Reflexión Etica sobre la Reproducción en México: ¿Respeto o Tolerancia? *

• Juan Guillermo Figueroa Perea •

Introducción

Una de las características más importantes de la dinámica demográfica en México en los últimos 25 años ha sido la transformación de los patrones y tendencias reproductivas; a mediados de la década de los sesenta la tasa global de fecundidad era superior a los seis hijos, mientras que en este momento puede estimarse en un nivel de 3. El uso de métodos anticonceptivos estaba prohibido hace 25 años, a pesar de ello la población empezó a disminuir su fecundidad antes de que esa restricción fuera eliminada de los códigos y de que se formalizaran programas institucionales de planificación familiar. Esto ocurrió en la primera parte de la década de los setenta, a la par que se modificó un artículo de la Constitución Nacional con el fin de asegurar -a través del mismo- el derecho de toda persona a decidir libre, responsable e informadamente sobre el número de hijos a tener y cuándo tenerlos.

Los cambios anteriores se dieron a la mitad del período presidencial de 1970 a 1976 (en el caso mexicano este período es de seis años). Sin embargo, fue hasta el inicio de la nueva administración presidencial -en 1977- que se estableció un plan nacional de planificación familiar, en el cual se incluían subprogramas de educación, de investigación y de servicios de salud. A este último rubro se le dio una especial importancia ya que se desglosaron metas de crecimiento demográfico

a ser alcanzadas al final de cada una de las administraciones presidenciales que restaban durante el presente siglo. Para cada uno de los años del período 1977-1982 se definieron números de usuarias de métodos anticonceptivos a ser cubiertas por las diferentes instituciones del Sector Salud. En el caso de los subprogramas de educación e invastigación no se

*** Preparado para la Mesa Redonda sobre Etica, Población y Salud Reproductiva, convocada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Programa de Desarrollo de Leyes y Políticas, del Centro de Población y Salud Familiar de la Universidad de Columbia. La reunión se celebró en Nueva York, EUA. Marzo de 1994.**

fijaron metas específicas, lo cual redundó en que con el transcurrir del tiempo fueran los servicios el centro de las evaluaciones del avance del plan nacional de planificación familiar en México.

En 1982, año en que terminó la primera administración presidencial con este nuevo esquema de planeación demográfica (apoyado por la política demográfica nacional y regional definida en 1978), el crecimiento observado fue similar al que se esperaba de acuerdo a las metas fijadas anteriormente, con lo que se habló del éxito de las acciones implementadas algunos años antes. En ese momento la prevalencia del uso de anticonceptivos entre las mujeres unidas del país era superior al 47 por ciento.

Cinco años después se llevó a cabo la encuesta nacional sobre fecundidad y salud, como parte del programa de la DHS, y en ella se observó que el ritmo de descenso de la fecundidad había disminuido, que la tasa de uso de anticonceptivos había mostrado un incremento más moderado que en años anteriores, y que, por ende, el crecimiento esperado de la población estaba lejos de la meta prevista para 1988: 2.1 en vez de 1.8. Además de ello, se hablaba cada vez más de ciertas irregularidades en la prestación de los servicios de planificación familiar, ya que se tenían referencias sobre la posible imposición de métodos, falta de información a las usuarias de los servicios y métodos ofrecidos en situaciones contraindicadas, entre otros puntos relevantes.

Al inicio de la presente administración (1988-1994), el Consejo Nacional de Población planteó la necesidad de reformular esas metas demográficas a partir de la experiencia observada en la dinámica poblacional; para ello propuso recorrer la meta esperada para 1988 y ubicarla en 1994 y por tanto, hacer los ajustes necesarios a las estimaciones para el resto del siglo. Esta propuesta fue descartada por el Presidente de la República, quien hizo mención a un descuido de las instituciones de salud sobre sus actividades de planificación familiar y que, por ello no podían olvidarse las metas fijadas con anterioridad. Por tanto, le pidió a las instituciones de salud que "redoblaran esfuerzos" para alcanzar dichas metas pero aclaró que ello se hiciera con pleno respeto a los derechos humanos. Vale la pena señalar que cuando se hizo la planeación original, a mediados de los setenta se mencionó que las metas se irían ajustando a partir de la dinámica observada en la población.

En este proceso de "redoblar esfuerzos" las instituciones de salud han buscado priorizar la promoción de los métodos llamados modernos, de los métodos más efectivos y se han seleccionado estrategias como los programas post-parto. Además se ha señalado la necesidad de enfocar el trabajo a población adolescente, a población rural y a población masculina, ya que al parecer "no han acabado de aceptar los programas de planificación familiar". Surgen algunas preguntas iniciales: ¿se está imaginando que estas metas y esos niveles no alcanzados son simplemente por ineficiencia de los programas, por falta de respuesta (negativamente hablando) de la población respecto a las acciones de los programas (buenas por sí mismas) o bien que es producto de un proceso de deliberación de la población que debe respetarse?, ¿se trata de programas ineficientes o de diferentes racionalidades?, ¿se trata realmente de respetar con una acción positiva que acepta que alguien puede actuar de manera diferente o es simplemente tolerar en un sentido pasivo, soportando las acciones de otros, mientras se logra convencerlos de que cambien su propuesta?

Algunos dilemas en la práctica de la reproducción en México

Uno de los elementos que permiten asegurar que la población decida de manera informada el uso de ciertos métodos es el consentimiento formado sugerido para los mismos. Ello ocurre en particular en procesos de investigación para la introducción de nuevos métodos pero también cuando se opta por métodos definitivos; este tipo de metodología anticonceptiva (para la mujer) empezó a adquirir un papel muy importante para el caso mexicano desde principios de la década de los ochenta (actualmente cerca del 40 por ciento de las usuarias de algún método recurren a la esterilización femenina).

