

II COLOQUIO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS
SOBRE LAS MUJERES Y LAS RELACIONES ENTRE LOS GENEROS
EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

REPRODUCCION, DERECHOS HUMANOS Y PLANIFICACION FAMILIAR:
ALGUNAS REFLEXIONES (1)

JUAN GUILLERMO FIGUEROA PEREA (*)
BLANCA MARGARITA AGUILAR GANADO (**)

Noviembre de 1992

- (*) Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México y Secretaría de Salud
(**) Secretaría de Salud

¹ Adaptación de la ponencia "Algunas referencias sobre reproducción, derechos humanos y políticas de planificación familiar", presentada por los autores en colaboración con Gabriela Hita en el Seminario "La mujer y los derechos humanos". Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer de El Colegio de México. Mayo 26 de 1992.

Introducción

Este trabajo pretende mostrar algunos de los conflictos que pueden surgir en el campo de los derechos humanos cuando interactúan los patrones reproductivos de la población con las políticas de planificación familiar. Más que repetir declaraciones de principios al respecto, se busca identificar actores en conflictos específicos, con la idea de documentarlos y proponer recursos para su manejo. Se propone como origen temático del conflicto la relación entre reproducción y planificación familiar, mientras que se acepta como posible fuente de conflicto el conjunto de interacciones entre los personajes relacionados en estos campos, bajo el supuesto de que sus perspectivas e intereses no siempre coinciden. Un componente adicional de esta reflexión es la identificación de las mujeres como las principales afectadas por los conflictos anteriormente mencionados.

1. Conceptualización de términos

1.1 Derechos humanos y de mujeres

El concepto de derechos humanos se ha identificado como sinónimo del de "necesidades esenciales del ser humano", las cuales, por definición, son el conjunto de características y de mínimos a cumplir que requiere dicho ser para desarrollar sus propias capacidades². "Decir que hay 'derechos humanos' en nuestro contexto histórico equivale a afirmar que existen derechos

² Un punto sobre el que menos se trabaja es que, de acuerdo a cierta conceptualización legal, no hay derechos sin obligaciones y responsabilidades, ya que de no haberlas los derechos se vuelven concesiones difícilmente defendibles, al parecer obsequios de la autoridad correspondiente (Savater, 1990).

fundamentales que el ser humano posee por el hecho de serlo, por su propia naturaleza y dignidad; derechos que le son inherentes, y que lejos de nacer de una concesión de la sociedad política han de ser por ésta consagrados y garantizados" (Truyol 1968, p. 11).

El principio básico de los derechos humanos es aquel que proclama que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos sin distinción alguna, incluida la razón del sexo. En esta razón se ha basado el desarrollo del movimiento alrededor de los derechos para la mujer como algunos específicos, de los que nos ocuparemos especialmente en esta ocasión. Podemos afirmar que el mayor problema respecto a los derechos, y en especial los de la mujer, se encuentra en la dificultad de llevar a la práctica disposiciones específicas sobre el fomento de igualdad de oportunidades entre distintos sexos en los distintos ámbitos de la vida social, que se han logrado incorporar en las declaraciones de los Derechos Humanos.

1.2 Reproducción y Derechos Reproductivos

Al incursionar en el concepto de reproducción podríamos optar por el punto de vista biológico, y proponerla como un componente más de las características básicas de un ser vivo. Sin embargo, cuando a ese ser le añadimos el componente de la toma de conciencia, característico de todo ser humano, la reproducción debe ser imaginada como un dinamismo sobre el cual, el ser humano puede influir y más que sobre otros procesos vitales, como la muerte, el crecimiento y el propio nacimiento: la reproducción pondrá "en existencia" a nuevos seres humanos, por lo que la

injerencia sobre la misma adquiere repercusiones de tipo filosófico existencial, social y político.

Es en el ámbito de la reproducción donde se desarrolla el concepto de "derechos reproductivos", como aquellos que aseguran a la persona la libre determinación sobre el número y espaciamiento de los hijos, el control de su sexualidad y el acceso a la información, servicios médicos y asesoramiento al respecto. En 1968 se adoptó dentro de la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos la Proclamación de Teherán, en la cual se decidió considerar como un "derecho humano básico" de los padres el decidir libre y responsablemente acerca del número de hijos y del espaciamiento entre sus nacimientos (Ver Miró 1982).

