planificación Familiar es mucho más extenso, no es proporcionar un método anticonceptivo. Planificación Familiar ya en el contexto de Salud Reproductiva implica... educación en los niños, en las niñas, en las y los jóvenes, desde las primeras edades hasta que se entra en la etapa reproductiva. El concepto es muy amplio por eso está circunscrito dentro de las acciones de Salud Reproductiva”. (Entrevista No. 7)

Tal vez uno de los principales avances que se puede apreciar en el diseño del

Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar es la transformación de mentalidad al referirse a la salud de la población. El interés ya no se centra únicamente en la atención de enfermedades sino en la prevención de las mismas para lograr el bienestar de las personas:

“La prevención juega un papel importante. Ya no se trata de aliviar, de curar problemas; se trata más bien de prevenirlos. Es prioridad del gobierno en este momento, de la subsecretaría de Control y Prevención de Enfermedades el hecho de prevenirlas, de evitarlas. Y puedo decir que la salud de la mujer, en el último año, ha jugado el papel más importante dentro del marco de Salud Reproductiva. Esto no quiere decir que se descuidan las otras actividades, pero yo creo que han tenido mayor relevancia en el sentido de que el 6 de marzo de este año fue publicada la normatividad en cuanto al manejo y tratamiento y prevención del cáncer cérvico-uterino, se presentó en el día internacional de la mujer; la cartilla nacional de la mujer, que es un documento en el que se pretende llevar un seguimiento más o menos similar como el que se llevó con los niños con la cartilla nacional de vacunación; se pretende, no llevar un control, sino que la mujer conozca sus antecedentes, llevar un control más o menos adecuado de cuáles han sido los problemas relacionados con la Salud Reproductiva, con la Planificación Familiar y cada vez que ella vaya a consulta el médico haga las anotaciones más importantes. Yo creo que en el último año, esto a jugado un papel muy importante en la salud de la mujer; la prevención de los problemas relacionados con la salud de la mujer”. (Entrevista No. 5)

En cuanto al actual Programa Nacional de Población, Brígida García asegura que la salud reproductiva si se está planteando de manera integral; es decir, salud y el bienestar de las personas como compuestos inseparables. Por ello se plantea la necesidad de erradicar cualquier forma de discriminación de las mujeres en el ámbito económico, político, social y cultural.

“Todo el Programa Nacional de Población está permeado con una perspectiva de género. Realmente se hizo un esfuerzo en esa dirección, hay un capítulo muy amplio sobre las mujeres en relación con los hombres; hay acciones muy detalladas, por ejemplo, en lo que respecta al consejo, hay varios anuncios en la televisión que pretenden retomar las relaciones hombres y mujeres bajo una nueva óptica. También CONAPO

realizó una encuesta de Planificación Familiar que se llama la ENAPLAC 1995, en donde incorporó muchas preguntas desde una perspectiva de género, sobre relaciones intrafamiliares, varias cosas interesantes sobre la libertad de movimiento de las mujeres, libertad de toma de acción sobre métodos anticonceptivos, cómo, cuándo, dónde, etc.

Hasta donde uno puede ver, ese tipo de instrumentos; lo que está escrito en los planes, en el Programa Nacional de Población, sí está; es decir, existe la intención. Por ejemplo los COESPOS, que son los Consejos Estatales de Población, ya en el trato directo con las mujeres o en el trato directo del CONAPO y de la Secretaría de Salud con las mujeres, hay toda esta idea de integrar la salud, los métodos anticonceptivos con una perspectiva de salud, y también tener en cuenta la integración de los servicios, que no sólo sea de Planificación Familiar sino que también tenga que ver con toda la prevención de enfermedades, morbilidad y mortalidad de la mujer y todo lo que se refiere al tratamiento de las Enfermedades Sexualmente Transmisibles; que todo esté integrado en una perspectiva amplia de Salud Reproductiva; ahora bien en los instrumentos está escrito, no sé si en la práctica se lleve a cabo". (Entrevista No. 2)

Como mencionamos anteriormente se necesitan estudios que midan esta perspectiva en la práctica; sin embargo, no podemos negar que a partir de las Conferencias de El Cairo y Beijing las políticas de población y desarrollo de nuestro país han mostrado mayor interés en la situación de las mujeres y ello en sí mismo ya es un gran avance. Un ejemplo de este interés por parte del sector gubernamental ha sido el Programa Nacional de la Mujer en donde se puede apreciar la intencionalidad de incluir la perspectiva de género en sus diferentes apartados de educación, atención a la pobreza, trabajo, fomento productivo, familia, derechos y toma de decisiones, combate a la violencia, imagen de la mujer y por supuesto en el cuidado de la salud.

"... para nosotras también un logro muy importante de la Conferencia (de Beijing) fue que hizo que se reavivara todo este interés por la mujer; y el Programa Nacional de la Mujer responde en muy amplia medida a la Plataforma de Acción de Pekín, porque se formó también en el crisol de la Conferencia; y de hecho, posteriormente a la Conferencia se hicieron foros de consulta para la formulación del Programa; entonces el Programa

se dio a conocer, el presidente Zedillo convocó a que se hiciera un Programa el 8 de marzo de 1995; entonces en 1995 a la luz de la Conferencia y en ese interés se hicieron foros antes y después de la Conferencia para ir definiendo el Programa también a nivel estatal. A partir de eso en 1996 se presenta el Programa que incluye nueve objetivos, uno de ellos es el tema de salud”. (Entrevista No. 6)

Las normatividades están planteadas a nivel nacional, son conceptualizaciones que deben ser asimiladas a nivel general; sin embargo éstas deben adecuarse a las problemáticas específicas de cada región o sector en donde se instrumentalicen. La descentralización de los servicios de salud es necesaria en este sentido porque cada estado debe conocer de manera más profunda las necesidades y prioridades que requiere su población y en ese sentido adecuar los lineamientos generales que en salud reproductiva se plantean.

“Yo creo que cada estado debe de hacerse cargo; se le debe de dar el presupuesto adecuado a cada estado para que pueda trabajar en los servicios. Y bueno, la normatividad puede ser de tipo general aunque se debe adecuar la normatividad a las diferentes condiciones. Hay programas por ejemplo que no pueden existir en el D.F. porque no existe ese tipo de problemática, y existirá más en las costas o en otras regiones; entonces hay que ir especificando los problemas por estados, por zona, inclusive por municipio. Yo si creo que la descentralización es adecuada, pero esto no exime al Estado de velar por la salud de los individuos. La salud en sí no es la que es un derecho; sino la protección a la salud es la que es un derecho”. (Entrevista No. 1)

Reiteramos el valor de reconocer los avances en los contenidos de las políticas de salud reproductiva; sin embargo también es necesario señalar que existen esfuerzos en varios sectores de la sociedad para mejorarlas. El debate y los estudios proliferan y ello forma parte de la reestructuración y conformación de las políticas públicas. En las políticas de salud la discusión se plantea desde el nombre con que se denominan los programas. El sector institucional, como hemos

mencionado, plantea la diferencia al fusionar planificación familiar con salud materno infantil en el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (Entrevistas No. 5 y No. 7); hay quienes opinan que la salud reproductiva debe estar contenida en el concepto de salud sexual y no a la inversa bajo la argumentación de que la reproducción es tan sólo un elemento más de la sexualidad de las personas (Entrevista No. 3); también existe la argumentación de que planificación familiar debería estar integrado al concepto de salud reproductiva y que el referirse a ellos de manera separada provoca problemas de interpretación entre la población, la propuesta alternativa de esta postura es denominarla salud sexual y reproductiva. (Entrevista No. 1)

Otro de los déficits que hacen notar nuestros entrevistados es la dificultad de incorporar la perspectiva de género. Los programas muestran la intencionalidad de visualizar a la salud reproductiva con la participación de ambos sexos pero no se esclarecen las acciones concretas que se instrumentalizarán para llevarlas a cabo. La perspectiva de género refiere cambios culturales y no se presentan por decreto, por ello el camino aún es largo.

“... consideramos que los aspectos de género quedan muy diluidos, se dice que se hace con enfoque de género pero realmente no se ve cómo va a realizar este enfoque de género en cada uno de los subprogramas de Salud Reproductiva. Por ejemplo, nosotros no vemos claro dónde está el enfoque de género en la atención prenatal; o sea en el momento de la consulta. Una cosa es el dicho... lo importante es que para que se dé el Programa a la operación, hay un mundo de diferencia.

Mientras que el Programa dice que se van a hacer ciertas acciones, a la hora en que se va a hacer la operación, no vemos esas acciones claramente, y una de ellas es el enfoque de género, violencia intrafamiliar, en favor de las embarazadas; eso no existe. Los médicos no manejan violencia intrafamiliar; la mayoría de los médicos les da temor hablar de la violencia porque no saben cómo manejarla. Hasta que no se haga realmente un Programa de Capacitación para Prevención, Detección y

Manejo de la violencia intrafamiliar y sepamos a dónde canalizarlo; que el médico esté sensibilizado ante este tipo de problema; la mayoría de los médicos ni siquiera saben las dimensiones que tiene este problema de violencia intrafamiliar y más en el caso de la embarazada.

Entonces estamos hablando de un Programa de papel. De aquí al 2000 no creo que logremos una atención como la está planteando el Programa". (Entrevista No. 1)

## **Evaluación.**

Las muchas o pocas acciones que se estén realizando en favor de la salud reproductiva deben ser evaluadas bajo un nuevo enfoque. Los indicadores que se utilicen para conocer el grado de avance que han tenido las políticas que se diseñaron respondiendo a las recomendaciones de El Cairo y Beijing deben contener elementos que nos permitan conocer si efectivamente la perspectiva de género se está instrumentalizando.

Diversos sectores de la población interesados en el tema empiezan a trabajar en el diseño de sistemas de indicadores que permitan el monitoreo de las acciones encaminadas a la salud reproductiva y con ello evaluar los grados de avance.

De entrada se plantea la necesidad de fijar metas pero sin que éstas continúen siendo el criterio de evaluación. Se debe abandonar la idea de que tan sólo el número de usuarias de los servicios de salud nos habla de logros sino también se debe incorporar la evaluación que las propias usuarias y usuarios tienen del desempeño profesional de los prestadores de servicios. (Entrevista No. 4)

Otro indicador importante, y en el cual está trabajando la Dirección General de Salud Reproductiva según comentó Alejandro Morales del Olmo, es la demanda no satisfecha. Es decir, se asegura que es imposible seguir midiendo a través del

número y la diversidad de métodos anticonceptivos que se usan, sino es necesario saber si la información, orientación y consejería está captando el interés del grueso de la población.

