19.11
f 47-1
I A9 Ichill0A(1.5n -
fartulici
Dor,ecli0
3. I ffi-i-fhlcultes

ü 5 1

"PROGRANIA UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS DE GENERO» - U. N. A M.

Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana

Juan Guillermo Figueroa Perea

Documento preparado como parte del proyecto mexicano sobre investigación-acción en derechos reproductivos
marzo de 1994

Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana

Juan Guillermo Figueroa Perea

Introducción

Este artículo pretende hacer una breve revisión de la forma en que las instituciones de salud, se relacionan con algunos elementos del ejercicio de los derechos reproductivos de la población en el contexto mexicano. Se toma como referencia una de las preguntas de investigación que se han planteado dentro del proyecto del cual el artículo forma parte, dado que son los supuestos y las inquietudes de búsqueda en la cual se inserta este trabajo. La inquietud que guía la elaboración de este ensayo es si las instituciones de salud han incluido o podrían incluir el tema de los derechos reproductivos[1]. Para ello se inicia con algunas referencias a elementos del marco jurídico e institucional que orientan, guian y dictan los criterios de los programas de salud ligados con la reproducción. Posteriormente, se combinan referencias empíricas, revisiones documentales y propuestas analíticas.

La primera sección se orienta a tratar de relacionar los procesos en los que se hayan inmersos los prestadores de servicios de salud -de acuerdo al esquema de atención que orienta sus actividades- con los procesos reproductivos de la población; esta

---

En las instituciones de salud se suele citar constantemente el Artículo cuarto constitucional y se refiere a él para hablar de lo que en otros espacios suele clasificarse como derechos reproductivos. Por ello, en este trabajo no se hace una discusión explícita de la conceptuación de los derechos reproductivos, sino que para la elaboración del discurso analítico se toman las referencias que en leyes, programas y políticas se hacen al Artículo cuarto constitucional. Nuestra propuesta contemplaría tanto las decisiones alrededor de la procreación, como las relativas al ejercicio de la sexualidad y al entorno de la crianza de los hijos; además, trataría de hacer explícitas las condiciones de posibilidad (sociales, institucionales e individuales) para tales decisiones. No obstante, al no ser parte explícita del quehacer institucional, elaboramos este primer ejercicio de reflexión con la referencia a las decisiones alrededor del número de hijos a tener y cuándo tenerlos.

sección representa el marco analítico del ensayo[2]. En la segunda parte de esta sección se muestran algunos datos referidos a investigaciones que recuperan la percepción de la población sobre su interactuar con los personajes de la salud. Además de ello, se incluye la interpretación de algunos grupos de mujeres, de grupos académicos y políticos, quienes se reunieron recientemente en nuestro país para definir propuestas a ser incluidas en conferencias internacionales sobre derechos humanos, población y desarrollo y sobre la mujer. Se identifican problemáticas, se
discuten conflictos y se listan propuestas para mejorar las relaciones entre derechos reproductivos e instituciones de salud.

En la segunda sección se hace referencia a los procesos a través de los cuales se ha tratado de llevar a cabo la búsqueda de los programas de salud en el ámbito de la reproducción, recurriendo a estrategias de capacitación de los prestadores de servicios de salud, así como a la evaluación y seguimiento de sus programas. Se analiza qué tipo de información es utilizada para la elaboración de los informes que dan cuenta del estado de las actividades, pues ello ilustra de alguna manera los criterios fundamentales del "deber ser" transmitido a los prestadores de servicios de salud en su relación con los procesos reproductivos de la población.

La última sección pretende sugerir formas de transformar el contexto anteriormente señalado, con el fin de contribuir al ejercicio de los derechos reproductivos, a través de una reconceptuación del quehacer de las instituciones de salud en el espacio de la reproducción, del replanteamiento de las

[2] No discutimos el proceso de construcción del discurso médico como prototipo de la prestación de servicios, ni el proceso de medicalización de la reproducción, ya que ello representaría en sí otro producto de investigación. La idea del artículo es partir del entorno institucional en su posible relación con los derechos reproductivos y proponer -desde los esquemas de dicho entorno- algunas propuestas para su modificación. Por supuesto que una de ellas es no dejar que la reproducción se quede como exclusividad de este ámbito institucional por los argumentos presentados a lo largo del texto y por la insuficiencia de dicho entorno al enfrentarse a un proceso tan rico como lo es la reproducción de la población.

responsabilidades institucionales en el nivel gubernamental y de una involucración más activa por parte de la población.

Una de las tesis principales que guían este ensayo es el hecho de que se asiste cada vez más a una "aparente contradicción" entre el Estado (que consagra el derecho a la salud y a las decisiones alrededor de la reproducción) y las instituciones gubernamentales en el espacio de la salud, que con relativa frecuencia violan esos mismos derechos. Esta contradicción se observa en los prestadores de servicios y en la población demandante de los mismos[3]: los primeros se desprofesionalizan y los segundos se autodevalúan, entablando una relación de autoritarismo y sumisión que a la vez que resulta poco benéfica para la salud, reproduce las condiciones de desigualdad existentes.

Ante ello proponemos -parafraseando a Freire (1971 y 1973)- que en la medida en que cada persona tome distancia de su realidad reproductiva, se "pre-ocupe" por ella y "viva las opciones reproductivas como sus opciones" -retomando a Dussel (1973)- y en la medida en que se sienta obligada a decidir sobre de ellas - a partir de la propia construcción de su proceso histórico-, en esa medida se asegurará el ejercicio de sus derechos reproductivos. Ello será factible cuando los contextos social, político, legal, económico y cultural, favorezcan el acceso a estas posibilidades y además, cuando los personajes institucionales, logren comprender el proceso reproductivo con el que se relacionan y a la vez, su institución respete las condiciones y tiempos propicios para su interacción. Para ello se requiere que dichos prestadores de servicios se sientan también sujetos de derechos y transformen la compleja red de imposiciones en las que se hayan inmersos. Todo se dificulta en el contexto actual de los programas de planificación

[3] Cuando hablamos de población nos referimos a mujeres y hombres, si bien existen referencias constantes a las mujeres por haber sido el centro de las políticas de población y los programas de planificación familiar, mientras que los prestadores de servicios incluyen a los personajes de las instituciones de salud que brindan servicios de planificaión familiar y en especial de anticoncepción.

familiar y las políticas de población, si bien existen posibilidades de construir una búsqueda específica.

O. Preámbulo

México es uno de los pocos países en donde se asegura en el nivel constitucional el derecho a decidir sobre la reproducción, ello cuenta además con una serie de "refuerzos jurídicos" en las leyes de Población, Salud, Educación y Trabajo (vea Pérez Duarte 1993). A partir del marco constitucional y de las diferentes leyes generales, se han definido programas de población y de salud para tratar de asegurar los objetivos planteados en las leyes y concretar acciones específicas en la vertiente definida por ellas, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la población4.

La Ley General de Población (CONAPO 1976) define como su objetivo "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 de los beneficios del desarrollo económico y social", para lo cual se reconoce la necesidad de realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública, y vigilar que los organismos dedicados a dichos programas lo hagan "con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país". La Ley General de Salud (SSA 1992) tiene como objetivo "reglamentar el derecho a la protección de la salud de toda persona en los términos del Artículo 4o. Constitucional". En una sociedad que tiene como principio la justicia y la igualdad sociales, la salud es un derecho esencial de todos. La planificación familiar se presenta "como un servicio de salud que contribuye fundamentalmente a mejorar las condiciones de bienestar de la población".

---

4 Una selección de documentos jurídicos y programáticos en este ámbito puede consultarse en DGPF 1993a.

En la lógica de la organización gubernamental se tienen Programas Nacionales de Población, de Salud y de Planificación Familiar, así como institucionales de planificación familiar, en los cuales se confirman los supuestos plasmados en las leyes anteriormente citadas, y se especifican las estrategias a seguir, a partir de la dinámica demográfica y de salud de la población (véase CONAPO 1975, 1978, 1985, 1989a, 1991, Poder Ejecutivo Federal 1980, 1989, SSA 1983, 1984, 1990).

En algunos de ellos se incluyen metas específicas a ser alcanzadas y elementos para monitorear y evaluar su desarrollo. En el Plan Nacional de Planificación Familiar (CPNPF 1977) y en el Plan Global de Desarrollo 1980-1982 (Poder Ejecutivo Federal 1980) se menciona el 1% como tasa de crecimiento demográfico a ser alcanzada para el año 2000, ello se repite en el Programa Nacional de Población 1984-1988 (CONAPO 1985). En algunos programas (CPNPF 1977, CONAPO 1991, SSA 1983, SSA 1990) se traducen estas metas demográficas a metas de cobertura de anticonceptivos entre mujeres en edad fértil unidas, ya que con ello se pretende alcanzar la fecundidad deseada. Los criterios de evaluación de los programas de planificación familiar han privilegiado el cumplimiento de las metas de servicios en la anticoncepción, a pesar de la riqueza del objetivo de las políticas y programas citados (por ejemplo, véase CGPF SSA 1982 y DGPF 1992a, 1992b, 1993b y 1993c).