Debemos señalar que desde un punto de vista legal, los derechos humanos no se agotan en alguna capacidad del titular, sino que - por ser precisamente derechos- se tienen en relación de alteridad frente a otro u otros, que son los sujetos pasivos cargados con una obligación, un deber, que es la prestación cuyo cumplimiento da satisfacción al derecho del sujeto activo (Truyol 1968). Por ello, cada vez que se propone un derecho determinado por ejemplo, el derecho reproductivo, habrá que detectar con precisión al sujeto pasivo ante el que su titular puede hacer exigible el goce y ejercicio, además de identificar la obligación que aquel sujeto debe cumplir a su favor, ya que un error en esta especificación puede desnaturalizar o desvirtuar al derecho.

1.3 Políticas de Planificación Familiar

Vale la pena mencionar que el término control natal emergió

originalmente en 1915 como una reivindicación política de los movimientos feministas y socialistas de la época los cuales buscaban la libertad sexual y reproductiva de las mujeres en la lucha por su auto-determinación y la igualdad entre los sexos. En cambio el concepto planificación familiar tiene otra connotación y otra carga ideológica, ya que en sus orígenes hacía referencia al control de la capacidad reproductiva de la pareja como un medio para promover la estabilidad de la familia. Es decir el concepto se despoja de sus orígenes radicales y al parecer adquiere un carácter neutral (Ver Tuirán 1988).

Consideramos que la planificación familiar, y con ella la dinámica del uso de métodos anticonceptivos, no puede entenderse si se estudia al margen del comportamiento reproductivo, pues su fin último es influir sobre dicho comportamiento, y a su vez la experiencia reproductiva influye sobre las decisiones relacionadas con la anticoncepción. De manera análoga se concibe a la planificación familiar, dentro de la dinámica demográfica, en su relación con la salud por el papel que ésta juega en la determinación del comportamiento reproductivo. En México, la disminución de la fecundidad es promovida por la política de población como un medio para alcanzar ciertas metas sociales, económicas y demográficas. Una de estas metas es la relacionada con la salud de la población (materno-infantil), la cual es vista como un efecto de cambios en el comportamiento reproductivo y que a la vez ejerce una influencia sobre este fenómeno, similar a la de otras variables socioeconómicas y culturales.

2. Evolución reproductiva de la población mexicana y surgimiento de los programas de planificación familiar

2.1 Dinámica reproductiva entre 1900 y 1970

En las primeras seis décadas del presente siglo, la población mexicana presentó una tasa global de fecundidad superior a los seis hijos; al empezar la década de los sesenta hay evidencias de cambios que llevaron a la población a disminuir su fecundidad (entre otros, el descenso de la mortalidad, lo cual provocó un aumento en el número de hijos sobrevivientes). A partir de la década de los setenta, los descensos en la fecundidad se volvieron más evidentes por el refuerzo de las nuevas políticas de planificación familiar promovidas por el gobierno, el cual modificó la postura de su política poblacional que de ser pronatalista se convirtió en una que promovía la regulación de la fecundidad, enfatizando el derecho de cada persona a decidir sobre el número de hijos a tener y cuándo tenerlos. Este comportamiento continuó, aunque a un ritmo más moderado, durante los ochenta: en este momento, se estima una tasa global de fecundidad de alrededor de 3.5, lo cual representa un descenso a casi la mitad de los valores observados en la década de los sesenta. Este importante descenso debe ser leído en el contexto de un significativo "avance" de los descensos en la fecundidad, pero también, como un cambio cultural muy relevante, sobre todo en una sociedad en donde la maternidad es valorada en gran medida y en donde durante los 70 años anteriores las parejas mexicanas estuvieron teniendo alrededor de 6 y 7 hijos en promedio (DGPF 1989).

Como explicación del comportamiento anteriormente señalado, se encuentra la extensión en el uso de métodos anticonceptivos entre la población mexicana, que de ser una práctica de grupos minoritarios durante los sesenta pasó a ser un comportamiento regular entre toda la población (DGPF 1989).