“En el ámbito de la Planificación Familiar, yo creo que el más importante de éstos es el de medición de demanda no satisfecha; que no se utilizaba hace algunos años. Se utilizaban indicadores del tipo de prevalencia de uso o prevalencia de uso por grupos de personas y se contaban con metas específicas que debían cumplirse. Yo creo que ahora nuestro objetivo primordial y un indicador fundamental es el hecho de saber medir la demanda no satisfecha porque de nada nos sirve aumentar la prevalencia del uso de métodos si no sabemos cuánta gente queda todavía por usar algún método. A lo mejor efectivamente aumentamos la prevalencia del uso de los métodos pero estamos dejando una parte muy importante de la población sin que usen tal o cual método. Yo creo que este es el indicador que ha jugado un papel fundamental en el uso de la metodología anticonceptiva”. (Entrevista No. 5)

El interés por buscar indicadores que hablen acerca de la demanda no satisfecha no debe centrarse únicamente en el uso y prevalencia de los métodos anticonceptivos. La salud reproductiva, como ya hemos visto, tiene diversos componentes que deben abordarse desde la perspectiva de género. Deben buscarse indicadores que registren el funcionamiento de las acciones encaminadas a este fin. Cecilia García asegura que el actual gobierno del Distrito Federal está interesado en diseñar programas que incluyan el monitoreo de las acciones que favorezcan el desarrollo de la salud reproductiva:

“... actualmente en el Distrito Federal estamos por comenzar una evaluación de línea basal para evaluar cómo está la situación en cuanto al conocimiento de lo que es la Salud Reproductiva, de lo que es el enfoque de género, de lo que son los programas y también cuál es el proceso de atención que se está llevando en las unidades de salud. Y no sólo en las unidades de salud, sino también de la población usuaria de las unidades de salud. Sin embargo, nos queda toda la demás población que no es usuaria, por lo menos de nuestra institución, que también tendríamos que evaluar qué tanto está penetrando el concepto, qué tanto está teniendo



un impacto sobre su salud. Lo que están haciendo otras instituciones o los medios masivos de comunicación, tendríamos también que evaluar cuáles son los resultados en salud de la mujer no solamente en los procesos de atención”. (Entrevista No. 1)

En el Programa Nacional de la Mujer también existe una preocupación muy seria por encontrar nuevos indicadores que permitan la evaluación del programa que se está impulsando. Aunque todavía no se conocen los contenidos del banco de indicadores, Sandra Samaniego asegura que éste proyecto permitirá conocer la situación de la mujer y con ello poder detectar fallas y aciertos.

“Desde el enfoque de género... pretendemos tener, no solamente el banco de indicadores que ya se tiene, lo que se quiere tener es el sistema de indicadores para poder evaluar y medir esta condición, y sacar manuales para las instancias de planeación para que también tengan la visión de por qué es el enfoque de género. También estamos teniendo talleres con cada una de las instancias, ya tuvimos el de salud, el de educación, el de trabajo, el de participación política, hogares-vivienda y familia; a partir de esto se va a sistematizar la información y se van a sacar unas guías metodológicas dentro de ese proyecto de indicadores de la situación de la mujer que le llamamos el SISESIM, pero yo creo que eso es avanzarle con paso firme porque es un trabajo realmente muy serio que se está haciendo con el INEGI y con UNIFEM.” (Entrevista No. 6)

A pesar de estos esfuerzos, podemos notar que aún no se tiene una idea clara de cómo elaborar indicadores idóneos que permitan una evaluación acorde a los nuevos requerimientos de la salud reproductiva. En este sentido falta mucho camino por recorrer; en esta investigación no fue posible encontrar ningún documento que nos especificara los ítems que contendrán los nuevos indicadores evaluatorios. Si es que existen, como lo afirman en la Dirección General de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, aún no se encuentran a disposición del público para ser consultados. Por el momento nos conformaremos con saber que existe, por lo menos en el discurso, la intencionalidad de buscar nuevas formas de evaluación

ajenas al control de la fecundidad y a las metas trazadas en este sentido; y que se empieza a vislumbrar un interés por buscar nuevos indicadores que nos hablen del grado de injerencia de la perspectiva de género en los diversos componentes de la salud reproductiva.

### **Relación Estado-Sociedad Civil en las Políticas Públicas.**

En el diseño, ejecución y evaluación de las políticas de salud reproductiva las Organizaciones No Gubernamentales juegan un papel fundamental. El trabajo que realiza la sociedad civil organizada se ha dejado ver gracias, en gran medida, al impulso y recomendaciones alcanzadas en las Conferencias de El Cairo y Beijing.

En nuestro país se puede apreciar el interés por incorporar las opiniones de las organizaciones civiles en el diseño de los planes y programas de salud reproductiva. El mejor ejemplo que se maneja en la Dirección General de Salud Reproductiva y Planificación Familiar es la creación del grupo interinstitucional a donde se invitó a participar a seis Organizaciones No Gubernamentales quienes, aseguran los funcionarios de esta institución entrevistados, son las que mejor y mayor interés han mostrado:

“... estas Organizaciones No Gubernamentales han mostrado mayor trabajo enfocado a las actividades de Salud Reproductiva, son organismos serios, son organismos con trayectoria científica, trayectoria de investigación en sus diferentes áreas de Salud Reproductiva, y es por esto que se decidió incorporarlos; además de cumplían con todos los requerimientos de organismos bien establecidos, con algunos años de antigüedad y actividades bien demostradas, trabajos publicados, una serie de parámetros, si bien no requisitos, si parámetros que hacen de esas instituciones de más importancia por su participación histórica en el desarrollo de Planificación Familiar, Programas relacionados con la Salud Reproductiva y por eso se lleva a cabo esa decisión. Desde luego que se pueden incorporar, a lo largo del tiempo, otros Organismos No

Gubernamentales y otras instituciones. Puedo mencionarte por ejemplo, la Secretaría de Educación Pública, el Programa Nacional de la Mujer, son Instituciones que se incorporaron no necesariamente en la formación inicial del grupo, sino que se incorporaron posteriormente al grupo”. (Entrevista No. 5)

MEXFAM es uno de los organismos que integran, como parte de la sociedad civil, el grupo interinstitucional. Su director asegura que han recibido todo tipo de apoyo y reconocimiento por parte de las instituciones gubernamentales interesadas en la salud sexual y reproductiva de las personas. Opina que ya no es posible que el Estado se siga haciendo cargo de todos los problemas de la sociedad y por ello es necesario impulsar a las organizaciones civiles, “siempre y cuando estén dentro de la normatividad”, para hacer un trabajo conjunto para el bienestar de las personas:

“Es un poco el reconocimiento que hay actualmente de que el Estado había crecido demasiado y se suponía que el Estado podía cubrir prácticamente todas las necesidades sociales; tal vez esto estuvo ligado con el crecimiento de los Estados Soviéticos o de corte comunista, en que el Estado se concebía como el gran planificador y el gran proveedor de servicios. La experiencia histórica ha demostrado que el Estado es un mal administrador, que el Estado si crece en forma excesiva en forma de paraestatales o de organismos ligados con él, pues alcanza altos niveles de ineficiencia.

Por eso actualmente, hay un movimiento en la otra dirección, y decimos, “vamos a dejarle al Estado lo que nada más el Estado puede hacer, y vamos a tratar de cubrir lo demás dándole su lugar a todos los organismos de la sociedad civil”.

Es por eso que en todo el mundo hay este deseo de que crezca todo lo que está ligado con la sociedad en sí misma, con los grupos de base y dejar al Estado lo que le corresponde, que desde luego es la normatividad; en algunos casos el extender los servicios a la población que no puede pagar nada, cosas de ese tipo pero no pretender que el Estado lo va a hacer todo porque no lo puede hacer.” (Entrevista No. 3)

Otro ejemplo del interés gubernamental por incorporar a la sociedad civil y hacerla partícipe de los esfuerzos para mejorar la calidad de vida de las personas, es el trabajo que se está realizando en la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo

del Gobierno del Distrito Federal. Cecilia García asegura que en el diseño del Programa de Salud Reproductiva para el D.F. se está contactando con diversas Organizaciones No Gubernamentales para que en conjunto se tomen decisiones; además, recalca la importancia de incorporar a este trabajo las opiniones de médicos, enfermeras, trabajadoras sociales que prestan los servicios de salud.

El Programa Nacional de la Mujer, como nos explicó Sandra Samaniego, también hace su parte. El diseño de cada uno de los apartados contenidos en este Programa se realizó con representantes de diferentes sectores de la sociedad civil; incluso la propia estructura del Programa<sup>31</sup> está compuesto por legisladoras, académicas y activistas de diversas Organizaciones No Gubernamentales.

Seguramente habrá muchos otros ejemplos en donde se esté alentando la participación de la sociedad civil para mejorar las políticas de salud reproductiva; pero también hay que decir que éste no ha sido una concesión gubernamental; la lucha constante e intensiva de estas organizaciones ha adquirido tal fuerza que ya no es posible ignorarla.

María Consuelo Mejía reconoce que en todo este camino hay apertura, mejor posibilidad de interlocución en el sentido de que se plantea más franca, sincera y tolerante; pero que es conveniente conservar la capacidad de presión y de demanda ya que aún no se subsanan las diferencias; aún no se logra introducir la idea de que el incorporar y tomar en cuenta a las Organizaciones No Gubernamentales es una alianza hacia un objetivo común: el bienestar de las personas.

“...Todavía cuando regresamos de Beijing hablamos con el director de CONAPO, hablamos de la rendición de cuentas, del accountability, y

---

<sup>31</sup> El Programa Nacional de la mujer tiene tres instancias: la Coordinación General, el Consejo Consultivo y la Contraloría Social.

dijimos “nosotras no le vamos a rendir cuentas a usted; ustedes y nosotras le vamos a rendir cuentas a la sociedad mexicana, a las mujeres y a la comunidad internacional; al compromiso que se adquirió, es a eso a lo que le rendimos cuentas. Y además ellos no van a aceptar que nosotras seamos sus jueces, pero vamos a ser sus jueces; eso es de parte y parte. Yo creo que eso tiene que ver con que es un proceso nuevo, y tiene que ver con un juego político y con cuestiones de poder”. (Entrevista No. 4)

La sociedad civil requiere de mayor libertad de acción ya que al parecer, como lo señala Alfonso López Juárez, las acciones están previamente determinadas:

“Con nosotros realmente no había mucho que negociar porque nuestras condiciones están dadas desde antes para que hagamos nuestro trabajo, para que se nos apoye cuando lo necesitemos, y no hay mucha cancha para que lo negociemos...” (Entrevista No. 3)

Es importante revisar la forma de participación que se está propiciando, de lo contrario se puede menoscabar el trabajo que realizan las organizaciones civiles considerándolo únicamente como una ayuda y no como una labor integral de toda la sociedad.

### **Financiamiento y Presupuesto.**

Finalmente recobramos la preocupación de nuestros y nuestras entrevistadas que en materia de presupuesto y financiamiento se presenta para impulsar los objetivos que persigue la salud reproductiva.