Este intenso proceso de planeación gubernamental se inició en un contexto de cambios demográficos observados en particular a partir de la segunda parte de la década de los sesenta[5]. Existen evidencias de que a partir de ese momento la población empezó a disminuir sus niveles de fecundidad, incluso antes de que se modificaran las políticas poblacionales que fomentaban familias numerosas e incluso prohibían el uso de anticonceptivos.

[5] Durante dicha década se observó en México uno de los niveles de fecundidad más altos del presente siglo; ello, aunado a los importantes descensos en la mortalidad, emanados de avances en el tratamiento de diversas causas de morbilidad, derivó en altas tasas de crecimiento poblacional (ver Alba 1977 y Urbina et al. 1984).

principios de la década de los setenta, la política poblacional, de ser pronatalista se convirtió en una que promovía la regulación de la fecundidad, enfatizando el derecho de cada persona a decidir sobre el numero de hijos a tener y cuándo tenerlos. Paralelamente, se inició un conjunto de programas sobre planificación familiar, los cuales se presentaron como un medio para asegurar el ejercicio del derecho plasmado en el Artículo cuarto constitucional, a la vez que, como un recurso para alcanzar el equilibrio entre el desarrollo social y económico y la dinámica demográfica6.

Debe reconocerse el mérito del cambio constitucional -al margen de los objetivos del mismo- como una forma de asegurar el ejercicio de los derechos reproductivos de la población, al fomentar los medios para acceder a la decisión de cómo y cuántos hijos tener. El cambio en el Artículo cuarto constituye el reconocimiento constitucional de los derechos reproductivos, aunque no se les haya nombrado de tal forma[7]. Además, puede destacarse la aparente coincidencia con las necesidades de algunos segmentos de la población que "acababan de iniciar" un proceso de cambio en su fecundidad, incluso anticipándose a las modificaciones que el Estado definió en las políticas poblacionales.

Podemos afirmar que el marco jurídico y programático sugiere algunas condiciones de posibilidad para el ejercicio de los derechos reproductivos, en el entorno de las relaciones entre la población y las instituciones de salud, ya que las leyes y programas pretenden recuperar los principios subyacentes al

6 Buena parte de la discusión de este trabajo gira en torno a dichos programas y se restringe a las instituciones del Sector Salud, ya que es en dichos ámbitos donde tiene su principal injerencia la definición de las políticas y los programas del nivel gubernamental.

7 Deliberadamente no se ha intentado una definición de derechos reproductivos en este ensayo, no obstante se considera la necesidad de incluir en dicho concepto elementos sobre las condiciones para el ejercicio de la sexualidad, las decisiones alrededor de la procreación y el entorno para la crianza de los hijos.

derechos, dignidad, respeto e integridad de la persona.

Sin embargo, un elemento que sugiere algunas posibles complicaciones, es que los programas establecieron metas demográficas a ser alcanzadas a través de la modificación del comportamiento reproductivo de la población, lo cual se planeó alcanzar básicamente a través de programas en los que participan los prestadores de servicios de salud. Es decir, se presentó desde un principio 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 se tenían definidas metas para un corto plazos.

1) **Toma de decisiones reproductivas y atención a la salud**

Se han desarrollado diferentes estudios para tratar de entender los procesos reproductivos de la población, al reconstruir los elementos que una persona considera dentro del mismo (Davis y Blake 1956, Carleton 1970, Freedman 1975, Fawcett 1980, Hollerbach 1983, Bulatao 1983 y 1984, entre otros). Este proceso de reconstrucción "de lo reproductivo" permite mostrar algunos de los mecanismos de posible interacción con los procesos propios de la atención en salud, con el fin de poder desglosar las opciones que se presentan en su interacción, los posibles puntos de desfase y los elementos sobre los cuales es factible incidir para mejorar su relación, en función de los derechos reproductivos de la población y el nivel de responsabilidad de tales personajes.

1.1 Proceso de toma de decisiones reproductivas

a) En la lectura demográfica tradicional se reconoce que para acercarse a conocer los niveles de la fecundidad, resultado del

---

[8] Para una revisión del tipo de conflictos que han surgido a lo largo de estos años, por este tipo de referenicas iniciales, véase Aguirre 1986, Cervantes 1989, 1990, CONAPO 1989b, Figueroa 1991a y 1992a.

comportamiento reproductivo de la población, un papel muy importante lo representan las variables intermedias sugeridas por Davis y Blake (1956), las cuales se proponen como mecanismos a través de los que se presenta la influencia de cualquier característica personal y social sobre la fecundidad; es decir, se propone que las características sociales, culturales y económicas sólo influyen a través de esta serie de características, que de manera cercana dan cuenta de la fecundidad. Elementos como la exposición a las relaciones sexuales (edad al unirse, frecuencia de dichas relaciones, los tiempos de separación con la pareja), la exposición a la concepción (la esterilidad voluntaria o involuntaria, la anticoncepción y la lactancia) y la posibilidad de que el parto termine (aborto espontáneo o provocado), son variables privilegiadas en muchos análisis demográficos. En la definición de políticas para incidir sobre la fecundidad, suelen aparecer como candidatos idóneos para ser objeto de modificaciones[9] (vea esquema lectura la).

Diferentes análisis han permitido constatar la relevancia de algunas variables socioeconómicas, demográficas y culturales en la delimitación de los niveles de fecundidad, en particular, el caso de la escolaridad. Sin embargo, la dificultad en incidir sobre la misma en un corto plazo, ha llevado a orientar la búsqueda sobre las variables intermedias. En este sentido, se han desarrollado análisis para identificar cuáles "dan cuenta en mayor medida" de lo que pasa con la fecundidad: en el caso mexicano se ha encontrado que son la edad a la unión, la anticoncepción, la lactancia y el aborto; a través de ellas se han señalado puntos sobre los cuales se puede incidir -al parecer de manera directa-, al grado de que se tienden a identificar los programas de planificación familiar con programas de promoción de la anticoncepción, ya que es esta la variable que predomina en los análisis.

---

[9] A pesar de ello, su origen no radica necesariamente en la intervención sobre la fecundidad, si bien la estructura de análisis se liga fácilmente con ello.

Sin embargo, este nivel de análisis no considera las especificidades de los diferentes grupos poblacionales y, al privilegiar una variable sin entender totalmente el proceso que lleva a ella, convierte ciertas políticas en procesos muy ineficientes; además, no es sencillo asegurar que las políticas definidas a partir de este conocimiento limitado, respetan los procesos de decisión individual en el espacio reproductivo.

b) Debido a estas y otras restricciones analíticas y conceptuales, en los últimos años han adquirido gran importancia los procesos de análisis psicosocial, que pretenden centrarse en alguna variable intermedia -como la anticoncepción[w]-, pero intentando la definición de nuevas variables intermedias y la identificación de aspectos de la toma de decisiones reproductivas, que permitan entender el proceso anticonceptivo, dentro del comportamiento reproductivo de la población. Autores como Shedlin y Hollerbach (1981), Bogue (1983), Hull (1983) y Bulatao (1984) han incursionado en esta línea, y sugieren algunos puntos interesantes
al respecto". Como parte de una revisión crítica de dichos autores, un estudio desarrollado en México propuso un esquema de toma de decisiones reproductivas el cual, para propósitos analíticos, sugiere tres etapas que parecieran seguir una secuencia temporal, pero que interactúan constantemente y se renuevan, a partir de la experiencia reproductiva y anticonceptiva de cada

---

En este ensayo se privilegia la anticoncepción en la discusión sobre los derechos reproductivos no porque se reduzca a ella dicho ejercicio, sino porque es en donde se han concentrado las acciones de diferentes programas institucionales de planificación familiar.

" Bulatao, por ejemplo, habla del contenido y los procesos en la toma de decisiones para referirse a cómo se toma una decisión y qué se considera para llevarla a cabo. Al mismo tiempo, reconoce diferentes actitudes hacia las decisiones por parte de una persona: desde una visión eminentemente propositiva y racional, hasta una actitud receptiva y pasiva; esta distinción posibilita una aproximación más completa al estudio de los procesos de decisión reproductiva en los que se puede encontrar la población en diferentes etapas de su vida.

persona (Figueroa et al. 1988)12.

La primera es la "percepción de la posibilidad de regular la fecundidad", en la que se incluye -por ejemplo- el conocimiento (como apropiación) que se tiene del propio cuerpo, de la sexualidad, de la reproducción y de los medios para regular la fecundidad. La segunda es la "motivación para regular la fecundidad", que estriba básicamente en elementos de interés para limitar el número de hijos que potencialmentes se pueden tener, a partir de la forma en que se valoran y de las expectativas para los mismos, así como de la manera en que se vive la maternidad. La tercera etapa es "la valoración de los costos asociados a dicha regulación de la fecundidad"; no se limita a los aspectos económicos, sino que incorpora la facilidad del uso de los anticonceptivos, el acceso a los mismos y el reconocimiento de obstáculos psicosociales y culturales para optar por ellos (vea esquema, lectura 2a). Este proceso intenta recuperar las especificidades de la persona que se reproduce y que modifica sus posibilidades reproductivas, a través de su práctica anticonceptiva específica, sin limitarla a la acción de políticas y programas institucionales, si bien considera la influencia de las mismas.