2.2 Cambios en la conceptualización de la política de población

La política demográfica propuesta hace casi 15 años destacaba en palabras del ejecutivo que "México asumió el compromiso de dominar su demografía para gobernarse a sí mismo y vivir su derecho a la movilidad social y a la felicidad"; para esto se propuso como objeto de la política de población "elevar las condiciones culturales, sociales y económicas de los habitantes del país, atendiendo a las características de crecimiento, estructura y distribución geográfica, tanto en las áreas rurales como en las urbanas". En este mismo documento se propone un objetivo que vale la pena recuperar por el manejo de conceptos aparentemente contradictorios entre sí; se afirma la necesidad de "inducir con pleno respeto a la libertad individual, la reducción en la fecundidad". (CONAPO s/f, Pág. ii)

2.3 Propuesta de instrumentación de la política de población

En el Plan Nacional de Planificación Familiar se enfatizaba el derecho de la población a regular su fecundidad pero también se establecían metas a alcanzar en el descenso de la misma hasta el año 2000⁽³⁾ (CPNPF, 1977). Para la estimación de dichas metas uno

³ Se esperaba que para el año 2000 la tasa de crecimiento de la población se redujera de un nivel superior al 3% a un nivel de casi el 1%.

puede suponer que se utilizaron tiempos eminentemente demográficos y que difícilmente se pudieron considerar los tiempos de la población, ya que no existía el antecedente de descensos importantes en la fecundidad como los que eran de esperarse en la última cuarta parte del presente siglo.

Esas metas demográficas orientaron la estimación de los resultados deseables de parejas usuarias de métodos anticonceptivos en diferentes momentos, con el fin de poder asegurar los niveles de fecundidad esperados. En el Programa Nacional de Planificación Familiar 1977-82 se hablaba de 2 tipos de meta, la demográfica y la de cobertura de servicios; se cuidó en aclarar "que las metas deberán ser ajustadas conforme a la marcha del programa y a las evaluaciones periódicas que se realicen". Esta propuesta no ha sido llevada a la práctica en lo que se refiere sobre todo a la meta demográfica la cual un criterio básico para la definición sexenal de metas de usuarios y usuarias dentro de las diferentes instituciones del Sector Salud.

2.4 Cambios reproductivos entre 1970 y 1987

Al finalizar el primer sexenio con un nuevo enfoque de la política de población, los datos demográficos parecían indicar que la población y las políticas andaban por el mismo camino, si limitamos esta comparación a la referencia entre la meta demográfica que se había planteado y el nivel de fecundidad estimado entre la población en 1982⁽⁴⁾. Se podría decir que hubo una convergencia

⁴ A pesar de ello se empezó a hablar de una serie de irregularidades en la prestación de servicios ya que al parecer se estaba forzando a la población a reproducirse en cierta forma,

en las intenciones reproductivas de las mujeres mexicanas y de las políticas de planificación familiar del Estado.

Algunos investigadores han afirmado que ese "éxito" de los programas de población fue resultado de una demanda latente por parte de la población, la cual existía desde antes de modificar la Ley General de Población y que pudo ser atendida gracias a la masificación de los servicios de planificación familiar en buena parte del país. En este sentido se puede afirmar que el Estado ha colaborado en la puesta en práctica del derecho reproductivo de las mujeres y parejas mexicanas al permitirles acceder a la decisión de cómo y cuantos hijos tener⁽⁵⁾.

En 1987 se llevó a cabo una encuesta nacional (ENFES) que cuidó de manera específica la medición de los niveles de fecundidad y uso de anticonceptivos. Esta encuesta permitió encontrar una serie de sorpresas desde la óptica gubernamental ya que al parecer había disminuido considerablemente el ritmo de descenso de las tasas de fecundidad. Se acabó el sexenio pasado reconociendo que la evolución demográfica había sufrido algunas modificaciones, sobre todo en lo que se refiere a la fecundidad.

incluso sin incorporarlas a tomar decisiones al respecto. Un ejemplo de esta inquietud era el tipo de condiciones en el que se estaba atendiendo a las parejas que recurrían a la esterilización femenina. (Bronfman et.al.1986).

⁵ El cambio en el artículo cuarto constitucional constituye la aparición de los derechos reproductivos, aunque no nombrados de tal forma. Sin embargo, se han puesto en juego otros derechos reproductivos más específicos de las mujeres y que pueden ser violados en la imposición de un ritmo acelerado y una forma específica más eficiente de lograr alcanzar las metas demográficas trazadas por el Estado.

