El Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva en México y las Políticas de Población *

Pilar Muriedas/Ana María Hernández
Salud Integral para la Mujer

1994: Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo
1994: Nuevo gobierno en México

El Programa Nacional de Población 1989-1994 está por concluir. Nosotras estamos empezando a aparecer, de nueva cuenta, en el escenario político, analizando el impacto negativo de las políticas de población en las mujeres de nuestro país.

La coyuntura que está abriendo la Conferencia Internacional de El Cairo nos convoca a pronunciarnos sobre lo que el gobierno mexicano ha implementado al respecto; y también a elaborar propuestas y estrategias de intervención ante distintos escenarios posibles, dado el próximo cambio presidencial.

En SIPAM hemos estado trabajando sistemáticamente durante 7 años alrededor de la salud sexual y reproductiva y sus implicaciones en las políticas públicas sanitarias. Sin embargo, hasta hace muy pocos meses empezamos a descubrir este terreno tan amplio que implican las políticas de población. Nosotras habíamos centrado los esfuerzos en cuestionar constantemente las políticas de control de la natalidad, ya que su implementación ha implicado sistemáticas violaciones al derecho a decidir sobre nuestra capacidad reproductiva y prácticas sexuales. A esto reducíamos las políticas de población.

Nuestra Organización desea aprovechar este espacio para compartir algunas reflexiones a inquietudes políticas, que han sido motivo de análisis en estos últimos meses.

Hemos empezado a hablar del derecho a la salud sexual y reproductiva, pues nos parece un concepto más integrador que rebasa las limitantes del concepto tradicional manejado en los programas y políticas gubernamentales de salud, que se reducen al control de la fecundidad y a la capacidad de las mujeres de engendrar hijos sanos.

Entendemos la capacidad sexual y reproductiva, no sólo como una situación biológica, sino también como una compleja realidad donde intervienen subjetividades y aspectos económicos y socioculturales, que se expresan en un cúmulo de sentimientos y actitudes desde muy temprana edad, así como un continuo dinamismo en las relaciones de pareja, familiares y en ámbitos sociales más amplios.

La salud sexual y reproductiva la enmarcamos en el campo de los derechos humanos, haciendo énfasis en tres aspectos principales:

1.- El derecho a determinar cuándo, cómo, por qué y con quién expresar o no nuestra sexualidad; y el derecho a regular libremente nuestra fecundidad de manera informada y segura.
2.- Que en base al derecho de igualdad entre hombres y mujeres, se incluya al varón como sujeto responsable en el ámbito de la sexualidad y la reproducción.
3.- El derecho de acceso a los servicios de salud integrales de calidad universal.

Ello significa, por tanto, una atención sanitaria que incorpore las diferentes etapas de desarrollo de hombres y mujeres con una perspectiva de género; el acceso a información y formación en educación sexual desde temprana edad; el poder disfrutar de relaciones sexo-afectivas sin riesgos a la salud; el tener embarazos y partos en condiciones óptimas; el acceder a información y atención integral en el climaterio; el incorporar la tecnología reproductiva a partir de nuestros intereses, incluida la de infertilidad; facilidades legales para

* Ponencia presentada en el Foro Nacional sobre Mujer y Políticas de Población
Noviembre de 1993

la adopción; garantías reales para optar o no por la lactancia; y por último, como un motivo importante de salud, el derecho a vivir sin violencia física y emocional en la casa y en la calle.

Partiendo de este marco conceptual amplio, quisiéramos detenernos en situaciones reales de actualidad que tienen que ver con la reproducción y la sexualidad.

Los datos que a continuación les ofrecemos, no son los más recientes, pero son aquellos a los que hemos podido acceder. Aún así, nos parecen útiles para demostrar algunos eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Habría que considerar también el subregistro de estos datos, que es reconocido por las mismas autoridades sanitarias.

Muchas mujeres de nuestro país están utilizando los métodos anticonceptivos con inseguridad y permanente conflicto. La Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES, 1987) muestra que entre el 15 y 24 por ciento de las aceptantes de dispositivo intrauterino, de pastillas anticonceptivas y de métodos inyectables, declararon haberlos abandonado por los efectos colaterales o por temor a éstos (J.G. Figurera).