En la lectura demográfica, la influencia de los prestadores de servicios de salud parece centrarse en una variable terminal, como lo es la anticoncepción, a través de las estrategias definidas por 1a institución, matizadas por los valores y conocimiento del prestador de servicios, pero inmersos en un proceso donde no es tan sencillo incorporar elementos de expectativas, valores y preferencias por parte de la población.

La segunda lectura pretende constatar e incorporar referencias y opciones personales y, a través del conocimiento de sus motivaciones, elaborar estrategias a partir de ellas, conocer obstáculos específicos en la práctica anticonceptiva y, definir acciones específicas a partir de los costos individuales; además,

---

[u] En Figueroa et al. 1991b, 1991c y 1991d se muestran análisis empíricos generados de esta aproximación.

permite delimitar si la población quiere influir sobre su fecundidad. No se pretende una influencia unilateral, sino una interacción que respete las características del proceso reproductivo de la persona con que se está relacionando.

Esta aproximación potencialmente puede superar una visión simplista de los procesos en estudio, ya que estas relaciones no son tan sencillas y lineales, ni la reproducción es un proceso meramente racional, sino que incorpora gustos, sentimientos, ambigüedades y ambivalencias, que pueden presentarse en especial en una población -como la mexicana- para la cual durante muchos años las familias numerosas eran la norma a seguir. En ella varias generaciones presentaron dicho comportamiento reproductivo, y, a veces sin hablarlo, transmitieron el valor incuestionable de ello.

c) Esta reflexión da entrada a una tercera lectura del proceso reproductivo de la población, la que se sugiere en el Artículo cuarto constitucional, en términos de que la reproducción -al margen del proceso analítico que la interprete- es un espacio de derechos de toda persona, la que tiene la opción de decidir libre, responsable e informadamente sobre el tema. Si al acercarse a conocer el proceso de decisiones, se logra "delimitar el sentido de esa libertad y responsabilidad", a la vez que de los procesos en los que se desarrolla la reproducción, se tendrá una mejor comprehensión de las condiciones de posibilidad para el ejercicio de los derechos reproductivos (vea esquema, lectura 3a).

1.2 Proceso de atención en salud y en planificación familiar

En este análisis vale la pena dedicar un breve espacio a reconstruir el proceso de atención a la salud, con el propósito de identificar las posibilidades de coincidencia en su relación con el proceso de toma de decisiones reproductivas. Se reconocen, como etapas de la atención en salud la promoción para la salud, la detección de necesidades de salud, el diagnóstico de situaciones mórbidas específicas, la prescripción de acciones o tratamientos a partir de dicho diagnóstico y el seguimiento del usuario del servicio, con el fin de asegurar su estado de salud (vea esquema, lectura 1b).

a) La "promoción para la salud" incluye el ofrecimiento de información, la promoción del autocuidado de la salud y la promoción de la búsqueda de asesoría para asegurar dicho cuidado. Este primer punto sugiere algunas coincidencias, con la "percepción de la posibilidad de regular la fecundidad", al tratar de fomentar en la población el saberse capaz de incidir sobre diferentes espacios de su salud, reproducción y sexualidad, fomentando un proceso educativo que genere una práctica y un ejercicio de la libertad, en ámbitos como la sexualidad y la reproducción, los cuales son objeto de decisiones personales.

b) La "detección de necesidades de salud" surge de la interacción entre prestadores de servicios y la población, en un ámbito de búsqueda de asesoría, de solicitud de un servicio, o bien de la percepción del prestador de que el usuario de su quehacer puede estar requiriendo algo. En este ámbito es de gran importancia considerar cómo y cuándo dicho prestador sabe que el usuario lo requiere, a la vez que de qué manera puede hacerle saber lo que propone para satisfacer su necesidad, sin caer en que "está creando la necesidad" o que está asumiendo que la población tiene dicha necesidad. Ello adquiere un matiz especial en la regulación de la fecundidad, a diferencia de los problemas de salud, ya que las necesidades de salud no las inventa el prestador, algo que llega a suceder en el campo de las necesidades de anticoncepción, a partir de una política institucional con metas al respecto.

c) El paso del "diagnóstico y la prescripción" son una posibilidad para el prestador de poner en práctica su habilidad técnica para que, sabiendo lo que la población requiere, ofrecérselo y, además, hacerlo en las mejores condiciones posibles. Podrá observarse la diferencia que adquiere con un proceso cotidiano de salud-enfermedad, donde el "experto parece que sabe" identificar un problema, y además qué proceso, qué acciones y qué medicamentos combaten dicha enfermedad o estado mórbido. Ello no es tan directo con una persona que pretende influir sobre su fecundidad y en la que se requieren identificar -entre otros elementos- aspectos relacionados con la motivación, la valoración

de los costos y la información que tiene sobre sexualidad, reproducción y anticoncepción. Si se tiene la habilidad para entender ese proceso de la población y participar en él de acuerdo a dicho conocimiento, la situación es muy prometedora, pero si hay un desconocimiento o descuido (deliberado o no), el proceso se vuelve potencialmente conflictivo. En algunos casos, porque se prescribe mal y se puede generar un problema de salud física, pero en otros porque no se entiende el proceso de decisión reproductiva de la población, y por ende, se altera afectando de alguna manera la salud psicológica y social de la persona, la cual es parte de la conceptuación integral de su salud.

d) La etapa de "seguimiento" es importante para el caso de la salud por conocer si el proceso prescrito, o las acciones propuestas, tuvieron el impacto que se esperaba, y si se logró "equilibrar la salud" de la población. Las decisiones reproductivas no son únicas ni atemporales, sino que presentan cambios, modificaciones, ambivalencias, reconsideraciones y arrepentimientos; por ello, el seguimiento se vuelve muy importante, en especial, si la motivación no surgió de una manera tan directa, como cuando fue en contra de otras motivaciones -de pareja y de familia- y más aún, cuando la motivación personal fue dejada de lado, por algún tipo de presión institucional.

En esta aproximación a los pasos de la atención a la salud, debemos considerar también el proceso que se plasma en la "Norma Técnica de Planificación Familiar" al especificar la atención en ese campo y, dentro de ella, a la anticoncepción (SSA 1986)B. Esta norma -obligatoria en los sectores público, social y privado- propone que las etapas de los servicios de planificación familiar son promoción y difusión, atención al usuario, selección, prescripción y aplicación del método y, finalmente, seguimiento (vea esquema, lectura 2b).

No recuperamos el proyecto de Norma Oficial Mexicana, ya que se encuentra actualmente en revisión, si bien básicamente plantea las mismas etapas para el servicio de planificación familiar.

Es importante encontrar coincidencias entre los procesos clásicos de atención en salud y la atención propuesta para la planificación familiar, así como entre ambos acercamientos y los esquemas desarrollados para analizar la toma de decisiones de la población, en el campo de su reproducción. Los elementos del proceso de atención en salud -en general y en planificación familiar- ofrecen un campo prometedor para el ejercicio de los derechos reproductivos, en un espacio de respeto a las libertades individuales y de compartir la información necesaria para estructurar la percepción de la posibilidad de incidir sobre la sexualidad y la reproducción, así como para contar con elementos para manejar las propias motivaciones y los costos asociados a la regulación de la fecundidad. Ello aunado a la riqueza del marco jurídico mexicano y a los programas gubernamentales, permitiría anticipar buena calidad en su interacción. No obstante, la declaración de la población no siempre refleja valoraciones positivas e incluso, muestra falta de respeto a los espacios de decisión personal", posiblemente asociados al entorno de los prestadores de servicios de salud (vea esquema, lectura 3b).

1.3 El ejercicio de los derechos reproductivos en su relación con los servicios de salud: algunas opiniones

El análisis de diferentes investigaciones llevadas a cabo en México permite observar elementos de la interacción entre los prestadores de servicios de salud y la población: por una parte, la interpretación que se hace de la calidad del servicio recibido y, por otra, el tipo de participación que se tiene en las decisiones reproductivas y anticonceptivas, tanto por los elementos de conocimiento, motivación y acceso, como por la facilidad encontrada

---

" En este trabajo no se cuestiona la medicalización de la reproducción en cuanto a institucionalizar la relación con los procesos reproductivos, y si ello por sí mismo es la fuente de las contradicciones que surgen constantemente. Se asume que los procesos podrían interactuar 'armónicamente' incluso institucionalizados, pero que uno de los problemas es "la biologización de la reproducción" en los marcos institucionales y la burocratización del cuidado de la salud.

en el interactuar con el prestador de servicios.