3. Posibles fuentes de conflicto

En el conjunto de temas que aquí se presentan interactúan cuatro personajes que entran en interacción y que en un cierto momento pueden entrar en conflicto, por sus diferentes racionalidades, intereses, expectativas, lenguajes y aún más, por manejar "diferentes reglas del juego", las cuales siempre irán en detrimento de los más marginados y en el caso de la reproducción, en particular **las mujeres**. En una primera instancia consideramos a la **población** que se supone beneficiaria de las acciones de las políticas de planificación familiar; en segundo lugar se encuentran los **políticos de la población**; aquellos que a partir de su percepción respecto a la población, además de su conocimiento de las características de la evolución demográfica y de salud de la misma, proponen una serie de acciones y medidas para regular racionalmente la evolución de los fenómenos considerados, a la vez que proponen formas de instrumentar sus estrategias de planeación. La tercera instancia la componen aquellos personajes de la población a quienes se les ha encargado instrumentar las políticas de planificación familiar a saber, los **prestadores de servicios**. Su importancia radica en que están en contacto con las dos instancias anteriores y, porque son los intérpretes de las políticas de la segunda instancia, las cuales llegarán a la población con la traducción, interpretación y mezcla de valores culturales que ellos les hayan incorporado. La cuarta instancia es la de los **investigadores sobre el tema**, aquellos que al parecer, son especialistas en identificar y destacar los conflictos. Esta práctica no

es cuestionable ya que es lo propio de la investigación, por su carácter crítico y sistemático⁶.

Una pregunta que surge de manera obligada es qué tipos de conflictos pueden surgir entre las cuatro instancias anteriormente señaladas cuando se analiza la reproducción de la población. Una parte de los conflictos surgen desde el campo del "deber ser" y las expectativas que cada quien tiene y que en cierto momento no coinciden con las de otra parte; quizá el caso más evidente lo pudieran representar la población y las políticas de población, si bien pareciera que a nivel de conceptualización puede haber expectativas distintas a parte de las políticas de población. A nivel de implementación de estrategias para resolver esas aparentes diferencias, quienes intervienen son los prestadores de servicios. Identificamos varias vertientes en la interacción de las instancias anteriormente mencionadas y si bien no hacemos una referencia explícita a los investigadores, los ubicamos como aquellos que al tomar distancia, pueden ir documentando las diferentes relaciones aquí discutidas.

3.1 Población - Prestadores de Servicios

3.1.1 Relaciones de poder y minoría de edad

Según algunos autores existen muchos aspectos de la planificación

⁶ Por razones de espacio no se incorpora a la discusión de los conflictos el papel que juegan estos personajes ya sea como intelectuales orgánicos o al servicio de alguna de las partes. Tampoco se discute la responsabilidad en la que incursionan por no haberse involucrado más sistemáticamente en un campo potencialmente conflictivo, como el de la planificación familiar, o por no haber ideado nuevos indicadores para incursionar en este campo del conocimiento y del quehacer cotidiano de la población.

familiar ambiguamente definidos y ello constituye un puente para posibles conflictos dentro de los cuales los prestadores de servicios ocupan un papel fundamental. Se considera que estos personajes ejercen un poder a través de su conocimiento, se entiende incluso su papel como agentes de cambio cultural: a través de lo que dicen comunican a la población la visión "legítima" de las formas de conducir la vida sexual y reproductiva (Tuirán 1988).

La condición de clase, el manejo del conocimiento como poder, la rigidez institucional, la costumbre médica y paramédica de no darle explicaciones a la población, la connotación de ver a la población como un paciente y no como a personas sanas que merecen ser tratadas como adultos, con mayoría de edad y capaces de decidir por sí mismas, complica las condiciones en que se da esta interacción, en especial cuando están en juego algunos derechos como los reproductivos.

3.1.2 Promoción institucional de la práctica anticonceptiva

A través de la instrumentación de las políticas de población se ha difundido el uso de diferentes anticonceptivos, entre los cuales se promueve el dispositivo intrauterino y la esterilización como los "más convenientes" para la población, recurriendo en casos extremos- a su promoción a través de medidas poco aceptables desde el punto de vista de los derechos. Por sus características, hay situaciones en que pueden ser implantados "sin necesidad" de que la mujer se de cuenta.