En el caso de la esterilización femenina, llama la atención que una de cada diez mujeres esterilizadas, entrevistadas durante la ENFES, haya declarado que no volvería a operarse si tuviera la oportunidad de elegir (ídem).

Todas aquí sabemos que la esterilización es uno de los métodos más usados, y de acuerdo a lo que afirma J.G. Figurera, es el que prefieren las mujeres. Sin embargo, sabemos también que éste se elige cuando no se desea tener más hijos. En este sentido, las campañas de planificación familiar han tenido más éxito en cuanto a limitar el número de hijos en aras de alcanzar las metas demográficas, que como programa destinado a la salud en el sentido de planear y espaciar informadamente el número de éstos.

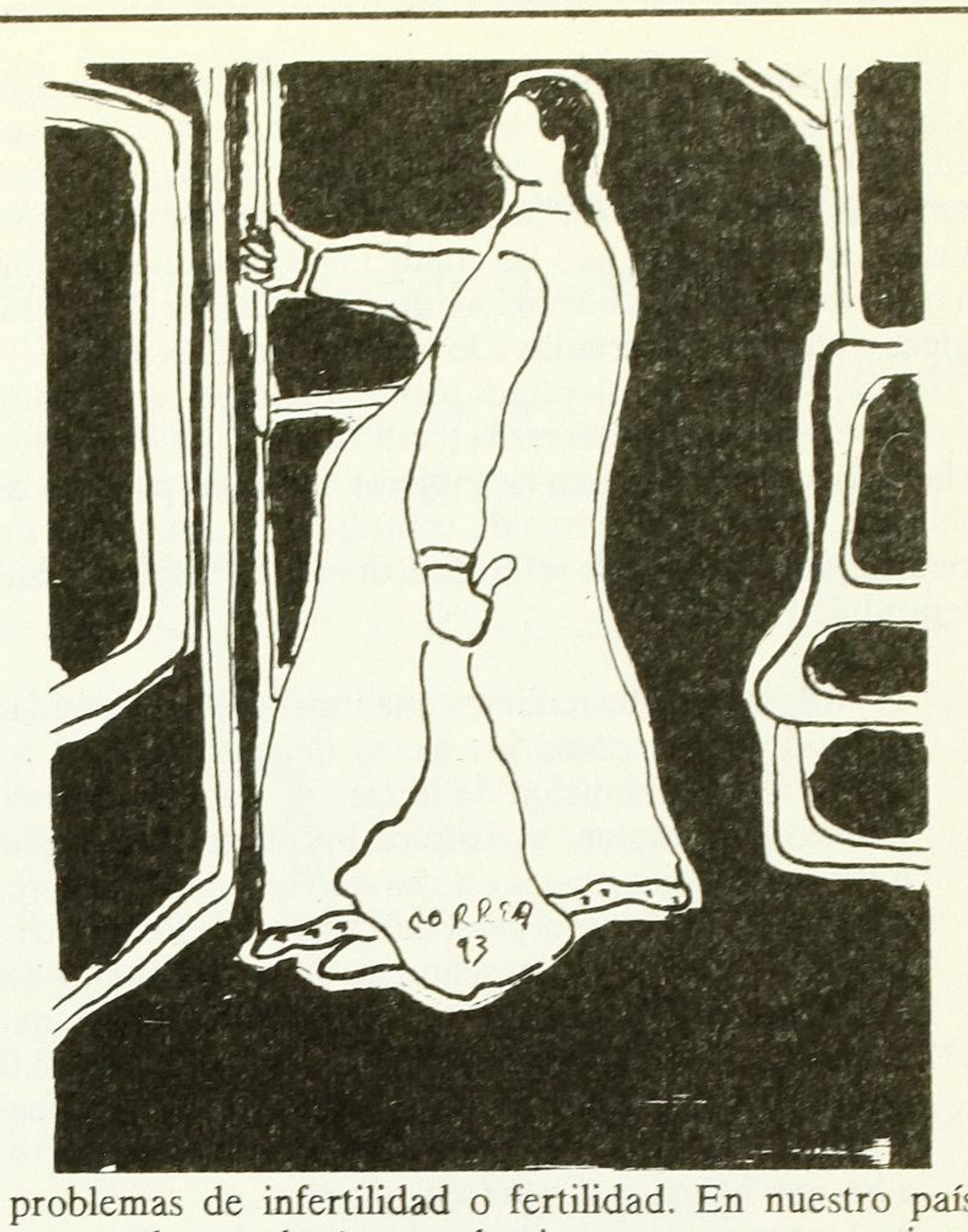
Dentro de las políticas antinatalistas, la fertilidad de las mujeres se ha convertido en el foco de atención, negando en los hechos la capacidad de los hombres de controlar su fecundidad, siendo ellos los que más posibilidades biológicas y culturales tienen de reproducirse (las mujeres nos podemos embarazar una vez cada once meses, mientras los hombres pueden engendrar varias veces en un día, además de que su vida reproductiva es más larga).