En otros trabajos hemos documentado algunas dificultades en la interacción entre la población y los prestadores de servicios de salud, aunque vale la pena recuperar algunas de ellas. Se presentan situaciones en que el prestador pareciera estar decidiendo por la población y no porque ella no se involucre, sino porque en muchos momentos no se le permite, como es cuando se decide por ella el uso de un método, y más aún, cuando se impone la aceptación del mismo, ya sea sin pedir opinión o dando una información sesgada y manipulada, (Figueroa 1990 y 1991b). No estamos asumiendo que la población no pueda contrarrestar la influencia de algún personaje de salud, sino que por la relación de poder que se establece entre ambos, llega un momento en que la opinión del prestador de servicios es incuestionable al interactuar con la población (Illich 1987, Figueroa 1991a, Menéndez 1992, Bianco 1991, entre otros).

Cuando analizamos las razones que llevan a adoptar los anticonceptivos, encontramos que en el 101 de las usuarias esterilizadas en el nivel nacional, la mujer reconoció que ella no intervino en la decisión de operarse y de ellas la mitad tampoco se puso de acuerdo con la persona que lo decidió; en un estudio regional este porcentaje presenta un valor de 3.5 entre aquellas en que la esterilización fue su primera opción anticonceptiva. En esta misma encuesta las aceptantes de dispositivo intrauterino reconocieron que para cerca de una quinta parte de ellas no fue su decisión, sino fue una cuestión unilateral por parte de los prestadores de servicios (Figueroa et al. 1991b). Una cuarta parte de las mujeres esterilizadas en todo el país reconoció no haber recibido información suficiente antes de operarse, sobre otras opciones anticonceptivas y sobre la irreversibilidad del método; un 40% declaró no haber firmado el formato de consentimiento para la intervención (Figueroa 1990).

Adicionalmente, la calidad de servicio es diferencial dependiendo del grupo social de pertenencia, del nivel de escolaridad y del lugar de residencia, siendo más deficiente para

los grupos marginados (Figueroa 1990 y 1992b). Se encuentra además, que el prestador de servicios ofrece una calidad de servicio diferencial cuando se es parte de un proyecto de investigación para introducir un método, a diferencia de cuando se es parte de su rutina cotidiana, lo cual pareciera mostrar que no únicamente existen problemas en la capacitación, sino intereses diferenciales para ofrecer los servicios (Figueroa 1992c).

En un artículo sobre anticoncepción quirúrgica y el tipo de declaración que hace la población acerca de la posibilidad de volver a recurrir a este método, encontramos que a menor escolaridad y menor tamaño del lugar de residencia, la población tiende a declarar en mayor medida que "no volvería a recurrir" a un método definitivo; ahora bien, es esta misma población la que presenta condiciones más desfavorables en el proceso que la lleva a tomar la decisión para operarse: mayores niveles de desinformación, menor participación en la decisión de operarse y otras irregularidades adicionales. Cuando estandarizamos por calidad de la información, los porcentajes de satisfacción con la esterilización se mantienen en general y la tendencia sigue prevaleciendo, lo cual puede estar indicando que no basta con incrementar la calidad de la información y del servicio para que la población marginada esté más satisfecha, sino que pareciera haber otra serie de parámetros propios de dichos grupos poblacionales que están dando cuenta de las variaciones (Figueroa 1990). Si esta lógica fuera percibida por un prestador de servicios, podría cuestionarse qué diferencia hace el mejorar la calidad del servicio si el nivel de satisfacción va a seguir siendo similar15.

Cuando hemos discutido este tipo de información con los administradores de la prestación de los servicios y les comentamos los datos sobre anticoncepción, nos argumentan que "si se diera la información completa, la población ya no optaría por ese método",

---

Nos cuestionamos la percepción que tienen de la conciencia la población sobre los derechos que puede defender: una población más crítica -potencialmente hablando- tendería a ser mejor atendida que una población "más sumisa" (Figueroa et al. 1992a).

que "Si se ampliara la gama de opciones es probable que ya no regresen y que cambien de opinión", que "si no se operan las mujeres al momento del parto -algo no recomendado por algunos organismos internacionales- (IPPF 1981, Pathfinder 1984) ya no regresan", que "los elementos de evaluación institucional son fuertes presiones para el ofrecimiento de métodos"; que "la población a veces no entiende la información que se le da", y, en consecuencia "no tiene sentido intertarlo"; que "es responsabilidad de ellos la salud de la población"; que "ellos saben lo que procede en cada caso"; que "la población descuida su salud"; que "la población es analbafeta, sexualmente hablando"; que "no sabe de su propio cuerpo"; que "no conoce cómo se reproduce, y no tiene sentido hablarle de efectos colaterales de un método"; que "no hay tiempos en la institución para atender específicamente a cada persona"; que "existe carencias en la infraestructura como para asegurar todas las opciones y como para efectuar las revisiones que se proponen", entre otras y muy diversas respuestas.

Esta serie de referencias nos muestran distintas vertientes de conflictos en la interacción entre prestadores de servicios y población, para asegurar que esta última pueda ejercer sus derechos reproductivos, en mayor medida cuando no se asegura que se comprenden los procesos de decisión de la población, no exclusivamente por el prestador de servicios de salud, sino por instancias sociales, como los medios masivos de comunicación y las instituciones de educación formal, como promotores de valores.

Con el fin de considerar opiniones de diferentes grupos de la población sobre la calidad de la interacción en estudio, retomamos algunos elementos de varias conferencias que se han llevado a cabo en los últimos meses como preparación para eventos internacionales sobre derechos humanos, sobre población y desarrollo, y sobre la mujer. En esas conferencias ha tenido un lugar privilegiado el

tema de los derechos reproductivos16.

Sin pretender hacer una revisión exhaustiva de este temarl, podemos señalar que hay una gran preocupación por la calidad de las relaciones entre prestadores de servicios y la población usuaria de los mismos, por los riesgos de manipular los procesos de decisión, al enfatizar exageradamente la búsqueda de las metas demográficas, imponer métodos y por la negligencia en los servicios.

En la Confcrencia de Materniúdd sin Riesgos se propuso la necesidad de imaginarse procesos de vigilancia social sobre el actuar de los servidores públicos en el campo de la salud. En esta vertiente se sugirió que se identificaran espacios para denunciar negligencias en la prestación de los servicios, así como la imposición de métodos. Se habló de crear comités de apoyo civiles, para que no sea una sola instancia de la sociedad la que cuide de la calidad de los servicios y los derechos de la población.

En esta conferencia y en la de Organismos No Gubernamentales se habló de evitar que la calidad de los servicios dependa únicamente del prestador y que se tenga una actitud paternalista hacia la población, por lo que deben reproducirse folletos en donde se especifiquen cuáles son los derechos de la población respecto a los servicios, con el propósito de fomentar una participación más activa en su relación con las instituciones de salud.

Tanto en las conferencias nacionales como en las internacionales se habló de la necesidad de cuidar los procesos de evaluación de las actividades, procurando que sea en función de la

---

Véase Declaración de México para una Maternidad sin Riesgos. Cocoyoc, Mor., Febrero, 1993. Consideraciones y recomendaciones, Reunión nacional de organismos no gubernamentales sobre Población y Desarrollo. México, D.F., abril de 1993. Declaración del Simposio Internacional sobre "Investigación y desarrollo de anticonceptivos para el año 2000 y más adelante", México, D.F., marzo de 1993. Aportaciones y recomendaciones para políticas de población de la IV Conferencia Latinoamericana de Población (La transición demográfica en América Latina y el Caribe), México, D.F., abril de 1993. Consenso latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo, México, D.F., mayo de 1993.

Puede verse una primera revisión en Figueroa 1993a.

calidad de su quehacer y no del cumplimiento de ciertas metas demográficas. Se reconoció que la cobertura de los servicios de salud se ha incrementado, pero no así la calidad de los mismos. Se habló de falta de equidad en el acceso a los servicios y también en el acceso a servicios de buena calidad. En las diferentes conferencias se llegó al consenso de que hace falta definir mecanismos para asegurar que las elecciones alrededor de la reproducción, y por supuesto la regulación de la misma, tengan un carácter libre, responsable e informado.

Las interpretaciones sobre estas carencias y contradicciones suelen girar alrededor de falta de recursos humanos capacitados o problemas de infraestructura, sin embargo, los datos sugieren que estas razones podrían estar combinándose con problemas en la conceptuación -tanto de las instituciones como de los propios prestadores de servicios de salud- de la relación que puede esperarse con la población usuaria de sus servicios en el ámbito de la reproducción. En ese sentido, tiene gran importancia la percepción que ellos tienen de las políticas en las que están inmersos, así como de los programas que parecen estar bien definidos y estructurados. En este sentido, es importante la forma en que las instituciones están tratando de hacer un seguimiento de la instrumentación de los programas. Nos imaginamos en especial las actividades de capacitación y evaluación, ya que al margen de los recursos, de la organización, de la manera en que es percibida individualmente la política y de los niveles de motivación del personal, el contenido que se le da a la capacitación y la manera en que se evalúan las actividades cotidianas, redefine en la práctica los elementos que son relevantes en el quehacer de dichos personajes de las instituciones de salud (vea esquema, lectura lc).