Los datos de la última encuesta nacional (1987) señalan que poco más de la mitad de las parejas -leídas a través de las

mujeres en edad fértil- estaba haciendo uso de algún método anticonceptivo; de esa población cerca del 40% estaba esterilizada, es decir, cerca de la quinta parte de las mujeres unidas del país. Del total de esterilizadas la cuarta parte declaró no haber tenido información alguna por parte del prestador de servicios previa a la operación y otro 17% que la información fue incompleta. Una de cada 25 declaró que no tuvo nada que ver en la decisión para optar por la operación.

Por otra parte, actualmente cerca de la quinta parte de las parejas que usa algún anticonceptivo recurre al dispositivo intrauterino, y alrededor del 12% de las mujeres recurre a este método como su primera "opción anticonceptiva". Dentro de este grupo el 17% no pudo dar una razón de por qué lo escogió ya que "fue puesto" por el prestador de servicios sin antes haber sido informadas; este porcentaje "disminuye" al 7.7% al referirlo al método actual (Figueroa 1991a). Uno de los argumentos que hemos encontrado al discutir esta práctica con prestadores de servicios es que "si no se opera o se inserta el dispositivo en ese momento, la mujer ya no regresa"; la actitud reflejada en este tipo de respuesta es sintomática del tipo de relación que se maneja.

3.1.3 Normatividad para brindar servicios anticonceptivos

En las instituciones de salud existe una normatividad respecto a los criterios que deben seguirse para la administración de métodos anticonceptivos a la población. Inicialmente son criterios eminentemente médicos, en cuanto a los factores de riesgo que pueden incrementar la presencia de ciertos efectos

colaterales en la población si no son vigilados, aunque se les añade también factores de tipo demográfico como la edad y la paridad de la población. Sin embargo, en algunos casos se incorporan elementos de tipo psicológico en las que resaltan las diferencias por género. En una colección publicada por el IMSS, a través de la Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, como guías didácticas sobre temas de planificación familiar, se tienen fascículos dedicados a la anticoncepción quirúrgica masculina y a la femenina (7).

En dicha colección se habla de las contraindicaciones para brindar el método a la población y en el caso de la población femenina se incluyen únicamente factores de tipo biológico o fisiológico, mientras que en el caso de la vasectomía estas no existen y todas las contraindicaciones son de tipo psicológico y anímico, como por ejemplo el estar inseguros, el ser inestables y otra serie de características adicionales (ver AMIDEM 1986a, 1986b). En el hombre se tiene especial cuidado en términos de la cuestión psicológica, mientras que las cuestiones fisiológicas no existen como contraindicaciones: en la mujer, a estas últimas se les da todo el peso dejando de lado la cuestión psicológica la cual por supuesto es relevante, y más cuando existen importantes probabilidades de arrepentimiento en una población a la cual

⁷ Según los datos de la última encuesta nacional de 1987, de cada 100 parejas que usan un método anticonceptivo, 36 de ellas es la mujer quien está esterilizada y sólo el 1.5% de los casos es el hombre quien se ha hecho la vasectomía (DGPF 1989).

ancestralmente se le ha valorado por su capacidad reproductiva⁸.

Otra característica de la normatividad en la prestación de servicios anticonceptivos es la falta de uniformidad en la misma y el énfasis diferencial en algunos componentes que en ella se incluyen. Ello se constata en el análisis de un conjunto de manuales de diferentes instituciones y de organismos nacionales e internacionales. Existen variaciones importantes en términos del apoyo que se le debe dar a la mujer durante los tiempos previos y posteriores a la operación, así como la temporalidad recomendada para llevar a cabo la intervención. A manera de ejemplo, dos manuales publicados por organismos internacionales sugieren que se deje pasar por lo menos un año después de la operación para que la mujer recupere su estabilidad física y psicológica y pueda constatar el estado de salud de su hijo; en el caso de los manuales mexicanos no se hace referencia a esta propuesta (Figueroa 1990a) y ello se constata en la última encuesta nacional en la que se incorporó una sección de preguntas específicas para mujeres esterilizadas (Figueroa 1988a).