Incoherente y peligroso resulta el hecho de que por un lado se priorice el uso de métodos definitivos y mecánicos para el control de la fertilidad y por otro, de manera distante, se promueva el uso del condón para prevenir el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, evidenciando en los hechos la visión parcializada que sobre la vida sexual y reproductiva expresan los programas gubernamentales de salud.

Otro grave problema de salud pública en las mujeres de nuestro país, es la morbimortalidad materna, debido entre otras cosas, a las complicaciones que se presentan durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, a pesar de que son sufrimientos y muertes que se podrían evitar (DATO).

En este mismo renglón, se ubica al aborto, que actualmente ocupa el cuarto lugar de mortalidad materna y el tercero por motivo de hospitalización, según datos oficiales.

Difícil es también la situación que están atravesando las mujeres, que por razones fisiológicas, no pueden embarazarse, aún cuando ese es su deseo. Se estima que del 10 al 15 por ciento de la población en edad reproductiva padece



problemas de infertilidad o fertilidad. En nuestro país el acceso a la tecnología reproductiva para estas causas, tiene un carácter elitista de muy alto costo. Dentro de esta problemática se encuentran las mujeres que desean reproducirse mediante la inseminación artificial, pues han decidido ser madres sin pareja masculina.

Motivo de mención son también aquellas mujeres, de las que no tenemos datos y que seguramente por cuestiones de género son las menos, que enfrentan presiones sociales al no querer ejercer su capacidad reproductiva porque así lo han decidido.

Igualmente, alrededor de la mencionada situación, están las mujeres que desean tener hijos pero que por carecer de condiciones materiales y económicas, no pueden ejercer ese derecho. Para muchas de ellas, ninguna política de control natal podrá satisfacer sus necesidades y aspiraciones, porque hasta ahora los hijos son su principal fuente de valoración como personas y de apoyo económico y emocional al futuro.

Un fenómeno repetido en nuestro país, es el embarazo en adolescentes. La SSA estima que dos de cada diez mujeres que se embarazan por primera vez son menores de 20 años; estamos hablando del 20 por ciento de los nacimientos ocurridos al año (SSA, 1992). Cabría preguntarnos si éstas jóvenes pudieron elegir o no y cuáles fueron sus motivos. Habría que recordar también lo que dice Mari Carmen Elu en el sentido de que hay embarazos deseados con hijos no deseados.

En resumen, podríamos decir que las mujeres en edad reproductiva, somos blanco permanente de atención y presión, inclusive por las mismas mujeres, ya sea porque tenemos muchos hijos, porque no podemos tenerlos, porque deseamos o decidimos interrumpir un embarazo y hasta porque hemos optado por no ejercer nuestra capacidad reproductiva.

¿En dónde queda entonces, para las mujeres mexicanas, el derecho a decidir?

El panorama es desolador, a pesar de que estemos haciendo un esfuerzo por no presentar a las mujeres sólo como víctimas. Sin embargo, la realidad es dramática, y ello nos plantea la necesidad de elaborar propuestas viables y concretas, para ir revirtiendo las condiciones de esta situación, sin que ello signifique borrar nuestros planteamientos estratégicos y utopías construidas a lo largo de muchos años.