2. El papel de los prestadores de servicios de salud en la puesta **en práctica de los programas de regulación de la fecundidad**

La definición del papel de los prestadores de servicios de salud, dentro de los programas de planificación familiar y la de sus niveles de responsabilidad, han sido tarea sobre todo de las instituciones de salud más que de las universidades, que son las

partícipes y principales encargadas de su formación curricular original. Dichas instituciones académicas no han acabado de incorporar dentro de sus programas el componente de planificación familiar en parte, quizá, por un menosprecio, académicamente hablando, de los temas incluidos en él y, en parte, porque desde un principio las instituciones de salud definieron programas de capacitación, tanto para las personas que iban ingresando a las mismas, como para el personal que llevaba años en ellas, ya que precisamente el cambio en la política definió la revisión de aquello que era permitido en este ámbito, a la vez que de aquello que, por la búsqueda de objetivos específicos, debía ser promovido.

2.1 Elementos en el proceso de capacitación

Esta capacitación tiene un matiz muy especial, pues es ofrecida por la misma institución que contrata, y que está comprometida a alcanzar objetivos en este ámbito, y que, por lo mismo, define procesos de supervisión y evaluación a partir de sus propios compromisos. Es decir, no es una formación que de entrada fomente -aunque tampoco anule- la discusión crítica sobre los supuestos de la búsqueda, como puede hacerlo una instancia académica, sino que es una formación que parece más dirección y entrenamiento para "algo que se debe hacer". Parece un proceso de conocimiento de las responsabilidades en cuanto se acepta un trabajo al que se está incorporando, más que la reflexión ordenada, sistemática y crítica sobre algo que se puede cuestionar y poner en entredicho, a partir del propio conocimiento.

No es que ello no sea posible, sino que el espacio de la capacitación parece dificultarlo, sobre todo cuando los criterios de supervisión se centran básicamente en la identificación de qué tanto la persona capacitada hace lo que se le enseñó, al margen de que esté de acuerdo con ello y, además, qué tanto cumple una norma que se centra en habilidades técnicas para el ofrecimiento de métodos, y que deja en un segundo nivel el componente de toma de decisiones de la población. Esta capacitación sigue el esquema tradicional de la práctica médica proscriptiva y prescriptiva, y fomenta las decisiones unilaterales de los conocedores del tema,

léase, en este caso, los prestadores de servicios de salud.

Debemos señalar que a través de la planificación familiar se está incursionando en el campo de la reproducción de un ser humano, es decir, la reproducción como un dinamismo básico de dicho ser, como la capacidad de trascendencia y como parte fundamental de la definición de la mujer en cuanto a su identidad genérica; por ello, es obligada la necesidad de una conceptuación rigurosa de los procesos en los cuales incursiona el prestador de servicios. Ello difícilmente se alcanza con los cursos de capacitación ofrecidos por una institución, que básicamente lo toma como períodos de entrenamiento para el ofrecimiento de métodos anticonceptivos.

La planificación familiar no puede ser vista simple y sencillamente como un programa de distribución de anticonceptivos, sino como un proceso sociodemográfico y cultural de alta complejidad en el cual incursionan diferentes tipos de condicionantes. Por lo anterior, la planificación familiar requiere de una serie de propuestas específicas de índole sociológico, antropológico, médico y psicológico. Podemos decir que esta combinación le permitiría a los prestadores de servicios ubicar el conjunto de actividades incluidas en el concepto de planificación familiar dentro del contexto específico en el cual surgieron dichos programas en nuestro país, los cuales, entre otros aspectos relevantes, formalizaron la capacidad que tiene la población para decidir libre, responsable e informadamente sobre el número de hijos por tener y cuándo tenerlos.

Esta propuesta no resulta tan sencilla de operacionalizar, si se retoman algunas de las condiciones que son necesarias para que una decisión realmente se considere responsable. Según la propuesta de algunos estudiosos de la ética y del derecho, ello requiere de información y conocimiento y, sobre todo, de libertad para decidir sobre las propias opciones, tratando de evitar todo tipo de coacción. Esta clase de planteamientos requiere de una justificación teórica, sobre todo con matices filosóficos de carácter ético, que regularmente no se incorporan a la lógica del discurso que se propone en las instituciones de salud que contratan

a los prestadores de servicios.

Puede afirmarse que las características de la formación curricular definen, en buena medida, la interacción entre la población y los prestadores de servicios, además de los componentes adicionales que le añade la política institucional, en las cuales se desarrolla el trabajo de los prestadores de servicios. Como esta formación no hace ningún énfasis especial en la defensa de los derechos de los usuarios ni de los prestadores de servicios, la relación queda indefinida y sujeta a manipulación por parte del que tenga más poder sobre de ella, lo cual regularmente ocurre con los prestadores de servicios de salud, a través de su lectura de las políticas institucionales.

Esto se vuelve más complejo cuando, después de tres lustros, de la nueva política de población, a final de 1988, se reconoció que las expectativas de crecimiento demográfico no habían sido alcanzadas y, sin embargo, un año y medio después se confirmaron las metas demográficas planteadas en 1977. Estos elementos le dan una dinámica de urgencia, no únicamente a las políticas de población, sino en particular a los programas de planificación familiar, y por ello se corre el riesgo de ubicarlos en un pragmatismo absoluto, en una necesidad inmediata de observar resultados, por lo que pueden perder su carácter de medio para convertirse en un fin en sí mismo. Nuevamente surge la inquietud de la falta de teorización, la falta de sistematización del conocimiento y sobre todo, la falta de una reflexión crítica y sistemática que le dé al estudio de la planificación familiar las diferentes herramientas necesarias cuando se incursiona en el conocimiento de un dinamismo básico del ser humano, y cuando este es incorporado fundamentalmente dentro de las actividades de la práctica médica institucional.

Dado que se tienen definidas metas que suponen, de alguna manera, un comportamiento específico de la población y cambios culturales de la misma, el criterio de evaluación puede ocupar un papel importante si logra entender y plasmar la lógica del "quehacer propio del prestador", a la vez que la lógica de los

procesos reproductivos de la población. Sin embargo, si se reduce a cuantificar actividades o a medir logros a partir de metas demográficas -difíciles de entender desde una práctica médica de búsqueda de salud-, el espacio que se presenta resulta conflictivo desde un punto de vista de derechos referidos a la población, a la vez que a los prestadores de servicios. Cuando además las actividades de planificación familiar son objeto de tiempos restringidos para observar resultados, resulta relevante revisar qué tanto los indicadores de evaluación facilitan el accionar de los procesos en los que se hayan inmersos los prestadores de servicios y la misma población.

2.2 Evaluación de las actividades de los programas de regulación de la fecundidad"

Cuando se analizan los informes de actividades de los programas de planificación familiar dentro del Sector Salud se encuentra una muestra de un enfoque eminentemente administrativo en la evaluación, centrado en cierto tipo de resultados. Sin mayor análisis se describen los logros de usuarios activos y nuevos, se hacen constantes referencias al cumplimiento de metas y a los avances en los anteriores y se llegan a clasificar las 32 entidades federativas del país, de acuerdo al cumplimiento de dichas metas (DGPF 1993b)[19]. Se presentan datos sobre consultas, sobre esterilizaciones masculinas y femeninas y sobre las coberturas anticonccpti-,ras en el peloJo pusLyu.LLu, sin diSCUtir en ningún momento la forma en que todo ello puede estar respondiendo a las necesidades de la población y mucho menos a las características de su proceso de toma de decisiones. En el informe más reciente de las actividades de planificación familiar en el Sector Salud de

---

" Se agradece a David Silva su autorización para retomar una serie de reflexiones preparadas por él para el proyecto de investigación sobre calidad de los servicios, citado en Figueroa et al. 1993b.

En las reuniones nacionales en las que se presentan estos informes se hace énfasis público en quienes han alcanzado las metas y quienes están lejos de hacerlo.

1992 se concluye, por ejemplo, que "existe una tendencia ascendente", que "el programa ha avanzado como resultado del esfuerzo realizado por todas las instituciones", que "los logros fueron superiores a las metas establecidas y que el incremento en el postparto, seguramente tendrá un impacto inmediato en el programa"; el informe refleja un triunfalismo descontextualizado.

En el análisis del programa del Sistema Nacional de Salud para 1991, el contenido es básicamente el mismo al anteriormente señalado, pero en las conclusiones se cita el apoyo al Plan Nacional de Desarrollo y al cumplimiento de las metas demográficas definidas para 1994, se habla de que sólo se contabilizan los métodos modernos, "ya que son los de mayor efectividad" -sin reconocer que paralelamente se están restringiendo las opciones para la población-; al final se concluye la utilidad del impulso del programa para contribuir al bienestar familiar y social y, a la larga, al desarrollo del país (DGPF 1992a). A pesar de ese tipo de afirmaciones, nunca se llega a demostrar en el texto la manera en que ese conteo de actividades y logros puede realmente asegurar los objetivos señalados en los programas y políticas, así como las conclusiones a las que llega el documento en términos de bienestar y desarrollo del país.