Para algunos de nuestros entrevistados en el sector gubernamental existen los recursos y el presupuesto necesario para lograrlo. Los doctores Alejandro Morales del Olmo y Arturo Vega se muestran optimistas e insisten en el esfuerzo que se está realizando por parte de la Secretaría de Salud para priorizar las acciones que

redundan en un mayor beneficio para la salud reproductiva; sin mencionar montos ni la distribución de los mismos aseguran que el bienestar de las mujeres, incluyendo su salud, ha adquirido gran relevancia entre las principales preocupaciones del gobierno mexicano para el presente sexenio. Al mismo tiempo se reconoce que es difícil llegar a todas las comunidades marginadas y sumergidas en la pobreza. Los escasos medios de comunicación y transporte, la privación de servicios básicos como luz, drenaje, agua potable y entubada, así como la carencia de educación, sitios de espaciamento y cultura, entre otros, obstaculizan el acceso de los servicios de salud en general y por supuesto los de salud reproductiva. En este sentido, aunque existiera el suficiente presupuesto para el desarrollo de la salud entre la población, éste no podrá subsanar por sí solo las diversas condiciones paupérrimas que se necesitan erradicar para lograr el bienestar de las personas. El asunto es que si existe el presupuesto, como aseguran los doctores Morales del Olmo y Vega, hay que reorientar su uso, como por ejemplo para estas otras complicaciones sociales y menos para algunos o muchos reduccionismos que se manejan dentro del sector salud.

Por su parte la arquitecta Sandra Samaniego hace notar que por ejemplo, el Programa Nacional de la Mujer es un “instrumento obligatorio”<sup>32</sup> por decreto para todas las dependencias del gobierno federal, asegura que las dependencias cuentan con recursos para llevar a cabo los diversos programas que se han establecido, entre ellos los de salud reproductiva. Este programa muestra especial interés en detectar

---

<sup>32</sup> Es decir, todas las dependencias del sector gubernamental están obligadas a incluir en sus planes y programas los lineamientos generales que emanan del Programa Nacional de la Mujer. “...Además este programa tiene presencia en los ámbitos regional e internacional a través de su Coordinación General, que tiene calidad de oficina nacional de la mujer”. (PROGRAMA NACIONAL DE LA MUJER, 1998:10)

que en los montos presupuestales de las instancias de salud se haga visible la relevancia del bienestar de las mujeres. El presupuesto que se asignen a este tipo de tareas, aprecia Sandra Samaniego, será un indicador más para hacer trabajo de monitoreo y seguimiento que asegure el éxito del Programa Nacional de la Mujer.

Para el director de MEXFAM, Alfonso López Juárez, el problema no consiste en el presupuesto asignado para el fomento de la salud reproductiva sino más bien en la mala administración que se pueda hacer de él. Si el enfoque de los servicios de salud sexual y reproductiva sigue centrándose en los métodos anticonceptivos como medidas de control natal y sin enfoque de género, la condición de las mujeres no se verá beneficiada “aún y con todo el dinero del mundo”.

Por otro lado hay a quienes opinan que el presupuesto asignado a los trabajos de salud reproductiva son insuficientes y requieren de un mayor involucramiento por parte del Estado. Cecilia García insiste reiteradamente en que se deben recaudar fondos por parte de los sectores patronales y que los propios usuarios deben aportar ciertas cuotas de recuperación; sin embargo, aclara que el Estado no debe dejar de lado su responsabilidad y su obligación de asegurar presupuestos suficientes para mejorar la salud reproductiva de la población. A su parecer es importante evitar que los servicios de salud se privaticen y que se busquen mecanismos que permitan ofrecer estos servicios a los diferentes sectores de la población, sobre todo a aquellos que tienen limitantes económicas. Habla de los bajos salarios que recibe el personal médico y pone ejemplos concretos de los problemas que origina el escaso presupuesto:

“... Ahorita estábamos viendo que no hay citotecnólogos, y que no hay

presupuesto para capacitar a los pocos que hay. No hay quien se quiera dedicar a ello (a hacer el diagnóstico de las muestras del papanicolau) porque ganan una miseria. Desde ahí estamos hablando de problemas de estructura, de proceso, problemas de relación interpersonal y sobre todo de problemas de presupuesto”. (Entrevista No. 1)

También explica que en el caso del cáncer cérvico-uterino se les da prioridad de tratamiento a las mujeres mayores de 40 años porque son las que presentan mayores riesgos en su salud; pero, asegura que por falta de presupuesto y no de capacidad técnica, no se puede dar la atención adecuada a las mujeres que presentan este problema a menor edad.

El tema también se plantea de manera global; es decir, las dificultades de conseguir financiamiento a nivel internacional para impulsar la salud reproductiva así como los intereses que se manejan a nivel nacional que parecen contradecirse entre el discurso y la práctica al reducir el presupuesto en materia de salud.

“Hay un costo monetario, económico fuerte en términos de integración de los servicios y de lo que implica también las nuevas perspectivas de Salud Reproductiva, que no es solamente ofrecer anticonceptivos y que se use; hay todo un énfasis de concientización, hay todo un énfasis en proveer una gama de anticonceptivos para que las mujeres escojan los que consideren que son importantes para ella. Entonces se habla también, en muchos organismos internacionales, de cuánto cuesta poner en práctica todo esto. Y se habla también de que estamos muy lejos de obtener el dinero necesario a nivel internacional de lo que sería indispensable para esa nueva óptica... se han hecho algunas estimaciones de cuánto se necesita y de lo lejos que están por ejemplo las fundaciones, organismos internacionales en aportar hacia ese fin. Luego está la cuestión a nivel nacional de que se considera que con las crisis económicas cada vez, por un lado están las políticas y las ideas y las metas en este sentido, y por otro lado en la realidad es cierto que hay poco dinero, hay restricciones en salud. Entonces se teme de que no se ofrezca lo que se ha venido hablando que es necesario”. (Entrevista No. 2)



El reto en este sentido es, como explica María Consuelo Mejía, tratar de conseguir recursos adicionales que no representen grandes inversiones ni desembolsos por parte de los organismos o agencias internacionales y nacionales. Reconocer que fomentar la salud reproductiva cuesta pero que es posible si se reorientan y se aprovechan al máximo los recursos existentes para este fin. De lo contrario existe el peligro de que se sufra un retroceso en los logros alcanzados en El Cairo y ratificados en Beijing. En marzo de 1999 se realizará una reunión internacional en donde se evaluarán los acuerdos de El Cairo, y si no se logra demostrar o convencer a los grandes centros de poder y de decisión que el poner en el centro del desarrollo a las personas no disminuirá la acumulación de capital, sino por el contrario, que elevar el bienestar de las personas incluyendo de manera fundamental la condición de las mujeres beneficiará al desarrollo sustentable de las naciones, se corre el riesgo de que el enfoque de género, el empoderamiento de las mujeres y las niñas, la salud reproductiva, y el bienestar de las personas en general se derrumbe.

## CAPÍTULO V

### **POSIBILIDADES Y LIMITANTES DE LLEGAR A CONSENSOS EN LA INTERPRETACIÓN DE LOS ACUERDOS INTERNACIONALES PARA EL DISEÑO DE POLÍTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO.**

En este trabajo de investigación se ha realizado un análisis y sistematización del estado de las políticas de salud reproductiva antes de El Cairo y Beijing para detectar los cambios que se han suscitado en nuestro país en esta materia. A su vez se realizó un recuento de la evolución teórica que componen el marco conceptual en donde se sustenta el nuevo enfoque que se pretende instrumentar para alcanzar el desarrollo sustentable de las naciones a través del bienestar de las personas.

Se realizó un análisis comparativo entre los anteriores programas de salud que rigieron en nuestro país, con los actuales programas que tratan de responder a las recomendaciones emanadas de las Conferencias Internacionales.

También se elaboró un diagnóstico del estado actual de las políticas de salud reproductiva con las opiniones de especialistas que se encuentran trabajando directamente en la elaboración, diseño e implementación de estas políticas.

Con todos estos elementos nos encontramos en la posibilidad de detectar los alcances y las limitantes para vislumbrar la viabilidad del nuevo enfoque de salud reproductiva que se está tratando de impulsar.

Para que los programas nacionales antes descritos sean eficaces y logren los resultados que se proponen, es necesario un criterio amplio que tenga en cuenta las múltiples dimensiones y complejidades que encierra la salud reproductiva. Ello

supone incorporar la comprensión de la relación que existe entre los factores socio-culturales, económicos, políticos y de género. Exige entender que la salud reproductiva, en su más amplio sentido, es un factor fundamental del desarrollo.

A continuación se presentan los principales logros detectados en salud reproductiva a lo largo de este trabajo de investigación, y también las limitantes que se habrán de enfrentar para lograr crear las condiciones que requiere nuestro país para impulsar los acuerdos internacionales en materia de salud reproductiva.

El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 concibe a la población como el sujeto primordial del desarrollo; se entiende el progreso en la medida que los individuos, las familias y las comunidades tengan condiciones dignas de vida.

Es indiscutible que los actuales programas de población y salud hacen hincapié en el pleno respeto a los derechos ciudadanos. Sin embargo, la población mexicana aún enfrenta desigualdades de acceso a la educación, salud y bienestar social por mencionar los más relevantes. Lo anterior está estrechamente relacionado con las políticas económicas actuales que impiden la distribución de la riqueza de manera justa y equitativa. Por tanto es necesario revisar las políticas económicas de nuestro país integrándoles una visión centrada en el bienestar de las personas. En tanto gran parte de la población sufra los efectos de la pobreza y la marginación será imposible hablar de desarrollo sostenible en nuestro país.

El artículo 25 constitucional establece que el desarrollo nacional deberá ser fomentado por el Estado de manera integral. Ello “mediante el fomento del crecimiento económico y el empleo y una más justa distribución del ingreso y la riqueza” lo cual permitirá el pleno ejercicio de la libertad y la dignidad de los

individuos, grupos y clases sociales.

En este sentido, el Programa Nacional de Población 1995-2000 ha incorporado en sus retos prioritarios erradicar la pobreza; mejorar la condición de la mujer; fortalecer a la familia; reordenar el desarrollo regional y la distribución territorial de la población; atender la problemática ambiental y fortalecer una cultura demográfica. Sin embargo, aún no se puede erradicar la centralización de las políticas de desarrollo y de población en la reducción del crecimiento poblacional. Es importante no perder de vista, que aún y cuando se incorporen en los documentos oficiales una visión más integral para lograr el desarrollo sostenible, si continúa existiendo el fantasma de reducir el crecimiento poblacional en cada una de las líneas de acción propuestas, podremos enfrentarnos al peligro de olvidar que finalmente son las personas agentes y destinatarias del desarrollo, y con ello faltar a sus derechos humanos.

Es importante señalar que en el Programa Nacional de Población 1995-2000 se reconoce a la pobreza como uno de los principales obstáculos para fincar el desarrollo sobre bases firmes y hacer efectivo el principio de equidad. Por su parte el Programa Nacional de la Mujer reconoce que la pobreza constituye la forma extrema de exclusión de los individuos y las familias de los procesos reproductivos, de la integración social y del acceso a múltiples bienes, servicios y oportunidades. Por tanto se reconoce a la pobreza como un elemento de injusticia social que además representa un costo muy elevado para el país, pues impide elevar la productividad, bloquea el crecimiento económico y es una fuente latente que amenaza la paz, la estabilidad y compromete la democracia. En este sentido, se reconoce que las

mujeres representan un sector vulnerable ante la pobreza, por ello se recomienda realizar acciones específicas que ayuden a eliminar la pobreza que sufren las mujeres.