En dicha encuesta se encontró que el 70% de las mujeres que habían recurrido a la esterilización femenina se operó la semana siguiente al nacimiento del último hijo. Eso, sin considerar a las que se operaron en el transcurso del primer mes, ni las que

⁸ De acuerdo a los datos de la última encuesta nacional llevada a cabo en México, el 10.5% de las mujeres esterilizadas declaró que no volvería a operarse si tuvieran la oportunidad de volver a escoger, además de que entre mujeres de zonas rurales y mujeres sin escolaridad los porcentajes se incrementan a 15 y 26 por ciento, respectivamente (Figueroa 1988c).

se fueron operando durante el primer semestre posterior a su último alumbramiento. La lectura de estos datos puede darse desde diferentes ópticas: si se recurre a las propuestas de los manuales internacionales, se podría afirmar que hay elementos que están siendo descuidados en la prestación de servicios para esta población -la cual cada vez se incrementa más- y que el lado afectivo del apoyo de manejo de conflictos está siendo enormemente descuidado. La norma internacional habla de este período de un año precisamente para que la mujer se recupere y vea las condiciones de salud de su hijo; en la situación mexicana se está muy lejos de esta realidad. La lógica de intervenir en ese momento es porque una vez dada de alta después de un parto, es muy bajo el porcentaje de mujeres que regresará a la clínica o al hospital, por lo que "se aprovecha el momento"; por lo mismo, no es posible dar un apoyo post-parto especial por parte del prestador de servicios. Si se lee esta misma información bajo la óptica de las normas vigentes en las instituciones del Sector Salud, no habría mayor cosa que cuestionar a los prestadores de servicios en lo que a este componente se refiere, ya que estas especificaciones no aparecen en sus manuales.

¿Qué se puede aprender de los datos anteriores, qué se puede especular sobre la realidad anteriormente mostrada?; ¿será que las prioridades y los derechos de apoyo de información, de lo que algunos han dado en llamar consejería, no son tan relevantes para la población mexicana?, ¿será que en otros contextos en donde se prohíbe la esterilización femenina o incluso se ponen tiempos de

espera para consolidar la decisión de la mujer, tienen otra conceptualización de los derechos de la población?, ¿o simplemente no nos estamos metiendo en el terreno de los derechos, sino en criterios de eficiencia institucional, criterios prácticos de urgencias demográficas o algún otro componente? No podemos olvidar la definición de salud, sugerida por el organismo internacional encargado de la salud en términos de que "no es únicamente el estado de no enfermedad, sino el de un completo estado de bienestar físico, social y mental". Al parecer, en una lógica como la que está proponiéndose en la normatividad mexicana existe el riesgo de priorizar en exceso la salud desde el punto de vista biológico, y estar descuidando la salud mental y la salud social, afectada a partir del desajuste que puede provocar en la población el sentirse frustrada, arrepentida, descontextualizada, rechazada por su pareja, por haber recurrido a un método que le quita uno de sus ejes, quizá el principal desde el punto de vista de los valores sociales que le han sido asignados ancestralmente (independientemente de que uno esté de acuerdo o no)⁹.

3.1.4 Relación final con las condicionantes anteriores

Si el comportamiento reproductivo y la salud son dos dinamismos fundamentales que contribuyen a definir al ser humano como tal, si además las políticas actuales le han encargado a los prestadores de servicios el cuidado de una buena relación entre

⁹ El rechazo de su pareja es el problema personal más frecuentemente declarado por las mujeres después de la esterilización, además de que un 10% de ellas declara que su esposo no está satisfecho de que ella esté operada y un 2% incluso, que él no lo sabe (Figueroa 1988c).

ambos dinamismos y si a ello se le añade que el estado actual de la relación médico-población conlleva una buena carga de poder, no sería arriesgado afirmar que así como Illich(1987) habla de la "expropiación de la salud", por parte de los prestadores de servicios, uno tiende a pensar en el riesgo de la "expropiación de la reproducción" por parte de los programas institucionales (Figueroa 1991c). Si el personal de los servicios de salud está convencido de la necesidad de reducir las tasas de natalidad de la población y sus relaciones con las usuarias reflejan los habituales sentimientos de paternalismo y autoridad profesional hacia las clases inferiores, y los "ignorantes", y si a pesar de contar con manuales de normas y comités éticos que rigen y vigilan la prestación de servicios, parece existir una motivación superior a la norma -el criterio institucional para evaluar su rendimiento-, es probable que se tengan interpretaciones muy heterogéneas respecto al derecho de la mujer a decidir libre e informadamente sobre las diversas posibilidades reproductivas y anticonceptivas. Los datos nos muestran una relación altamente conflictiva entre población y prestadores de servicios.