Este esquema de evaluación se refleja también en los análisis de las actividades del programa de planificación familiar de la Secretaría de Salud, en donde al considerar también los dos años más recientes, además de los datos anteriormente señalados -de logros de nuevos usuarios, de usuarios activos, de métodos definitivos y de anticoncepción postparto-, se listan datos sobre consultas, pláticas de promoción y visitas domiciliarias, las cuales -estas últimas- se hacen "para promoción del programa y para la reconquista de usuarios" (DGPF 1992b y 1993c). En ningún caso se habla del contenido de las pláticas o de las visitas y la relación que ello pueda tener con los procesos reproductivos de la población. Se insiste en el avance del programa simplemente a partir del incremento de los indicadores anteriormente señalados, además de que se recalcan las comparaciones por entidades

federativas, en términos de clasificar a las mismas de acuerdo al cumplimiento de las metas alcanzadas en cada una de las actividades anteriormente especificadas[20]
.

En el caso del programa interinstitucional del Sector Salud y en el de la Secretaría se puede afirmar que la evaluación se queda muy corta con respecto a la riqueza de los objetivos planteados para cada uno de los diferentes programas de planificación familiar y, que a pesar de que existen ejercicios interesantes de análisis de resultados -como el Atlas epidemiológico de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (IMSS s/f) del IMSS y la evaluación de impacto del programa de planificación familiar del IMSS en la mortalidad perinatal- (Aparicio et al. 1989), en ningún momento se logran recuperar los elementos de la calidad de la relación entre prestadores de servicios y población, como objeto central de la discusión. Algunos indicadores utilizados por el IMSS -institución que atiende a una parte importante de los usuarios del país- muestran una riqueza conceptual superior a la de la Secretaría, sin embargo, es precisamente esta institución la que concentra a todas las usuarias que en una encuesta regional declararon haber usado el DIU como su primera opción anticonceptiva por imposición del prestador de servicios al no informar antes de ponerlo; es decir, los criterios puntuales de evaluación permean el quehacer de los personajes de la salud y por ello vale la pena revisar algunos supuestos subyacentes a dicha evaluación.

La evaluación de la calidad de los servicios de salud ha constituido una inquietud constante a lo largo de la historia de las instituciones médicas. Su evolución, a grandes rasgos, ha

---

m En el análisis de las actividades del programa de planificación familiar de la Secretaría por ejemplo, llama la atención el hecho de que en los últimos dos años casi la quinta parte de las mujeres que ha recurrido a la oclusión tubaria bilateral son menores de 25 años, lo cual puede estar representando cambios culturales importantes pero también una práctica institucional preferencial hacia ciertos grupos de la población. No obstante el carácter sugerente de esta información, se muestra sin mayor comentario, privilegiando simplemente las comparaciones con el resto de las entidades federativas.

pasado de lo cualitativo a lo cuantitativo, de lo técnico -médico a lo administrativo y de lo clínico a lo epidemiológico. Aún cuando los programas de planificación familiar no escapan a la tendencia anterior, su nacimiento ha estado ligado a la evaluación cuantitativa, propia de la tradición sociodemográfica bajo la cual se encuentran (vea Díaz et al. 1990). Adicionalmente las formas de evaluar tienden cada vez más a adoptar un carácter administrativo, donde las actividades clínicas de anamnesis, exploración física, correlación clínico-diagnósticaydiagnóstico-terapéutica, así como la prescripción con respeto a las indicaciones y contraindicaciones terapéuticas se sustituyen por el número de pláticas, consultas, aceptantes, egresos, intervenciones quirúrgicasy otros indicadores estadístico-administrativos. Por otra parte, los programas han ido incorporado el afán de evaluar y mantener un estrecho control que prioriza el planteamiento de metas y por ende de productividad, confiando en que las metas traducen en forma cuantificable los objetivos de salud, algo a veces bastante difícil de constatar (vea esquema, lectura 2c).

Los objetivos en salud y reproducción de los programas constituyen fenómenos complejos multicausales. De ahí que su traducción a unas cuantas acciones, conocidas como metas, acusan un marcado reduccionismo que sobresimplifica el proceso de la salud-enfermedad y "fetichiza" la relación médico paciente. Tal fenómeno, no tendría los efectos desfavorables mencionados, si los emisores de las políticas y el personal normativo de las instituciones de salud, priorizaran el cumplimiento de las normas de calidad, oportunidad, equidad y calidez, antes que la cantidad y el costo de las acciones, algo que no siempre sucede. Dada la gran complejidad y multicausalidad de los procesos de salud y reproducción, los alcances de las instituciones médicas se encuentran rebasados por procesos socioeconómicos y culturales más explicativos y muy difíciles de controlar, los cuales determinan, al parecer, el nivel de salud de la población, el comportamiento reproductivo y la propia calidad de los servicios de salud.

En el caso del trabajador de salud, sus acciones están

generalmente enfocadas al manejo de eventos morbosos o a la prescripción de métodos anticonceptivos, con lo cual limitan el daño biológico y la fecundidad derivada de factores socioeconómicos. Pero es el caso, que al no poder participar en forma sustancial en los factores que determinan el comportamiento reproductivo o la enfermedad, su accionar se enfoca a la disminución de la trascendencia tanto de la enfermedad como de la reproducción. Esto hace que el trabajador se enfrente a una realidad frustrante en la que le es difícil participar en forma trascendente y que agota sus esfuerzos hasta desmotivarlo, enajenarlo y ritualizarlo en el cumplimiento de metas, informes y de trámites burocráticos. De esta manera la relación interpersonal del médico y su paciente, tan llena de significados no solamente biológicos sino psicológicos, sociales y humanistas, se fetichiza en papeles, estadísticas, intervenciones y medicamentos. El trabajo cotidiano es coaccionado con estadísticas de costos, productividad y rendimiento que poco tienen que ver con la calidad, oportunidad, equidad y calidez de la atención que se puede prestar.

Se desarrolla un proceso de expropiación del conocimiento de la salud y la reproducción, de tal forma que ambas se medicalizan y se da paso a una relación asimétrica entre el médico y su paciente, ya que uno lo "sabe" todo y el otro "lo ignora". Emerge de esta manera el carácter contractual de la relación, cuyo elemento más importante lo constituye la cesión de uno de los derechos más inalienables del ser humano, a saber la capacidad de autodeterminarse. La relación "médico-paciente" de no estar constreñida en los estrechos márgenes biomédicos a los cuales se le sujeta, constituirla una de las interacciones más subversivas de la realidad social, puesto que la reproducción, la enfermedad y la salud, constituyen los hechos a través de los cuales se expresa dramáticamente la injusticia social, pero también se posibilita su transformación. Considerar esta realidad y evaluar de una forma integral la atención en salud equivaldría a superar los enfoques biologicistas del proceso de salud y reproducción, para acceder a la realidad individual, familiar y social subyacente a la auténtica

relación prestador de servicios-población.

No obstante, los enfoques sociales propuestos por la investigación en el campo de la planificación familiar y la idea de recuperar la lectura de los derechos reproductivos, para contribuir de alguna forma a mejorar la condición de la mujer, no han acabado de permear la lectura de la capacitación y evaluación de los programas institucionales de planificación familiar, y se ha quedado dicha discusión más en el ámbito académico, muy probablemente por la inercia en la que están inmersos los programas de planificación familiar, y por sentir que esas propuestas, cuestionan buena parte de la historia de los programas institucionales de planificación familiar en nuestro país.

2.3 Nuevos esquemas de evaluación

La propuesta de Bruce (1991) sobre calidad de los servicios a partir de las necesidades de los usuarios, si bien deja todavía algunos puntos de lado, es un enfoque potencialmente rico para fomentar el ejercicio de los derechos reproductivos, siempre y cuando se sea capaz de repensar los criterios de evaluación para las actividades institucionales, recuperando precisamente los procesos de toma de decisiones reproductivas de la población. Al hacer algunas modificaciones para propósitos de este trabajo, podemos decir que su propuesta de la calidad de la información (comprehensible y no sesgada) ofrecida por el prestador de servicios a la población y el componente de elección, no como número de métodos ofrecidos, sino como proceso de decisión de la población, a partir de opciones reales -y no de información simplemente como depósito de datos y referencias sin sentido-, son dos de los componentes que facilitarían que la interacción entre las instituciones de salud y la población favoreciera el ejercicio de derechos reproductivos. Estos puntos se complementan con la calidad de las relaciones interpersonales, la habilidad técnica para el ofrecimiento de los servicios, el seguimiento y continuidad de los usuarios de los mismos y en el nivel de estructura, con la integración de los servicios de planificación familiar a otras instancias de salud (vea esquema, lectura 3c).

Existen ejercicios que han traducido en indicadores específicos esos seis pasos de Bruce ligados con los tres pasos de Donabedian[2I] (García Núñez et al. 1993); no obstante, aún no ha sido posible incorporarlos a los criterios de evaluación de alguna institución de salud, ni tampoco se ha logrado evaluar lo que ello representaría para la calidad de los servicios, dejando de lado los resultados, o bien, elevando al mismo nivel de importancia, la evaluación de los procesos.