Sin embargo, a pesar de lo enunciado en los Programas arriba mencionados, el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 omite planes y líneas de acción encaminadas a erradicar la pobreza que permita, sobre todo a las mujeres, acceder a niveles altos de salud reproductiva. Los reduccionismos y el abuso de las especializaciones que aún se perciben en el programa dificultan instrumentalizar visiones integrales.

No podemos negar que los programas nacionales están llenos de buenos deseos: que la población llegue a reproducirse en forma simple, que los pobres de siempre sean menos pobres, que los nuevos pobres regresen a su modesta posición de clase media, que el desarrollo satisfaga las necesidades de la generación presente sin comprometer el bienestar de las generaciones futuras, que el crecimiento económico no implique degradación ambiental, etc. Sin embargo, es por demás sabido que aún estamos lejos de acercarnos a estos buenos deseos. A los pobres de siempre se suman más y nuevos tipos de pobres. El proceso de globalización económica y de apertura comercial ha generado nuevos focos de pobreza. Se trata de una nueva pobreza, una pobreza educada, que afecta a la clase media especialmente, desplazada por el impacto de los ajustes económicos.

Para asegurar la capacidad de permanecer vivo y/o gozar de una vida larga; la capacidad reproductiva; y la capacidad de una vida saludable, es necesario que los programas nacionales puedan garantizar cierto nivel de salud y de nutrición. Y son

precisamente estas capacidades de las que poco sabemos, a través de las políticas nacionales, cómo vamos a poder acceder.

Es necesario, a su vez, considerar que día con día crecen los hogares monoparentales en México y que de 8 de cada 10 de estos hogares están encabezados por mujeres. Son sobre todo este tipo de hogares los más propensos a la pobreza, sobre todo en las áreas rurales, debido a la baja instrucción educativa que sufren las mujeres; a su limitada participación en el ámbito productivo y a la desigualdad de oportunidades que enfrentan por el hecho de ser mujeres.

La política de población de nuestro país habla de la problemática ambiental como el resultado de múltiples factores de orden económico, social, cultural e institucional. Sin embargo, se sigue apostando al control del crecimiento demográfico para sanar o aligerar los daños al medio ambiente. Resulta peligroso continuar con esta visión porque parece ser que más que una preocupación por superar los deterioros ambientales, las políticas de población continúan buscando argumentaciones que justifiquen sus acciones del control de la fecundidad fuera de las necesidades y derechos de los individuos.

En ninguno de los programas analizados se advierte un abordaje al tema del medio ambiente estrechamente ligado con la salud de las personas.

Se habla por ejemplo, del acelerado proceso de urbanización y del alto grado de concentración metropolitana, de la contaminación del aire y la eliminación de desperdicios tóxicos y de alto riesgo, de la destrucción del paisaje natural y de la erosión del suelo; también se menciona que la alta densidad demográfica ha provocado insuficiencia en el servicio del drenaje y de agua potable, pero jamás se

menciona que todos estos problemas afectan seriamente en la salud de niños y mujeres principalmente; menos aún existen líneas programáticas a atender los problemas ambientales que afectan de manera directa a esta parte de la población.

Esta visión debe modificarse, no podemos continuar con políticas que ignoren otros elementos importantes que afectan de manera gradual e irreversible al medio ambiente y que se enfoquen al control demográfico para solucionar el problema. Además es necesario fomentar, una cultura demográfica amplia que difunda entre la población la necesidad de cuidar el medio ambiente, pero también una cultura que conozca su derecho a disfrutar de un ambiente que le permita acceder a una salud integral.

El artículo tercero de la Constitución mexicana establece el derecho de todos los individuos para acceder a la educación; delimitando la responsabilidad del Estado de proporcionar educación preescolar, primaria y secundaria de manera obligatoria.

La política educativa se ha trazado metas para el año 2000 que se refieren a elevar la eficiencia terminal de la primaria a un valor cercano al 70% y el de la secundaria a un 80%, cubrir los rezagos en la población adulta, y mejorar la cobertura y la calidad académica de los niveles medio y superior. (Monterrubio G.; García D. 1989:29)

Se reconoce que uno de los medios para alcanzar un cambio demográfico en un marco de respeto a la libertad y a los derechos humanos, es la educación de la población. Ya que según ésta, de acuerdo con el Programa Nacional de Población, contribuye a transformar la mentalidad de los individuos y favorece la adopción de valores y actitudes que pueden influir en su conducta demográfica. Además, un

mayor nivel educativo propicia la ampliación de las oportunidades y de las posibilidades de incorporación de las personas a la actividad económica.

Con respecto a la salud, la educación a adquirido un papel importante. Se han establecido programas en donde se intenta revisar y modificar los libros de texto del nivel básico, incorporando contenidos referentes a la sexualidad, la paternidad responsable y la reproducción humana. Tal vez uno de los problemas más fuertes que se presentan en la incorporación de temas referentes a la educación en salud reproductiva, se refiere a la oposición de grupos conservadores que se resisten a cualquier modificación que atente con los valores que tradicionalmente se han manejado en nuestro país, y que no permiten el acceso universal de todas las personas a la educación.

Es necesario seguir trabajando en asegurar la educación de toda la población, sobre todo de las mujeres y las niñas, quienes muestran las tasas más altas de analfabetismo de nuestro país; hay que impulsar esta educación sobre todo en las áreas rurales donde la educación en salud es casi nula.

En últimas fechas los temas de igualdad, equidad y emancipación de la mujer han cobrado especial importancia en los programas nacionales. Se reconoce que el mejoramiento de la condición social de la mujer constituye un desafío que debe enfrentarse por consideraciones de justicia y equidad. Se pone especial énfasis en garantizar la igualdad de oportunidades de educación, capacitación y empleo, así como plena equidad en el ejercicio de los derechos sociales, jurídicos, civiles y políticos.

Ello implica un cambio en las barreras culturales que impiden el pleno



desarrollo de la mujer. Aún persisten espacios, en todas las áreas productivas, culturales y de educación, que se conciben exclusivas de las mujeres.

Es una tarea importante fomentar la idea de la incorporación de las mujeres en el proceso del desarrollo en interacción con el hombre. Es necesario aclarar que el concepto de género no se refiere únicamente a la mujer, y diseñar estrategias que permitan instrumentar acciones que impulsen todas y cada una de las potencialidades de las mujeres.

Como ya hemos mencionado, elevar la calidad de vida de todas las personas repercutirá invariablemente en beneficio de la condición las mujeres y ello coadyuvará para fomentar la salud reproductiva y por tanto el bienestar social.

Por tanto es importante no quitar el dedo del renglón en cuanto a los esfuerzos por erradicar la pobreza que día con día aumenta. Habrá que revisar el sistema político y económico que nos rige y que no permite la distribución de la riqueza equitativamente; si la gente no tiene acceso a los bienes tampoco tiene acceso a los servicios y la salud no será una prioridad entre la gente que vive en condiciones de miseria.

Habrá también que revisar el reordenamiento territorial y regional ya que la dispersión incontrolada de la población hace difícil el abastecimiento de servicios básicos como los de agua entubada, energía eléctrica, drenaje, pavimentación, etc. a los poblados de difícil acceso; esta realidad no ayuda en nada para hacer efectivos los compromisos que en materia de salud están planteados. Los servicios de salud llegan, por lo general, cuando estas condiciones mínimas de vida están cubiertas, de lo contrario es casi imposible expandir y trabajar en el fomento del cuidado a la salud

cuando la preocupación de la población se centra en buscar la forma de cubrir estas necesidades en su vida cotidiana.

El trabajo debe de ser conjunto, tampoco es recomendable centrar los esfuerzos únicamente en tratar de remediar los problemas que acarrea la pobreza que sufre la población; o en los problemas macroeconómicos del mercado internacional o de la creciente deuda externa que tiene el país; o en los problemas políticos que se originan por los levantamientos guerrilleros. Es necesario hacer frente a todos estos conflictos pero sin relegar los problemas que aquejan a la sociedad, como el de la salud, que también tienen repercusiones incuestionables para el desarrollo de las naciones.

La propuesta que parece tener mayor aceptación es la de trabajar en unidades pequeñas, en áreas específicas, con programas dirigidos a cada sector de la población; sin esperar a que se susciten los cambios a nivel general. Predomina la idea de que los cambios serán posibles si se trabaja directamente con la población usuaria, con los prestadores de servicios y no sólo con los funcionarios o con los diseñadores de las políticas públicas. El reto sería encaminar las acciones de salud reproductiva a nivel micro; es decir, impulsar los talleres de capacitación, de sensibilización, de trabajo comunitario en donde lo que se busque reflexionar acerca de las vivencias cotidianas en donde se reproducen los roles de género y que obstaculizan el bienestar de las personas.

Los y las especialistas suelen coincidir en que elevar la calidad de la atención con sus componentes de información, orientación y consejería debería ser uno de los objetivos prioritarios en los planes y programas de la salud reproductiva. Se insiste en

la necesidad de que los prestadores de servicios estén en permanente capacitación tanto en el conocimiento de las normas y programas oficiales como en el trato humanitario, personalizado e informado que deben proporcionar a la población usuaria.

Y es que los derechos reproductivos se siguen violando día con día. Solo a manera de ejemplo mencionamos que el año pasado, diversas Organizaciones No Gubernamentales convocaron a un Tribunal en donde se ventilaron varios casos de mujeres que se vieron sometidas a profundas irregularidades por parte del servicio médico que repercutió gravemente en su salud reproductiva. Hay quienes observan que este problema se presenta por la información incompleta que tienen los prestadores de servicios; pero también existe la opinión de que la violación de los derechos reproductivos de las mujeres no cesarán mientras perseveren las metas cuantitativas con respecto al número de hijos que se deben tener; mientras las instituciones sigan acciones para lograr descender las tasas de fecundidad; mientras la información y la accesibilidad a los métodos anticonceptivos sea insuficiente y mientras el fomento de la participación de los varones se siga viendo como una concesión y no como un derecho con sus respectivas obligaciones y responsabilidades, no será posible hablar de condiciones que coadyuven a proteger y elevar la calidad de vida de las mujeres.

Cada estado y cada región de la república mexicana cuenta con condiciones y necesidades específicas. Aunque las políticas de salud reproductiva aquí revisadas están planteadas de manera global y bajo el espíritu de elevar la calidad de vida de las mujeres en general, sería recomendable adecuar la interpretación de estos

documentos respondiendo a los intereses prioritarios de la población en un marco de respeto y tolerancia a las diversas culturas y creencias religiosas, pero con la plena convicción de validar los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres.