Foto: Rotmi Enciso

A pesar de la recomendación de dicho procedimiento de aceptación, el 10 por ciento de una muestra nacional de mujeres esterilizadas (en 1987) declaró no haber decidido ni haber participado en la decisión de operarse, cerca de un 40 por ciento reconoció no haber firmado algún formato de consentimiento y un 25 por ciento no haber recibido información por parte de los prestadores de servicios sobre el hecho de que el método era irreversible, ni sobre otras opciones anticonceptivas con las que contaba. Adicionalmente, según una encuesta llevada a cabo en tres regiones del país (en 1988) el 20 por ciento de las mujeres que iniciaron su historia anticonceptiva con el dispositivo intrauterino declararon que no fue la decisión de ellas sino que fue colocado por los prestadores de servicios, sin haberles preguntado previamente. Estos datos son de 1987 y 1988, precisamente al final de la pasada administración presidencial, cuando se dejó claro que no se habían alcanzado las metas previstas para ese momento y después de lo cual se hizo la exhortación por parte del Presidente (en un sistema presidencialista) para que se redoblaran esfuerzos en el cumplimiento de las metas demográficas, las cuales hemos dicho que fueron definidas hace 15 años y cuya revisión y replanteamiento no fue aceptada al principio de la presente administración.

Surge entonces un segundo momento en los cuestionamientos de tipo ético, y más cuando se piensa en función del respeto a las personas: ¿cuál es la situación que podría estarse dando en el momento actual en los programas de planificación de México?, ¿habrá prevalecido la exhortación para respetar los derechos humanos?, ¿cuál será la conceptualización de tales derechos en la lógica de las instituciones y en la práctica de los prestadores de servicios?, ¿será necesario extender el consentimiento informado a otros métodos, además de la esterilización o de aquellos que se utilizan como parte de un proyecto de investigación? (en especial cuando es diferencial el servicio brindado a las usuarias por los mismos prestadores de servicios, cuando se saben parte de un proyecto de investigación que cuando dan un servicio de manera cotidiana). ¿Cómo conocer la manera en que los prestadores de servicios viven esta aparente contradicción entre incentivos o demandas laborales y el respeto a la libre decisión por parte de la población en el ámbito de la reproducción?

En grupos de discusión recientemente realizados con médicos, enfermeras y trabajadoras sociales de la Secretaría de Salud se encontró que al preguntarles sobre este posible conflicto, algunos de ellos reconocieron que en muchos casos lo que sucede es que una persona representa un número que va a ser contabilizado en sus registros institucionales, por lo que en la práctica hay un proceso de convencimiento -más allá del respeto- con elementos éticos bastante indefinidos e inciertos.

Surge un tercer tipo de cuestionamientos: ¿cómo podemos interpretar el nivel de responsabilidad de los prestadores de servicios ante la población y ante las instituciones y políticas que norman y dirigen a los mismos?, ¿cómo manejar dichas responsabilidades en contraste con el ejercicio de los derechos por parte de la población, cuando además los datos de algunas investigaciones nos han mostrado calidad de servicio desigual dependiendo del grupo social de pertenencia, del nivel de escolaridad de la persona y del lugar de residencia de la misma?, ¿son acaso diferenciales los derechos de la población, es diferente el respeto que merece cada uno de ellos?...

¿Cómo podemos además interpretar el carácter prioritario de las zonas rurales en donde al parecer sus tiempos no corresponden con aquellos esperados por las políticas de población y los programas de planificación familiar?, ¿cómo entender el respeto a sus derechos como una postura activa, positiva, propositiva y de mayor compromiso existencial y no únicamente como una tolerancia de "esperar" -en el mejor de los casos- mientras se logra convencer o imponer -si los tiempos no permiten esperar- una conducta diferente a la que han venido mostrando en los últimos tiempos?

¿Cómo repensar el sentido de la promoción en los servicios de planificación familiar dentro de un programa que tiene metas y no ha sido capaz de flexibilizar la búsqueda de las mismas, a partir de la propia experiencia reproductiva de la población?, ¿existen riesgos de conflictos con los derechos y de relaciones éticamente delicadas, cuando las relaciones de poder que se establecen entre prestadores de servicios (con formación médica) fomentan esquemas y roles de expertos que resuelven "problemas reproductivos" más que como asesores que fomentan discusiones al respecto? Creo que las relaciones se complican enormemente y que en particular se pone en entredicho el sentido de respeto a las personas.

Creo que resulta sintomático que en la Conferencia de Maternidad sin Riesgos -celebrada en México en 1993- una de las principales sugerencias fue el tratar de asegurar que existieran mecanismos de vigilancia social de la práctica de los servicios, así como instancias para denunciar negligencias tanto en el servicio (lo cual es común en muchos países) como incluso cualquier imposición de métodos. ¿Cómo interpretar la necesidad y urgencia de que la población conozca sus derechos ante los servicios?, ¿cómo interpretar esa preocupación de varias conferencias latinoamericanas -preparatorias a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo- sobre la alta incidencia de métodos definitivos?, ¿cómo analizar los resultados de dos evaluaciones internas que hizo el Fondo de Población de las Naciones Unidas al programa de planificación familiar en México, en donde "al parecer" (porque son documentos confidenciales) se afirma que los prestadores de servicios no toman en cuenta las necesidades de la población y que la selección de métodos pareciera más derivada de las preferencias de los prestadores que de la selección de la población?, ¿es respeto o es tolerancia a medias?