En este momento es necesario innovar formas de evaluar que superen el nivel de los resultados, de los impactos y el listado de actividades, y que privilegien la asimilación de los procesos vitales en el campo de la reproducción, que involucren a la población y la corresponsabilicen de la dinámica reproductiva, que sean capaces de contextuar el nivel de responsabilidad de los prestadores de servicios de salud e identificar qué otras instancias tienen que involucrarse en el proceso de asegurar el ejercicio de los derechos reproductivos, con su dinámica política y social problematizada. Para ello son necesarias las referencias a la educación como un ejercicio y una práctica de la libertad, pero también asumiendo los riesgos de la libertad, los riesgos de construir con la población un deber ser en la reproducción, para lo cual es indispensable hacer referencia a sistemas de relaciones democráticas, de no subestimar a la población y de no asumir responsabilidades más allá de los propios espacios de decisión.

3. Transformación del espacio institucional de los derechos reproductivos

El trabajo pretendió mostrar algunas de las posibles vertientes de coincidencia entre el quehacer de las instituciones de salud en el

---

De acuerdo a Donabedian el proceso de evaluación del quehacer institucional puede analizarse a través de la estructura, los procesos y los resultados, en donde la primera incluye recursos humanos, materiales y técnicos a través de su magnitud, su oportunidad y su accesibilidad; se supone que dicha estructura afecta los procesos favorablemente y con ello permite alcanzar los resultados, en donde se incluyen el impacto, la efectividad, la satisfacción y la cobertura de los servicios de salud.

ámbito de la reproducción y los procesos de toma de decisiones que en este campo parece seguir la población. La definición de las leyes generales de Población y Salud, el Artículo cuarto constitucional, así como la identificación de principios en los programas de población, salud y planificación familiar muestran que en el marco jurídico y programático existen posibilidades de apoyo al ejercicio de los derechos reproductivos, no únicamente a través de la formulación de derechos, sinn hasta de sugerir instancias para vigilar el cuidado de los mismos. Adicionalmente, cuando se relacionan la toma de decisiones reproductivas con la atención en salud se encuentran importantes coincidencias que posibilitarían recuperar los componentes que aseguran las decisiones libres e informadas en el espacio de la reproducción. No obstante, al revisar la percepción que tiene la población de su interacción con los prestadores de servicios, se encuentran algunas situaciones críticas que reflejan elementos conflictivos en esta interacción.

Un cuestionamiento que surge a partir de los hallazgos anteriores gira alrededor de qué pueda haber en el quehacer cotidiano de dichos prestadores de servicios que dificulte lo que sus procesos naturales parecieran sugerir y lo que incluso se plasma en las leyes y en el marco jurídico y programático alrededor de la reproducción. En este sentido el trabajo buscó recuperar algunos elementos que orientan el ejercicio cotidiano de los servicios de salud a través de la capacitación, pero sobre todo, a través de la hipótesis de que los criterios de evaluación influyen de manera poderosa en el quehacer cotidiano de la prestación de servicios; el análisis sugiere que los indicadores utilizados para tales propósitos "se quedan cortos" respecto a la riqueza de la interacción que pretende evaluarse y a veces se cae en reduccionismos del objeto de estudio y de intervención, lo cual confunde la definición de prioridades. Ello aunado a una capacitación en servicio más que derivada de una teorización sobre la reproducción humana, limitan en exceso el alcance del deber ser que orienta el quehacer de la prestación de servicios.

El trabajo propone que los criterios de evaluación a partir de

la calidad de los servicios sistematizados por Bruce (1991), más algunos ajustes derivados de la experiencia en el tema, ofrecen grandes posibilidades para contruibuir a que en las instituciones de salud se den las condiciones para facilitar el ejercicio de sus derechos reproductivos por parte de la población. No se sugiere que ello lo agote, pero sí que el papel del entorno social podría enriquecerse con la participación de las instituciones de salud.

Es importante mencionar que este trabajo no supone que sea responsabilidad absoluta de la prestación de servicios de salud el ejercicio de tales derechos, sino que reconoce que deben involucrarse otras instancias ligadas con el quehacer educativo, como los medios masivos y la escolaridad formal, a la vez que incidir sobre el entorno social, económico y cultural para contribuir a que se mejore la participación de las mujeres en los espacios de decisión y que las limitantes en el acceso a información, escolaridad y al ejercicio del poder se disminuyan.

El derecho reproductivo que se propone considera los componentes de libertad, responsabilidad e información, por lo que un primer paso que se sugiere es definir niveles de responsabilidad que vayan más allá de las instituciones de salud, que incorporen las instancias sociales que participan en el proceso de educación de la población como un todo, para que, a partir de un análisis epistemológico del objeto de interés, se desglosen espacios de responsabilidad de acuerdo a ello. Se propone discutir la relación entre la autonomía personal y el alcance de la recomendación médica, que se haga más explícito el significado del respeto a las personas como fines en sí mismas -especialmente en aspectos relevantes de su vida como la reproducción y la sexualidad-, que se insista en que la autodeterminación supone el respeto mutuo y que se discuta el concepto de libertad, el cual es más fácil de evaluar a partir de la no coacción, de la no manipulación, de no marginar a la población, ni involucrarse unilateralmente en sus decisiones.

Un punto final se centra en la propuesta del derecho a la pre-ocupación, el cual se basa y supera el concepto de información, de gama de opciones anticonceptivas o cualquier otro indicador de

calidad de servicio, ya que plasma de alguna manera algo característico de todo ser humano, como un ser que es capaz de tomar conciencia del entorno en que se mueve y a partir de ello y de las posibilidades reales del ejercicio de poder, incidir sobre su proceso histórico y por ende transformarlo volviéndose creador y coautor del mismo. Es mucho más que un derecho a la información como un depósito de contenidos, es más bien la lógica de tratar de elaborar qué tanto los supuestos de libertad e información, que la ética y el derecho le atribuyen a la responsabilidad de los actos humanos, pueden llevarse a la práctica en el contexto de las instituciones de salud.

Al margen de las deficiencias y limitantes institucionales, debe reconocerse que según los datos más recientes de que se dispone en el nivel nacional, alrededor de las dos terceras partes de las parejas que están regulando su fecundidad obtienen el método anticonceptivo en alguna institución gubernamental[n], y como estos programas han sido una oportunidad para hablar más abiertamente de elementos de sexualidad, reproducción y anticoncepción, no puede despreciarse el impacto que dichas instituciones han tenido en las decisiones reproductivas -y dentro de ello en el ámbito de los derechos reproductivos- en un sector importante de la población.

El artículo reconoce la participación tan importante de las instituciones de salud en el proceso de buscar estrategias para asegurar la reproducción de la población en mejores condiciones de salud, al margen de llamarlos directamente derechos reproductivos. A través de la definición de leyes, la formulación de políticas y la instrumentación de programas, han creado el entorno que posibilita el ofrecimiento de servicios que potencialmente permiten a la población acceder a los medios para decidir en el campo de su reproducción; sin embargo, por diferentes motivaciones u obstáculos ello no se ha llevado a sus últimas consecuencias.

---

[22] En ellas se centra buena parte de la discusión de este documento, por ser las que son objeto más directamente de la influencia de las políticas y programas discutidas en el documento.

Puede decirse que uno de los grandes aportes de los programas de planificación familiar ha sido el haber fomentado hablar sobre reproducción y anticoncepción y de alguna manera sobre sexualidad, si bien por privilegiar en muchos casos el ámbito de la anticoncepción, han perdido la oportunidad de interactuar con otras instancias gubernamentales y sociales relacionadas con el tema, y de contribuir integralmente a que la población acceda a mejores elementos para el ejericicio de sus derechos reproductivos.

Referencias bibliográficas

Aguirre, A. "Tasa de crecimiento poblacional de 1% en el año 2000: una meta inalcanzable". **Estudios Demográficos y Urbanos**. Vol. 1, Núm 3, pp. 443-474. El Colegio de México, 1986.

Alba,F. **La población de México. Evolución y dilemas**. El Colegio de México, México, D.F., 1977.

Aparicio,R. et al. **Impacto del programa de planificación familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Mortalidad Perinatal**. IMSS/AMIDEM. México, 1989.

Blanco, M. "La medicalización de la reproducción humana"; en S. Azeredo y V. Stolcke. (Coords.). Direitos Reprodutivos. Fundacao Carlos Chagas/Prodir, Sao Paulo, 1991.

Bogue D. "Normative and Psychic Costs of Contraception". In: Bulatao R, Lee R: **Determinants of Fertility in Developing Countries**: National Academy Press, Washington D. C., 1983.

Bruce, J. "Fundamental Elements of Quality of Care: A simple Framework", **Studies in Family Planning**, volumen 21, Number 2, 1991.

Bulatao R, Lee R. **Determinants of Fertility in Developing Countries**. National Academy Press. Washington D.C., 1983.

Bulatao, R. "Contents and process in fertility decisions: a psychosocial perspective". en **Fertility and Family**. Proceedings of the Expert group on Fertility and Family. USA. 1984.