No es válido imponer este nuevo enfoque de salud reproductiva, por más que esté fundamentado en elevar la condición de las mujeres, sin tomar en cuenta la opinión de las personas que están involucradas (usuarias y usuarios, prestadores de servicios, organizaciones no gubernamentales, sociedad civil organizada, etc.). Lo que sí es viable es tratar de encausar los cambios valorativos a través de la información e investigación que demuestren la conveniencia y la factibilidad de implementar este enfoque.

Finalmente este enfoque que se internacionaliza con la ayuda de las Conferencias de El Cairo y Beijing y aquellas que se han desarrollado bajo este espíritu de buscar el desarrollo de las naciones a través del bienestar de las personas, es también, habrá de reconocerse, una lucha ideológica. El movimiento feminista de donde emana la idea de que el enfoque de género, debe integrarse al diseño y aplicación de las nuevas políticas públicas. La nueva corriente del feminismo, alejada al discurso radical de los años sesenta y setenta en donde se planteaba una guerra abierta contra los hombres, es ahora más flexible y negociadora. No se trata de luchar contra los hombres sino con ellos en contra de un sistema, denominado patriarcal, que ha permitido la subordinación y el control de los sectores más vulnerables y marginados de la sociedad: los pobres, los discapacitados, los ancianos, los niños, los homosexuales, etc. pero con especial énfasis en las mujeres, porque éstas aparte de sufrir las injusticias sociales,

económicas, políticas y culturales propios de estos sectores marginales, también sufren las condiciones de subordinación por su condición genérica.

Tal vez uno de los logros más importantes del movimiento feminista ha sido el insertar la perspectiva de género en las Conferencias de las Naciones Unidas. Los acuerdos alcanzados contienen parte de la agenda institucional y parte de la agenda feminista. El sistema internacional reconoció que el desarrollo debía estar fincado en el bienestar de las personas porque de lo contrario el perjuicio en términos económicos, ambientales y humanos sería gravísimo; el movimiento feminista encuentra en este nuevo discurso la posibilidad de defender los derechos de las mujeres en un contexto de justicia social.

En este sentido la agenda feminista reconoce la importancia de insertarse en la elaboración de las políticas públicas pero también están conscientes que El Cairo y Beijing tan sólo son una herramienta y una vía para sentar las bases de una relación más igualitaria entre los géneros. Se plantean cambios profundos para lograr una revolución de los valores que hasta la fecha han obstaculizado que las mujeres accedan a una vida mucho más digna y feliz.

Las recomendaciones de El Cairo y Beijing plantean cambios que pueden interpretarse como conceptuales y pragmáticos. La perspectiva de género que implica entre otras cosas, el empoderamiento y por ende la autonomía de las mujeres, cuestiona las relaciones de poder establecidas dentro de un sistema patriarcal. En este sentido se han realizado diversos estudios en donde se pone de manifiesto la condición de subordinación que viven las mujeres en el ámbito familiar, laboral, cultural, político, etc. El objetivo, a este nivel, es eliminar discursos,

reflexiones, aseveraciones, conceptualizaciones que contengan cualquier forma de discriminación hacia la mujer. Lo anterior, aún se vislumbra como utopías por la complejidad de opiniones, posturas ideológicas, políticas y religiosas que se encuentran en disputa.

En la práctica la tarea tampoco es fácil. Hay que entender que la salud reproductiva implica una visión de tipo integral; es decir, no basta con extender y ampliar la cobertura de métodos anticonceptivos. Además de la planificación familiar, la salud reproductiva como ya hemos visto tiene diversos componentes, entre ellos el embarazo, parto y puerperio, la sexualidad y la fecundidad en los adolescentes, la detección, prevención y tratamiento de la enfermedades de transmisión sexual así como del cáncer cérvico-uterino y mamario, la atención de la menopausia y el climaterio, la atención a los abortos inducidos, etc. En cada uno de estos componentes es importante que el varón comparta con la mujer las responsabilidades de su vida reproductiva y que también conozca y exija sus derechos reproductivos propios de su sexo.

Para que la mujer pueda ejercer sus derechos reproductivos es necesario que se creen las condiciones sociales, culturales, legislativas, económicas, etc. que permitan hacerlos valer dentro del contexto de los derechos humanos.

El Plan de Acción de El Cairo y Beijing reiteran la pertinencia de revisar la formulación de las políticas incorporándoles la perspectiva de género. Es preciso contemplar los esfuerzos que en este sentido se vislumbran en los planes y programas aquí revisados. Se puede apreciar por ejemplo el esfuerzo por promover la emancipación de las mujeres, la preocupación por erradicar la discriminación

contra la mujer y sobre todo, la promoción discursiva de metas y políticas de población en función de las necesidades no satisfechas y no en función de cuotas o metas poblacionales que tiendan únicamente a reducir la fecundidad de las mujeres. También se deja notar el interés por elevar la calidad de la atención, los esfuerzos de las instituciones de salud como de las organizaciones no gubernamentales se empiezan a perfilar hacia la atención médico-usuaria, tratando de romper con la verticalidad de médico-paciente. La salud reproductiva plantea una relación en donde, por un lado los prestadores de servicios se informen, conozcan y participen en la elaboración de los programas destinados al cuidado de la salud, además de que se incorporen a los procesos de capacitación para dar un trato digno, humanitario y sin discriminaciones a todo aquel que solicite de sus servicios. Se hace hincapié en la importancia de la información, orientación y consejería que se debe otorgar a la población para que cada persona pueda tomar decisiones informadas, autónomas y libres de cualquier tipo de coherción. Por otro lado se considera que la población usuaria debe conocer que tiene derecho a los servicios de salud, a la información, orientación y consejería que redunden en una mejor calidad de vida. Es importante que la gente emita sus opiniones, inquietudes y necesidades abiertamente sin temor a ser juzgados o recriminados.

Diversas instancias del sector salud y organizaciones no gubernamentales están proponiendo talleres, conferencias, encuentros, etc. en donde se de este tipo de capacitación. Sin embargo, podemos observar una gran ausencia: no existen instancias en donde se pueda demandar las anomalías en la calidad de la atención. Se habla de la concientización de los derechos reproductivos pero no existe una clara

legislación en torno a la violación de los mismos. Además en la actualidad existe gran incredulidad en las instancias impartidoras de justicia por lo que el reto aún es mayor<sup>33</sup>.

Es imprescindible revisar con seriedad las leyes secundarias, los códigos civiles y los códigos familiares de cada estado, ya que recordemos que éstos tienen leyes autónomas, y detectar cualquier tipo de discriminación que promueva la subordinación de las mujeres. Las leyes, códigos y normas estatales deben ser coherentes con lo que se establece en nuestra Constitución en relación a la igualdad de hombres y mujeres ante la ley y la libertad de las personas para decidir libre e informadamente sobre el espaciamiento y número de hijos que desean tener. Así mismo se necesitan investigaciones que cotejen las leyes nacionales con los instrumentos y recomendaciones de las Conferencias Internacionales para detectar de qué manera se pueden adecuar a nuestra cultura y propiciar la modificación o implementación de nuevas leyes que ayuden a mejorar la calidad de vida de las mujeres. Pero no sólo eso, también es importante legislar acerca de las violaciones de los derechos reproductivos como se hizo en torno a la violencia contra las mujeres, y crear instancias oficiales en donde se puedan ventilar cualquier tipo de anomalías que atenten contra la salud de mujeres y hombres. Los jueces, magistrados y todo el personal encargado de impartir justicia también deben de

---

<sup>33</sup> En junio de 1996, por decreto presidencial, fue creada la Comisión de Arbitraje Médico (Conamed) para la solución de conflictos relacionados con negligencia, impericia, imprudencia y exceso de confianza entre usuarios y prestadores de servicios. Sin embargo, esta Comisión carece de autonomía para la resolución de los problemas, sus atribuciones están limitadas a las políticas del gobierno y del sector salud. Carece de autonomía jurídica y de una legislación propia que le permita fungir como primera instancia legal en la conciliación o arbitraje de las controversias. Sus resoluciones están supeditadas a jueces o a titulares de las instancias jurisdiccionales. Poco se sabe de las actividades de esta Comisión por lo que existe un grave problema de difusión; su creación aún no ha redundado en que la población conozca y ejerza



conocer que los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos, aquí también hay un trabajo arduo de concientización, información y sensibilización por realizar.

Claro está que el cambio no se logra únicamente por decreto. En sentido opuesto a lo que aquí se plantea, está el ejemplo del aborto. Aunque el aborto inducido se encuentra penalizado en nuestro país, con sus especiales excepciones, las mujeres siguen recurriendo a él, por los motivos que sean, sin importar mucho la penalización legislativa, porque aparte casi nunca se hace efectiva. Diversos estudios han demostrado que es más fuerte la penalización moral y social que sufren las mujeres que el temor al peso de la ley.<sup>34</sup>

Con este ejemplo tan solo se pretende mostrar que aunque las leyes establezcan penalizaciones por ejemplo a cualquier tipo de violencia contra las mujeres, ello no será suficiente si no se establecen mecanismos para cambiar las estructuras sociales que definen el comportamiento de las personas.

Hablamos por tanto de educación sexual desde los primeros años en la formación escolar, revisar los libros de texto y el tipo de educación que dan los maestros a sus alumnos. De las relaciones de discriminación que se dan al interior de las familias entre niños y niñas; de las relaciones de subordinación en las relaciones de pareja; del trato desigual en las condiciones laborales entre hombres y mujeres; de los roles de género y de la división del trabajo que mantienen a las mujeres en condiciones inferiores y marginales; de la estrecha apertura a la participación política de las mujeres menospreciando sus cualidades y capacidades intelectuales, de la

---

plenamente sus derechos en materia de salud.

<sup>34</sup> Aunque en Beijing se logró un párrafo donde se recomienda revisar las leyes punitivas en contra del aborto, esta posibilidad parece lejana en nuestro país por los diferentes intereses

explotación de la imagen de la mujer como símbolo sexual o mercantil que la desvalorizan como ser humano.

Todos estos elementos conjugados obstaculizan mejorar la calidad de vida de las mujeres, y por consiguiente es difícil pensar, bajo estas condiciones, en un acceso a la salud bajo un esquema integral. De tal suerte, la concientización de los derechos reproductivos se torna complicado y los abusos que se cometen no se entreven fácilmente denunciados.

Ahora bien, los planes y programas de salud reproductiva en nuestro país incorporan apartados pequeños encaminados a fomentar la participación del varón. Sin embargo se aprecia un dejo de concesión. Es decir, pareciera como si los varones debieran acompañar, apoyar o ayudar a las mujeres en el parto, en el uso de métodos anticonceptivos (ya sea para la prevención de embarazos no deseados o para evitar las enfermedades de transmisión sexual), incluso en el cuidado de los hijos, etc. Pero no se maneja como parte integral y participativo de cada uno de los procesos de la vida reproductiva. Los hombres aparecen como personas con vida sexual pero no reproductiva; por tanto parecen no tener derechos, obligaciones o responsabilidades en este sentido. Si bien el movimiento feminista ha declarado en variadas ocasiones que ellas se concentran en el bienestar de las mujeres, no debería perderse de vista, mucho menos en el diseño de las políticas de una nación, la relevancia del varón en todo este proceso de búsqueda del bienestar social.