3.2 Población-Prestadores de servicios-políticas de población

Al principio de la presente administración el Consejo Nacional de Población (CONAPO), coordinador de la política poblacional del país, propuso una modificación a las metas demográficas tratando de recuperar la experiencia obtenida de encuestas como la mencionada en 1987. Esta nueva propuesta contemplaba que en vez de llegar al 1.8% en 1988, que era evidente que no se había

podido lograr, esa meta se recorriera al final del presente sexenio, es decir para 1994, y por supuesto, esto iba a tener una serie de repercusiones en la meta que se había originalmente señalado para el año 2000. La reacción del Ejecutivo fue de rechazar esta estimación y argumentar que "si las instituciones del Sector Salud no habían cumplido con la parte que les correspondía en la administración pasada, no tenía por que dejarse de lado y reducir las expectativas que se consideraban como las más viables para el país"; se encargó de paso, de resaltar el pleno respeto a los derechos humanos.

Aquí procede incorporar en la interacción entre población y prestadores de servicios la percepción de los políticos de la población y de sus propuestas. Una de las reflexiones que surgen cuando uno se enfrenta a esta discordancia es preguntarse si los programas de planificación familiar no han tenido éxito o si las racionalidades que están manejando la población y dichos programas no son precisamente las mismas. La relevancia de lo que ello implica es aún mayor si consideramos que dichas metas demográficas definen el alcance de las metas de usuarios de los programas institucionales de planificación familiar y parte de sus criterios de evaluación.

A partir de la discusión anterior, se vuelve necesario discutir lo que implican las metas demográficas tanto en términos demográficos como de derechos humanos, más aún cuando el mismo CONAPO "ha rectificado" y nuevamente habla y reconoce la meta del 1% para el año 2000.

3.2.1 La posibilidad de llegar a una tasa del 1% para el año 2000

Según algunos investigadores (Aguirre 1986) resulta inalcanzable la meta de la política de población de México de reducir la tasa de crecimiento natural a 1% hacia el final de este siglo. Aguirre concluye que de alcanzarla "se producirían cambios dramáticos en la estructura por edad tanto si prevalecen las mismas condiciones de fecundidad y mortalidad como si se recupera el nivel de remplazo el próximo siglo, después de lograrse las metas".

Otro trabajo elaborado en el mismo CONAPO (1989) plantea que "de lograrse una tasa de crecimiento del 1% en el año 2000, es probable que a partir de los años sesenta del siglo XXI se lograría un crecimiento cero y la población ya no aumentaría, antes bien podría tener una ligera disminución de su monto total aunque girando alrededor de los 130 millones de personas. Para lograrlo habría que recorrer un período de cerca de 60 años sumamente traumático para la población a la que le tocara vivirlo, sobre todo para los que alcancen la vejez en su transcurso. Si bien en el corto plazo es probable que un fuerte descenso de la fecundidad se traduzca en liberación de recursos para cubrir otras necesidades, el fuerte desequilibrio que provocaría en la estructura por edad y sus repercusiones en lo económico, podrían revertir lo logrado en una primera etapa y aún agudizar la problemática existente". De esta forma -se concluye-, "el escenario propuesto en el Programa Nacional de Población, el cual conduce a una tasa de crecimiento demográfico de 1.5% en el año 2000 -modificación no aceptada por el Ejecutivo-, resulta ser la más adecuada para el

país, ya que permite sentar las bases **para una transformación** a la vez rápida y sin distorsiones, hacia una estructura y una dinámica de población más equilibrada en el próximo siglo".

Pareciera evidente un distanciamiento entre la lógica manejada por la política de población y la población y ello simplemente refiriendo el contexto demográfico; con cuánta más razón en el terreno de los derechos reproductivos! Puede observarse cómo se vuelve más complejo el papel de "intermediario" de los prestadores de servicios. Uno se cuestiona hasta dónde parte de los conflictos entre población y prestadores de servicios están condicionados por el tipo de relación que se establece entre prestadores de servicios y políticas de población.