Carleton. **Aspectos Metodológicos y Sociológicos de la Fecundidad Humana**. CELADE. Santiago de Chile. 1970.

Cervantes, A. "La preocupación por las coberturas (Planificación Familiar)". En: **Demos. Carta Demográfica sobre México** 1989, México,1989: 8-9.

Cervantes, A. "Nuevas alternativas o viejas premisas para 1989 a 1994 (Política de Población)". En: Demos. Carta Demográfica sobre **México** 1990, México,1990: 22-23.

Consejo Nacional de Población (CONAP0). Política mexicana de población. México, 1975.

Consejo Nacional de Población (CONAP0). Ley General de Población y Reglamento de la Ley General de Población. México D. F., 1976.

Consejo Nacional de Población (CONAP0). Política demográfica nacional y regional. Objetivos y metas. 1978-1982. México,1978.

Consejo Nacional de Población (CONAP0). Programa Nacional de **Población** 1984 - 1988. México,1985.

Consejo Nacional de Población (CONAP0). Programa Nacional de Población 1989 - 1994. México,1989a.

Consejo Nacional de Población (CONAP0). "Análisis sobre la factibilidad y las consecuencias de alcanzar una tasa de crecimiento demográfico de 1% en el año 2000. México, 1989b.

Consejo Nacional de Población (CONAP0). Programa Nacional de Planificación Familiar 1990 - 1994. México D. F., 1991.

Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar (CPNPF). Plan Nacional de Planificación **Familiar**. México,1977.

Coordinación General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. (CGPFSSA). Evaluación del Programa Nacional de **Planificación** Familiar 1977-1982. México, 1982.

Davis K, Blake J. "Social Structure and Fertility: An Analytic Framework".EconomicDevelopmentandCulturalChange.4,1956:211-235.

Díaz,J. y H.Halbe. "Calidad de la atención en los servicios clínicos de planificación familiar en América Latina". Trabajo presentado en la Primera Conferencia Latinoamerica sobre Calidad de la Atención en Planificación Familiar. Querétaro, 1990.

Donabedian, A., La calidad de la atención, La Prensa Médica Mexicana, México.

Dirección General de Planificación Familiar (DGPF). "Análisis del programa de planificación familiar en el Sistema Nacional de Salud 1991". SSA, México, julio de 1992a. (mimeo)

Dirección General de Planificación Familiar (DGPF). "Análisis de las actividades del programa de planificación familiar de la Secretaría de Salud 1991". SSA, México, julio de 1992b. (mimeo)

Dirección General de Planificación Familiar (DGPF). **Documentos Jurídicos y Programáticos relacionados con el Programa de Planificación Familiar en México: una síntesis** DGPF Secretaría de Salud. México, 1993a.

Dirección General de Planificación Familiar (DGPF). "Análisis del desarrollo del programa interinstitucional de planificación familiar 1992". SSA, México, julio de 1993b. (mimeo)

Dirección General de Planificación Familiar (DGPF). "Análisis de las actividades del programa de planificación familiar de la Secretaría de Salud 1992". SSA, México, julio de 1993c. (mimeo)

Dussel, E. D. **Para una ética de la liberación latinoamericana.** Siglo XXI. Buenos Aires, 1973.

Fawcett, J. "Cultural influences on fertility decisions: an analytic framework and some research issues"., en **Population Report Leads**. No. 10 United Nations 1980.

Figueroa P.,JG., A.Cervantes, Y.Palma y R.Aparicio. **Determinantes de la Práctica Anticonceptiva en México.** Documento Metodológico",D.G.P.F. Secretaría de Salud. Diciembre de 1988.

Figueroa P.,JG. "Anticoncepción Quirúrgica, educación y elección anticonceptiva", **Memorias de la Cuarta Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica en México**, llevada a cabo en el Colegio de México, 1990 (en prensa).

Figueroa P.,JG. "Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios.", Salud Pública en **México**. Vol.33, No.6, Noviembre-Diciembre de 1991a. pp.590-601.

Figueroa P., J.G., Y. Palma y R. Aparicio. "Toward an understanding of contraceptive use dynamics in Mexico". En World Health Organization, **Dynamics of Contraceptive** Use. Ginebra, 1991b. (en prensa).

Figueroa P., J. G., R. Aparicio y E. Aguilar. "Determinants of Contraceptive use dynamics: a follow up of some reproductive events. **Proceedings of the DHS World Conference**. Washington, D.C. 1991c.

Figueroa P.JG. y R.Aparicio. "Factores que determinan la aceptación y continuidad en el uso de métodos anticonceptivos", presentado en el Simposio sobre Salud Reproductiva, organizado por la Academia de Investigación Científica. México, 1991d (35 págs).

Figueroa P.,JG., G.Hita y B.M.Aguilar. "Algunas referencias sobre reproducción, derechos humanos y planificación familiar", capítulo del libro **Mujer y derechos humanos**, que publicará el Colegio de México en coedición con la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

México, 1992a. (38 págs). (en prensa).

Figueroa P.,JG., G.Rivera, M.B.López, B.M.Aguilar y P.Rivera. "Algunas reflexiones sobre la esterilización femenina desde una perspectiva de género", presentado en el III Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, llevado a cabo en el Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, Morelos, 1992b. (40 págs).

Figueroa P.,JG. "El papel de los prestadores de servicios en la introducción y aceptación de nuevos métodos anticonceptivos: algunas consideraciones éticas", presentado en el Simposio Latinoamericano sobre desarrollo de nuevas estrategias anticonceptivas, Organización Mundial de la Salud e Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. México,1992c. (35 págs).

Figueroa P.,JG. "Derechos y responsabilidades reproductivas en el espacio de la práctica médica", presentado en el Taller Salud Pública: Derechos reproductivos y ética, organizado por el Grupo de Información en Reproducción Elegida, el Programa Universitario de Estudios de Género de la UNAN, el Population Council y por International Projects Assistance Services y llevado a cabo en la Coordinación de Humanidades de la UNAN. México, 1993a. (15 págs.)

Figueroa P.,JG. et.al. "Encuesta sobre Calidad de los Servicios de Planificación Familiar en la Secretaría de Salud", Protocolo de investigación. DGPF, SSA. México, 1993b. (mimeo)

Freedman, R.,"Social Research and Programmes for Reducing Births", **en Social Science Research and Population and Development. New** York. 1975.

Freire, P. **La educación como práctica de la libertad.** Siglo Veintiuno Editores. México, 1971.

Freire, P. **Pedagogía del oprimido.** Siglo Veintiuno Editores. México, 1973.

García Núñez et al. Propuesta para la evaluación programática de los servicios de planificación familiar con base en un modelo de calidad. Pathfinder, México, 1993. (mimeo)

Hollerbach P. "Fertility Decision Making Processes. A Critical Essay". In: Bulatao R. **Determinants of Fertility in Developing Countries.** National Academy Press, Washington D. C., 1983.

Hull, T., "Cultural influences on fertility decision styles", en R.A. Bulatao and R. Lee. **Determinants of Fertility in Developing Countries.** National Academy Press. Washington, D.C. 1983.

Illich,I. **Némesis Médica.** (La expropiación de la salud). Ed. Joaquín Mortiz. México, 1987.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). **Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Atlas Epidemiológico.** México, s/f.

International Planned Parenthood Federation (IPPF). **Manual de Planificación Familiar para médicos.** (Federación Internacional de Planificación de la Familia) Londres, 1981.

Menéndez, E. "Modelo Hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales", en R. Campos. **La Antropología Médica en México.** México 1992. pp. 97-114.

Pathfinder. **Manual de Anticoncepción para personal de salud.** Bogotá, 1984.

Pérez Duarte, A. El marco jurídico de los derechos reproductivos. 1993. (mimeografiado).

Poder Ejecutivo Federal. Secretaría de Programación y Presupuesto. **Plan Global de Desarrollo 1980 - 1982.** México, 1980.

Poder Ejecutivo Federal. Secretaría de Programación y Presupuesto. Plan Nacional de Desarrollo 1989 - 1994. México, 1989.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. **Programa Interinstitucional de Planificación Familiar 1983-1988.** México, 1983.

Secretaría de Salud (SSA). Programa Nacional de Salud 1984-1988. SSA, México, 1984

Secretaría de Salud (SSA). "Norma Técnica número 22 para la planificación familiar en la atención primaria a la salud". Diario Oficial del 7 de julio de 1986. Segunda Sección. México, 1986.

Secretaría de Salud (SSA). Programa Nacional de Salud 1990-1994. México, 1990.

Secretaría de Salud (SSA). Ley General de Salud. 2a. ed. México, 1992.

Shedlin, M.G. y P. Hollerbach. "Modern and Traditional Fertility Regulation in a Mexican Community: The Process of Decision Making". **Studies in Family Planning** 12 (6/7): 278-296. 1981.

Urbina,M., Y.Palma, JG.Figueroa Perea y P.Castro. "Fecundidad, anticoncepción y planificación familiar en México". Revista de Comercio Exterior, Vol. 34, Núm. 7. México, 1984. pp. 647-666.