Y bueno, los varones aparecen, de la manera que sea, en el discurso de los documentos oficiales; pero hay otros sectores de la población que no parecen tener vida reproductiva y son simplemente ignorados o pasados por alto. Es el caso de las

---

que se encuentran en juego sobre todo por parte de los sectores más conservadores.

personas de la llamada tercera edad, quienes por no estar en la etapa propiamente reproductiva no tienen disposiciones, y mucho menos planes de acción encaminados a solventar sus problemas derivados de su etapa actual.

Otra gran ausencia son los homosexuales y las lesbianas, lo cual habla de la fuerte discriminación hacia estas personas por sus preferencias sexuales. No existe ningún documento oficial que plantee acciones concretas para responder a las necesidades, inquietudes o preocupaciones de estas personas.

Aunque existen documentos especializados a la situación de los niños y las niñas, los programas aquí revisados no precisan que la gestión de la salud reproductiva se debe implementar desde los primeros años de vida.

Por otra parte, las políticas de salud reproductiva en nuestro país carecen de sistemas de seguimiento y evaluación acordes a los nuevos objetivos que se están buscando.

Aquí hay problemas de definición de conceptos en primera instancia. Por ejemplo, en la gran mayoría de los documentos revisados no se encuentran definiciones o alguna pequeña descripción de lo que se entiende por perspectiva de género. Se habla de ella dándola por conocida y como si hubiera una sola interpretación de este concepto. Además se le trata e incorpora como un componente aislado de la salud reproductiva y no como una categoría que atraviesa definiciones, programas, planes de acción, objetivos y metas. Sucede lo mismo con el propio concepto de salud reproductiva; apoderamiento, empoderamiento o autonomía de las mujeres; y con los derechos reproductivos.

No se especifican indicadores que den cuenta de cómo medir, monitorear o

seguir el desarrollo, los cambios y los avances que teóricamente se están planteando.

En este sentido el trabajo también es arduo, se debe fomentar investigaciones y propuestas de indicadores que produzcan resultados cuantificables; habrá de traducirse los elementos subjetivos que imperan en este tipo de conceptos para poderlos manejar; se deben esclarecer los términos conceptuales e incorporar análisis de las relaciones de poder que se dan alrededor de la salud reproductiva; además de los resultados medibles derivados de las actividades planteadas en los planes y programas es conveniente considerar el contexto en que éstos se presentan y tratar estos datos como indicadores variables y no contundentes en la explicación. Por el enfoque integral que plantea la salud reproductiva es preciso buscar indicadores externos a los planes y programas, por ejemplo la calidad de la atención no debería medirse tan sólo por el número de anticonceptivos aplicados, o por el número de usuarias que asistieron a consulta; sino también por toda aquella persona que se acerca a pedir información, por el trabajo para fomentar y difundir la salud reproductiva en los hogares, por la opinión que tienen los y las usuarias en torno al trato y al servicio que se presta en los centros de salud; por los tiempos que las mujeres tienen y le dedican al cuidado, prevención e información de su salud ya sea en su hogar o cuando asiste a cualquier servicio de salud, etc.

Debe romperse con la idea de que tan sólo los expertos tienen una visión objetiva en cuanto a la evaluación de los programas; la comunidad también conoce el problema porque lo vive en carne propia, por tanto su opinión debe ser tomada en cuenta al emitir los resultados de cualquier análisis evaluatorio.

Generalmente el éxito de los programas se han medido por los cambios suscitados en la conducta de la población; sin embargo, aquí los medios también cuentan precisamente porque se encuentran inmiscuídos conceptos como el de los derechos reproductivos. No podemos hablar de resultados óptimos, a pesar de los cambios que puedan acontecer entre la población, si se vieron violentados, de cualquier forma, estos derechos.

En este sentido es posible realizar evaluaciones parciales pero significativas que den cuenta del desarrollo de las políticas de salud reproductiva. Es precisamente ésta una de las tareas predominantes de las organizaciones preocupadas por la salud de las mujeres.

En febrero de 1999 el FNUAP convocará a una reunión que se conoce como Cairo + Cinco, que se llevará a cabo en la mitad del camino entre Cairo y la siguiente reunión internacional sobre población. Esta conferencia intermedia que se realizará tiene como objetivos evaluar el progreso de la instrumentación de la Agenda de El Cairo, ratificada en Beijing; explorar estrategias para remover las barreras y obstáculos para la implementación tanto en el nivel nacional como en el internacional y estimular a los países donadores como a los países en desarrollo para que cumplan con sus compromisos financieros.

Existe el riesgo de que si no se demuestra que las recomendaciones de El Cairo y Beijing son viables se modifiquen de nueva cuenta las políticas de población y por tanto también de salud reproductiva. Esta es una de las razones por las que resulta de vital importancia realizar análisis y diagnósticos con los elementos arriba mencionados.

La cuestión financiera es un elemento importante en este tipo de análisis; habrá de convencer a la comunidad internacional que El Cairo cuesta, como cuesta instrumentalizar cualquier política pública, pero que es viable y no representará grandes esfuerzos presupuestales; sino más bien, lo que se necesita es voluntad política la cual se puede traducir en reorientación, transparencia, responsabilidad y buena administración de los recursos con los que se cuentan; darle relevancia al bienestar de las personas para lograr el desarrollo sustentable y en ese sentido evitar que los recortes presupuestales afecten en primera instancia al sector salud; habrá que revisar el gasto público inclusive para aumentar gastos en salud y educación para promover la erradicación de la pobreza y nivelar las oportunidades. La voluntad política también es visible si se reducen los gastos militares excesivos, de tal suerte que se reasignen esos fondos al desarrollo social y económico; estos son algunos elementos que se recomiendan desde El Cairo y Beijing para asegurar el bienestar de las personas y elevar su calidad de vida.

El reto es grande y ambicioso pero no imposible. A lo largo de este trabajo de investigación se han delineado los diferentes frentes en los que hay que trabajar; la responsabilidad de los compromisos adquiridos no puede recaer tan sólo en las instancias gubernamentales; la sociedad civil participa activamente y se encuentra interesada y comprometida en demostrar que los acuerdos alcanzados en El Cairo y ratificados en Beijing si son posibles.

## BIBLIOHEMEROGRAFÍA

- ADAMS, P. "Hacer de madre" en **Debate Feminista**, México, núm. 6, septiembre.  
**1992**
- ALCOFF, L. "Feminismo cultural versus post-estructuralismo, la crisis de la  
**1989** *identidad en la teoría feminista*" en **Feminaria**, México, núm. 4
- BENITEZ Zenteno, Raúl. "Conocimiento demográfico y crisis" en Carlos Welti  
**1997** (Coord.) **Población y desarrollo: una perspectiva latinoamericana después de El Cairo-94**. México: FPNU/MACARTHUR/IIS-UNAM, pp. 125-157
- BRONFMAN, Mario y R. Tuirán "La desigualdad social ante la muerte: clases  
**1984** *sociales y mortalidad en la niñez*" en **Cuadernos Médico Sociales**, México, pp. 29-30:53-76
- BUENO Sánchez, Eramis. "Población, pobreza y empleo" en Carlos Welti (Coord.)  
**1997** **Población y desarrollo: una perspectiva latinoamericana después de El Cairo-94**. México: FPNU/MACARTHUR/IIS-UNAM, 302 pp. 85-124
- CAREAGA P., Gloria. "El movimiento internacional de mujeres en las Conferencias  
**1998** *internacionales. Desde Río hasta Beijing: logros y desafíos*" en Soledad González Montes (Coord.) **Las Organizaciones No Gubernamentales Mexicanas y la Salud Reproductiva**. México, en prensa.
- **Las relaciones entre los géneros en la salud reproductiva**.  
**1996** México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos, 1996, 80 págs.
- CARDACI, Dora (Comp.) "Conocimientos y prácticas en salud materno-infantil", en  
**1988** **Salud de la Mujer**, México: UAM-Xochimilco.
- CASTELLS, Carme (Comp.) **Perspectivas feministas en teoría política**. Barcelona:  
**1996** Paidós, 205 págs.
- CAZÉS, Daniel (Coord.) **La perspectiva de género. Guía para diseñar, poner en  
1996** **marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles**. México: CONAPO, 371 págs.  
Versión preliminar.

- CERVANTES Carson, Alejandro. *“México: políticas de población, derechos humanos y democratización de los espacios sociales”* en INEGI-IISUNAM, **La transición demográfica en América Latina y El Caribe** México, vol. I, segunda parte. pp. 905-928.  
**1994**
- CHODOROW, Nancy. **El ejercicio de la maternidad**. Barcelona: De. Gedisa  
**1985**
- CONAPO/FNUAP. **Informe Nacional sobre Población, México. Conferencia Internacional sobre la Población y el desarrollo 1994**. México, 58 págs.  
**1994**
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACION. **Ley General de Población y Reglamento de la Ley General de Población**. Secretaría de Gobernación. México, D.F.  
**1993**
- **Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994**. México, 47 págs.  
**1991**
- **Programa Nacional de Población 1989-1994**. México, 47 págs.  
**1991**
- DE BARBIERI, Teresita y Gabriela Cano *“Ni tanto ni tan poco: las reformas penales relativas a la violencia sexual”* en **Debate Feminista**, México, núm. 2, septiembre, pp. 345-356  
**1990**
- DE BEAUVOIR, Simone. **El segundo sexo. Los hechos y los mitos**. Tomo 1. México: Alianza Editorial, 7a. Reimp., 308 pp.  
**1997**
- DE OLIVEIRA, Orlandina y Vania Salles, *“Acerca del estudio de los grupos domésticos: un enfoque sociodemográfico”* en **Grupos domésticos y reproducción cotidiana**, México: Miguel Ángel Porrúa/UNAM, pp. 11-36  
**1989**
- DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA. **La perspectiva de género: una herramienta para construir equidad entre mujeres y hombres**, México: DIF/Dirección de Comunicación Social, 139 págs.  
**1997**
- DI STEFANO, Christine. *“Problemas e incomodidades a propósito de la autonomía: algunas consideraciones desde el feminismo”* en Carme Castells (Comp.), **Perspectivas feministas en teoría política**. Barcelona: Paidós, pp. 53-77  
**1996**
- EISLER, Riane **El Cáliz y la espada: nuestra historia, nuestro futuro**. Chile: Cuatro Vientos.  
**1990**