En este sentido, quisiéramos plantearles algunas propuestas concretas, que sin abarcar la totalidad de la problemática, de las implicaciones que en las mujeres tienen las políticas de población, si llevan el ánimo de contribuir en algunos de sus aspectos, sobre todo en lo referido al derecho a la salud sexual y reproductiva.

1) Nos parece que tenemos que insistir en la necesidad de que desaparezcan las metas demográficas en relación a la disminución de la tasa de natalidad, como criterio para evaluar el éxito de los programas de planificación familiar, pues este ha sido uno de los factores principales para que el personal de salud de los servicios públicos violente el derecho a la libre decisión. Para lograrlo, tenemos que diseñar criterios alternativos, que conlleven a garantizar la calidad de los servicios para la libre anticoncepción y presionar para que se implementen. Sobre los criterios ya existen propuestas de expertos a los que habría que convocar.

2) Acerca de la oferta de distintos métodos anticonceptivos, habría que reiterar que la esterilización y el DIU pueden satisfacer sólo las necesidades de algunas mujeres con ciertas prácticas sexuales y reproductivas, que es prioritario ampliar la gama, sin entrarle al juego del libre mercado, para que otras muchas mujeres vean satisfechos sus intereses anticonceptivos. En particular, nos quisiéramos referir a los métodos de barrera que tienen la ventaja de poder ser controlados por el o la usuaria, además de que algunos de estos contribuyen a evitar las ETS.

3) Con respecto a las estructuras político-administrativas, retomamos la propuesta de la reorganización de los actuales programas de Planificaciónx Familiar y de Materno Infantil de la SSA, cabeza del Sector salud, para conjuntarlos en uno solo, que se guíe por un concepto integrador sobre la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, además de presionar para que éste sea un eje central dentro de las Políticas de Población. Para ello, y ante la aproximación del cambio de gobierno, pensamos que bien podríamos proponer la conformación de una comisión de especialistas y líderes del movimiento, que se avocara a diseñar una propuesta integral sobre este aspecto.

4) Dado que la población mexicana desconoce sus derechos ciudadanos, en particular los referidos a la salud sexual y reproductiva, proponemos que el Consejo Nacional de Población y en su caso la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, emprenda un programa específico de información y formación sobre éstos, dirigido de manera especial a las mujeres y a los trabajadores de salud.

5) Necesitamos también instancias idóneas para validar los derechos ciudadanos. Por ello volvemos a plantear la propuesta de fortalecer e incrementar el número de las agencias del Ministerio Público especializadas en delitos sexuales, ampliando su ámbito de acción a la atención de la violación de los derechos sexuales y reproductivos. Implementar, de manera institucional, dentro de los centros y hospitales, espacios que realmente orienten e informen sobre nuestros derechos como usuarias.

6) En el terreno legislativo, no quiséramos dejar de mencionar la importancia de insistir en la necesidad de despenalizar el aborto. Para ello nos parece fundamental apoyar, contribuir y ampliar las acciones que están emprendiendo las compañeras de GIRE.

Compañeras:

1994 no significa tan sólo la realización de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, sino que también y más importante aún será el cambio de gobierno de nuestro país, que a diferencia de otras contiendas, ésta se presenta con una oposición real. Desde ahora nuestros planteamientos pueden cobrar fuerza, se están definiendo los programas de gobierno de las distintas corrientes políticas, de ahí que es prioritario que discutamos la manera de hacernos oir y por supuesto, también de escuchar con mucha atención lo que sobre las mujeres se dice.

El mayor reto es que ante diferentes escenarios e inminentes cambios, que no sabemos aún si se presentarán favorables o no a nosotras, seamos lo suficientemente hábiles para influir y no postergar nuestro accionar político.

Las Políticas de Población, indudablemente, formarán parte del nuevo gobierno. No nos sintamos solas, busquemos alianzas con aquellas fuerzas democráticas, que al igual que nosotras, reivindican la vigencia de los derechos ciudadanos.