- ELÚ, Ma. del Carmen “*En torno a la mortalidad materna en México*” en **Doble**  
**1990** **Jornada**, México, núm. 45, 2 de octubre, pp. 6-7
- FAMILY CARE INTERNATIONAL. **Compromisos para la salud y los derechos**  
**1995** **sexuales y reproductivos de todos. Marco de acción.** 1ª edición en  
español, New York, 66 pp.
- FERNÁNDEZ Poncela, Anna M. “*¿Tiene género la política social?*” en Carlos M. Vilas  
**1995** (Coord.) **Estado y políticas sociales después del ajuste. Debates y**  
**alternativas.** México: UNAM/Nueva Sociedad, pp. 131-152
- FIGUEROA Perea, Juan Guillermo. “*Algunas reflexiones sobre el ejercicio de los*  
**1997** *derechos reproductivos en el ámbito de las instituciones de salud*” en  
Ma. del Carmen Elú (Ed.) **Calidad de la Atención en Salud Sexual y**  
**Reproductiva.** México: Comité Promotor por una Maternidad sin  
Riesgos, pp. 7-52
- . “*Aproximación al estudio de los derechos reproductivos*”  
**1995** en **Reflexiones. Sexualidad, Salud y Reproducción.** México:  
El Colegio de México/Programa de Salud Reproductiva y Sociedad,  
Año I, núm. 8, octubre, 54 págs.
- . “*Apuntes sobre algunas posibilidades de*  
**1995** *autodeterminación reproductiva en América Latina*”. En **Perfiles**  
**Latinoamericanos.** México, año 4, no. 6, junio, pp. 121-147
- . “*Derechos reproductivos y el espacio de las*  
**1998** *instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia*  
*mexicana*” en A. Ortiz Ortega, **Derechos reproductivos en México:**  
**un ejercicio impostergable.** México: en prensa, pp. 73-125
- . “*Elementos para definir una agenda de docencia,*  
**1997** *investigación y análisis de políticas en el ámbito de la salud*  
*reproductiva*” en Carlos Welti (Coord.) **Población y desarrollo: una**  
**perspectiva latinoamericana después de El Cairo-94.** México:  
FPNU/MACARTHUR/IIS-UNAM, pp. 159-201
- ; Blanca Margarita Aguilar y María Gabriela Hita. “*Una*  
**1994** *aproximación al entorno de los derechos reproductivos por medio de*  
*un enfoque de conflictos*” en **Estudios Sociológicos,** México: El  
Colegio de México, vol. XII, núm. 34, enero-abril, pp. 129-154
- FIGUEROA Perea, Juan Guillermo; Cristina Fuentes Zurita. **Una reflexión ética a**

- 1995 **tomar en cuenta en las políticas de salud reproductiva: el contexto de las mujeres jóvenes.** Trabajo presentado en la V Reunión Nacional de Investigación Demográfica, dentro de la sesión Estado, Ciudadanía, Derechos Sexuales y Reproductivos. México: El Colegio de México, 23 págs.
- FLAX, J. “*Posmodernismo y relaciones de género en la teoría feminista*” en **1990 Feminaria**, México, núm. 5
- GARCÍA, Brígida. “*Procreación y uso de anticonceptivos en México*” en **1990 Debate Feminista**, México, vol. 1, pp. 218-221
- ; Orlandina de Oliveira “*Reflexiones teórico-metodológicas sobre el trabajo de la mujer y la fecundidad. La importancia de la unidad doméstica*” en **1982 La mujer y el desarrollo II: antología**, México: SepSetentas, pp. 87-120
- GARCÍA Prince, E. **1992 Políticas públicas en el enfoque de género en América Latina y el Caribe. Seminario Latinoamericano Mujeres, Género y Desarrollo.** Caracas, Comisión femenina asesora de la Presidencia de la República.
- GERMAIN, Adrienne; Rachel Kyte. **1995 El consenso de El Cairo: el programa acertado en el momento oportuno.** International Women’s Health Coalition (IWHC), 30 págs.
- GIRE. “*Retos y obstáculos al Programa Nacional de Población*” en **1995 Boletín Trimestral sobre Reproducción Elegida**, México, no. 6, julio.
- GIRE. . “*Lo bueno y lo nuevo del Programa Nacional de Salud Reproductiva*” en **1996 Boletín Trimestral sobre Reproducción Elegida**, México, no. 9, junio.
- GONZÁLEZ Forteza, Catalina et al., “*Estado emocional y factores psicosociales en pacientes embarazadas y ginecológicas: un estudio comparativo*” en **1991 Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría**, México, pp. 160-168
- JAGGAR, Alison M. “*Ética feminista: algunos temas para los años noventa*” en Carne **1996 Castells (Comp.) Perspectivas feministas en teoría política.** Barcelona: Paidós, pp. 167-184

JUSIDMAN de B., Clara. “*La experiencia de la participación de México en la IV*

148

- 1998 *Conferencia Mundial de la Mujer, de Pekín* en Brígida García (Coord.) **Mujer, género y población en México**. México: El Colegio de México, en prensa.
- KELLER, A. y J. Arias Huerta *“Parteras empíricas y salud de la madre y el niño en el México rural”* en **Salud Pública de México**, México, núm. 18, pp. 883-892
- LAGARDE, Marcela. *“Presentación”*. en Gloria Sayavedra y Eugenia Flores, **Ser mujer: ¿un riesgo para la salud?**. México: Ed. Red de Mujeres A.C., pp. 15-31
- LAMAS, Marta. *“La antropología feminista y la categoría de género”* en **Nueva Antropología**, México, núm. 30, pp. 173-198
- *“Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género”* en Marta Lamas (Comp.) **El género: la construcción cultural de la diferencia sexual**. México: PUEG/Miguel Ángel Porrúa. Colección Las Ciencias Sociales. Estudios de Género.
- LANGER, Ana; Mariana Romero. *“Diagnóstico en salud reproductiva en México”* en **Reflexiones. Sexualidad, Salud y Reproducción**. México: El Colegio de México/Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, Año I, núm. 3, mayo, 64 págs.
- LANGER, Marie. **Maternidad y sexo. Estudio psicoanalítico y psicosomático**. 1980 Buenos Aires: Paidós.
- LÓPEZ Austin, Alfredo. **Cuerpo humano e ideología: las concepciones de los antiguos nahuas**. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Antropológicas, 490 págs. (Serie Antropológica; 39)
- MAIER, Elizabeth *“La mujer frente a los derechos humanos”* en: **Política y Cultura**. 1992 México: UAM. -- núm. 1, otoño, pp. 35-47.
- MARCOS, Silvia *“Mujeres, cosmovisión y medicina: las curanderas mexicanas”* en Orlandina de Oliveira (Comp.) **Trabajo, poder y sexualidad**, México: El Colegio de México, pp. 359-382
- MARTINEZ Fernández, Alicia Inés *“Un vínculo en tensión: políticas públicas y diferencias genéricas”* en Alicia I. Martínez F. (Comp. ) **Mujer, gobierno y sociedad civil. Políticas en México y Centroamérica**, México: Cuadernos de la FLACSO, págs. 7-50
- MATAMALA Vivaldi, M.I. et. al. **Proyecto Calidad de Atención desde un enfoque**

- 1994 **de género.** Investigación Cualitativa con mujeres beneficiarias del Servicio de Salud Occidente de la Región Metropolitana. Santiago de Chile: Colectivo Mujer, Salud y Medicina Social, COMUSAMS.
- MEJIA Piñeros, Ma. Consuelo. **Condiciones de posibilidad para el ejercicio de los derechos reproductivos.** México: mimeo, mayo, 15 pp.
- **Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000.** México: mimeo, mayo.
- 1996 **Planificación Familiar 1995-2000.** México: mimeo, mayo.
- MENÉNDEZ, Eduardo. “Mortalidad en México. A preguntas simples, ¿sólo respuestas obvias?”, en **Cuadernos Médico Sociales**, México, núm. 46, pp. 53-64
- 1988
- MÓDENA, Ma. Eugenia. **Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica.** México: Cuadernos de la Casa Chata, CIESAS.
- 1990
- MOLLER Okin, Susan. “Desigualdad de género y diferencias culturales” en Carme Castells (Comp.) **Perspectivas feministas en teoría política.** Barcelona: Paidós, pp. 185-206
- 1996
- MONTERRUBIO Gómez, Ma. Isabel; Marco A. García Domínguez. “Consecuencias de la matrícula educativa nacional” en **Demos. Carta demográfica sobre México.** México: IIS-UNAM/FPNU/INEGI, pp. 29-30
- 1989
- MUÑIZ, E. **Los usos del género: una propuesta para la antropología y la historia.** Ponencia presentada en el XII Congreso Internacional de Ciencias Antropológicas y Etnológicas, México, D.F., 29 de julio al 5 de agosto.
- 1993
- NASH, Mary “Nuevas dimensiones en la historia de la mujer” en **Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer.** Madrid: Ediciones Del Serbal, pp. 9-50
- 1984
- OLIVARES, Cecilia. **Glosario de términos de crítica literaria feminista,** México: El Colegio de México, 101 pp.
- 1997
- ORTIZ-Ortega, Adriana. “Una visión feminista de los derechos reproductivos” en **Derechos reproductivos en México: un ejercicio impostergable.** México, en prensa.
- 1998
- PATEMAN, Carole. “Críticas feministas a la dicotomía público/privado” en Carme Castells (Comp.), **Perspectivas feministas en teoría política.** Barcelona: Paidós, pp. 31-52
- 1996
- PÉREZ Fernández del Castillo, Bernardo. **Representación, Poder y Mandato.**

- 1996 **Prestación de Servicios Profesionales y su Ética.** México: Ed. Porrúa, 292 págs.
- PETCHESKY, Rosalind P. “From Population Control to Reproductive Rights: Feminist **1995** *Fault Lines*” en **Reproductive Health Matters** London, number 6, November, pp. 151-161
- ; Sonia Correa. “Los derechos reproductivos y sexuales: **1994** *Una perspectiva feminista*”. en G. Sen, A. Germain y L. Chen (Eds.), **Population Policies Reconsidered (Health, Empowerment, and Rights)**. Harvard University Press, EUA. Traducción de Juan Guillermo Figueroa Perea y Susan Beth Kapilian.
- PEÑA, Florencia; J. M. Gamboa “Análisis comparativo de las situaciones **1988** *sociodemográficas en 1985-1986 de un grupo de obreras de la industria del vestido, domiciliarias y fabriles en la ciudad de Mérida*” en V. Salles y E. McPhail (Comps.) **Serie Documentos de Investigación.** México: El Colegio de México, núm. 1, pp. 92-171
- PHILLIPS, Anne. “Deben las feministas abandonar la democracia liberal?” en Carme **1996** Castells (Comp.), **Perspectivas feministas en teoría política.** Barcelona: Paidós, pp. 79-97
- PODER EJECUTIVO FEDERAL. **Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000.** **1995** Secretaría de Hacienda y Crédito Público. México, D.F.
- . **Programa Nacional de la Mujer 1995-2000.** **1995** Secretaría de Gobernación, México, D.F., 113 págs.
- . **Programa Nacional de Población 1995-2000.** **1995** Consejo Nacional de Población. México, D.F., 113 págs.
- PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA; DIRECCION GENERAL DE COMUNICACION **1992** SOCIAL. **Agenda de México,** México: 13a. edición, julio, 263 pp.
- PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD). **1995** **Informe sobre desarrollo humano.** New York, 255 pp.
- PROGRAMA NACIONAL DE LA MUJER. **Informe de Avances de Ejecución. 8 de** **1998** **marzo de 1998.** México, 187 págs.
- RAVELO B., Patricia “Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones **1995** *en México*” en Soledad González M. (Comp.) **Las mujeres y la salud.** México: PIEM-COLMEX, pp. 199-258
- RED POR LA SALUD DE LAS MUJERES DEL DISTRITO FEDERAL. **Reflexiones**

- 1996 **sobre los compromisos internacionales y los documentos jurídicos, programáticos y normativos en torno a la salud sexual y reproductiva**, (Versión preliminar), México, agosto, 124 págs.
- RICH, Adrienne **Sobre mentiras, secretos y silencios**. Barcelona: Icaria, 287 págs.  
1983
- SALLES, Vania; Rodolfo Tuirán. **El discurso de la salud reproductiva: un nuevo dogma?**. Ponencia presentada en el Seminario Internacional sobre Avances en Salud Reproductiva y Sexualidad, El Colegio de México, México, noviembre, 24 págs.
- . *“Mujeres y hogares en México ¿cada vez más pobres? en **¿Cuánto cuesta la pobreza de las mujeres? Una perspectiva de América Latina y el Caribe**. ONU-UNIFEM pp. 65-88*
- 1995
- SAYAVEDRA, Gloria H. *“Género, poderío y salud”*. en Eugenia Flores Hernández y Gloria Sayavedra H. (Comps.) **Ser mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud**. México: Red de Mujeres A. C., pp. 93-138
- 1997
- SCOTT, J. *“El género: una categoría útil para el análisis histórico”* en Marta Lamas (Comp.), **El género: la construcción cultural de la diferencia sexual**, México: PUEG/Miguel Angel Porrúa, Colección Las Ciencias Sociales. Estudios de Género, pp. 262-302
- 1996
- SECRETARIA DE SALUD. **Análisis de la situación del Programa de Planificación Familiar según datos de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar 1995**. DGSR/CONAPO, México, octubre, 21 págs.
- 1996
- . **La perspectiva de Género en la Salud Reproductiva**. Dirección General de Salud Reproductiva, México, 27 págs.
- 1996
- . **Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000**, Dirección General de Salud Reproductiva, México, 36 pp.
- 1991
- SELVA, Beatriz, *“Comportamientos reproductivos y sus valoraciones. Un estudio de caso con mujeres de la colonia Guerrero”* en Vania Salles y E. MaPhail (Comps.) **Textos y pretextos. Once estudios sobre la mujer**. México: El Colegio de México, pp. 463-500
- 1989
- STUART Mill, John. **Sobre la libertad**. México: Alianza Editorial, 1a. Reimp.

- TUIRÁN, Rodolfo. “*Sociedad disciplinaria, resistencia y anticoncepción*” en **Memorias de la reunión de avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar en México**. México: DGPF, SSA, pp. 45-58  
1988
- TAYLOR, Charles. **El multiculturalismo y “la política del reconocimiento”** México: F.C.E., 159 pp.  
1993
- VENIER, Martha Elena. “*Por qué ‘apoderar’*” en **Boletín 67** México: editorial de el Colegio de México, mayo-junio, pp. 17-20  
1996
- WELTI, Carlos (Coord.) **Población y desarrollo: una perspectiva latinoamericana después de El Cairo-94**. México: FPNU/MACARTHUR/IIS-UNAM, 302 págs.  
1997
- WOLF, Susan. “*Comentario*” en Charles Taylor, **El multiculturalismo y “la política del reconocimiento”** México: F.C.E., pp. 108-122  
1993
- ZOLLA, Carlos, et. al. **La atención del embarazo y parto en el medio rural**. México: CIESS.  
1988

## FUENTES TESTIMONIALES

### **Entrevista No. 1:**

Dra. Cecilia García Barrios. Dirección de Enseñanza e Investigaciones, Instituto de Servicios de Salud del Gobierno del Distrito Federal. Entrevista realizada por Leticia Calvario M. el 22 de abril de 1998

### **Entrevista No. 2:**

Dra. Brígida García. Investigadora en El Colegio de México. Coordinadora del grupo de ocupación y empleo en los trabajos realizados en México para Pekín. Asesora de la delegación mexicana en la Cuarta Conferencia de la Mujer en Beijing. Entrevista realizada por Leticia Calvario M. el 27 de abril de 1998

### **Entrevista No. 3:**

Dr. Alfonso López Juárez. Director General de MEXFAM. Miembro de la delegación mexicana oficial en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo. Entrevista realizada por Leticia Calvario M. el 30 de abril de 1998

### **Entrevista No. 4:**

Mtra. María Consuelo Mejía P. Directora de Católicas por el Derecho a Decidir; Investigadora en el Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades-UNAM; Miembra de la delegación mexicana oficial en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo; integrante del Comité Ejecutivo del Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población; participe del Foro de las Organizaciones No Gubernamentales en la Cuarta Conferencia de la Mujer en Beijing. Entrevista realizada por Leticia Calvario M. el 5 de mayo de 1998

### **Entrevista No. 5:**

Dr. Alejandro Morales del Olmo. Subdirección de Planificación Familiar de la Dirección General de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Entrevista realizada el 25 de mayo de 1998

### **Entrevista No. 6:**

Arq. Sandra Samaniego. Coordinadora de Asuntos Internacionales del Programa Nacional de la Mujer; integrante del secretariado técnico del Comité Nacional Coordinador para la Cuarta Conferencia de la Mujer en Beijing. Entrevista realizada por Leticia Calvario M. el 30 de abril de 1998

### **Entrevista No. 7:**

Dr. Arturo Vega. Subdirección de Planificación Familiar de la Dirección General de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Entrevista realizada el 16 de abril de 1998



## ANEXO

### GUIA DE ENTREVISTA

TEMAS A DESARROLLAR (A PARTIR DE LAS CONFERENCIAS DE EL CAIRO Y BEIJING):

#### SALUD.

- ¿Qué se entiende por salud de las mujeres?
- ¿Cuáles son los derechos que en materia de salud tienen las mujeres?
- ¿Cuáles son los obstáculos que impiden fomentar estos derechos?
- ¿Cuáles son los problemas de salud más importantes a solucionar?
- ¿Con qué tipo de apoyos y mecanismos se cuenta para propiciar una salud integral entre la población?

#### SALUD REPRODUCTIVA.

- ¿Qué implica la salud reproductiva?
- ¿Cuáles son los objetivos y metas planteados en salud reproductiva?
- ¿Qué actividades realizan para fomentar la salud reproductiva entre la población?
- ¿Qué concepciones deben de ser difundidas entre la población para lograr una buena salud reproductiva?
- ¿Cuál es la importancia de fomentar la idea de la salud reproductiva como un derecho humano?
- ¿Cuáles son los elementos poco definidos o poco trabajados en salud reproductiva?
- ¿Qué implica la perspectiva de género en la salud reproductiva?
- ¿Cuál es la importancia del (empowerment) o apoderamiento de las mujeres para la salud reproductiva?
- ¿Cuáles son los mayores obstáculos que existen para fomentar la salud reproductiva en nuestro país?
- En su trabajo, ¿a qué obstáculos se enfrentan para lograr la salud reproductiva entre la población?
- ¿Cuál es la concepción de cuerpo que se debe difundir para lograr acceder a la salud reproductiva?

## **SEXUALIDAD.**

- ¿Qué papel juega la sexualidad dentro de la salud reproductiva?
- En el caso de ser un elemento primordial, ¿por qué la sexualidad ha tenido tantas dificultades para reconocerse como un derecho humano?
- ¿Qué se entiende por sexualidad libre y responsable?
- A su parecer, ¿la educación sexual de los mexicanos es suficiente o correcta para propiciar la vivencia sexual libre y responsable?
- ¿Cuál es la responsabilidad de las instituciones de salud en materia de sexualidad?
- ¿Cuál es la responsabilidad de los individuos respecto a su sexualidad?

## **FAMILIA.**

- Los conceptos de salud sexual y reproductiva, ¿en qué han modificado o alimentado nuestra concepción de familia?
- ¿Cuál es el papel que debe jugar la familia en el fomento de la salud reproductiva?
- ¿Estos conceptos atentan contra la estructura familiar de nuestra cultura?
- ¿Cuáles son los derechos sexuales y reproductivos que deben tener cada uno de los integrantes de la familia?
- ¿Cuál es la responsabilidad de la familia en la salud sexual y reproductiva?
- ¿Cuáles son los obstáculos que se presentan en la familia para fomentar la salud sexual y reproductiva?

## **RELACION ENTRE HOMBRES Y MUJERES.**

- ¿Qué concepción se tiene de la participación masculina en la salud reproductiva?
- ¿Qué papel deben de jugar los hombres y las mujeres en la salud sexual y reproductiva?
- ¿Cuáles son sus responsabilidades y derechos?
- ¿Cuáles son las circunstancias que deben existir para que tanto mujeres como hombres se integren al nuevo concepto de salud reproductiva?
- Fomentar la participación de los hombres, ¿implica introducir la perspectiva de género?

## **ESTADO**

- ¿Cuál fue la función que desempeñó en las Conferencias de El Cairo y Beijing?
- ¿Cuáles fueron los logros más importantes que en materia de salud se lograron en las Conferencias de El Cairo y Beijing?
- ¿Qué temas importantes quedaron fuera de la agenda o del consenso y por qué?
- ¿Cuáles fueron los temas más polémicos?

- ¿Cómo se tomaban las decisiones?
- ¿Cómo se lograron los acuerdos?
- ¿Con cuáles grupos, países o sectores hubo problemas y por qué?
- ¿Cómo fue la participación de la Delegación mexicana?
- ¿Cómo fue la participación de las ONGs en estas Conferencias Internacionales?
- ¿Cuál fue la postura y los compromisos del gobierno mexicano ante los acuerdos logrados?
- ¿Cuál es la responsabilidad que en materia de salud reproductiva adquirió el gobierno mexicano?
- ¿Considera que el gobierno mexicano ha respondido con acciones concretas a los compromisos que adquirió en las Conferencias Internacionales?
- ¿Considera que las políticas de población y salud se han modificado a partir de la concepción de salud reproductiva?
- ¿Cuáles han sido los principales problemas de negociación para el diseño de políticas enfocadas a la salud reproductiva?
- A su parecer, ¿cuáles son las dificultades para poder llevar a cabo los acuerdos de El Cairo y Beijing?
- ¿Considera que los actuales programas y políticas del gobierno mexicano responden al espíritu con que se definieron los elementos que contiene la salud reproductiva en las Conferencias Internacionales?
- ¿Considera que los lineamientos de población y salud en México se han modificado, en qué sentido y por qué?
- ¿Las estrategias y líneas de acción planteadas por el gobierno mexicano coinciden con el nuevo concepto de salud reproductiva?
- ¿Considera que existen los suficientes y correctos mecanismos para la evaluación de la salud reproductiva?