3.2.2 Demanda insatisfecha

En la lógica de la interacción entre población y política de la población y la participación de los prestadores de servicios, vale la pena destacar un concepto que ha sido justificación para actividades de algunos programas de planificación familiar y que puede que no siempre corresponda con la lógica de la población, el de la "demanda insatisfecha". ¿Qué sucede cuando se entrevista a la población y una parte de ella declara que no desea tener más hijos y en otro momento nos contesta que no está haciendo nada para no tenerlos? (ver Urbina et.al. 1984 y Figueroa 1988b), pues lo que sucede es que esa parte de la población es una buena candidata para ser objeto de las campañas de promoción de los programas de planificación familiar e incluso, para argumentar la importancia y la necesidad de los mismos.

El esquema de razonamiento para definir el comportamiento anterior como demanda insatisfecha supone que frente a lo que uno dice que no quiere, se hace algo para evitarlo; ello es parte de la lógica de muchos organismos internacionales y se promueve en algunos programas institucionales. Sin embargo, la evidencia de la última encuesta nacional lo cuestiona ya que al preguntar a las mujeres por la "planeación" de sus embarazos más recientes el 50% de ellas nunca pensó si quería o no tener más hijos o cuándo los quería tener, y otro 14% no deseaba un hijo en ese momento y sin embargo no estaban haciendo algo para evitarlo. Solamente un 36% de los embarazos se podía clasificar sin problemas como "planeado" o no planeado (Figueroa 1988b)¹⁰. Lo que se quiere resaltar es el hecho de que el tipo de conceptualización que se hace de la lógica reproductiva por parte de la población no necesariamente coincide con algunos criterios de la política de población y de los prestadores de servicios, lo cual hace más delicada su interacción ya que si los últimos toman medidas incluso sin involucrar a la población, asumiendo que la han entendido, puede llegar a haber importantes conflictos a nivel de los derechos reproductivos de la población.

Son evidentes las contradicciones no necesariamente en la forma de pensar de la población, como pareciera en una primera

¹⁰ Los datos de una encuesta de seguimiento llevada a cabo en 1988, mostraron que de las mujeres que habían declarado que ya no deseaban tener más hijos, más del 10% se embarazó en el transcurso del año siguiente. Ello es más frecuente entre las mujeres que no estaban usando anticonceptivos, pero también ocurre entre la población que al momento de la primera entrevista declaró estar haciendo algo para no tener más hijos (Figueroa 1991b).

instancia, sino en la lógica y el lenguaje que parecen manejar las instancias involucradas al interactuar en estos procesos.

3.3 Prestadores de servicios-políticas de población

Sin querer ocultar lo delicado de la situación, es necesario reflexionar sobre el concepto de los **derechos de los prestadores de servicios**. ¿Qué sucede cuando algunos prestadores de servicios nos han llevado a manifestar que parte de sus acciones por convencer a las mujeres de usar cierto tipo de metodología anticonceptiva, o incluso de decidir por ellas, es consecuencia de las políticas institucionales, las cuales llegan a erigirse como criterios de evaluación de sus propias actividades? Uno se pregunta hasta dónde llega su nivel de responsabilidad en las acciones que están llevando a cabo. ¿Qué sucede cuando algunos de ellos nos han mencionado que la lógica de los criterios de evaluación institucional les dificultan a ellos mismos el tomar decisiones libres, responsables e informadas en su quehacer profesional?

La mentalidad que rige actualmente en las instituciones del Sector Salud se ha ido haciendo cada vez más compleja, hay una mezcla de inquietud, conciencia y paranoia demográfica, combinada con una justificación en términos de salud. Llega un momento en que no se alcanza a distinguir la propuesta que rige y qué priorizan los prestadores de servicios. No acaba de quedar claro cuál es el propósito que se está buscando al promover cierto tipo de uso de métodos anticonceptivos, sobre todo cuando estamos hablando de prestadores de servicios que trabajan en instituciones de salud, pero a los que se les ubica como los principales

corresponsables de las políticas demográficas.

4. Elementos para enfrentar los posibles conflictos

4.1 Evidenciar relaciones desiguales

Los datos de varias investigaciones que hemos llevado a cabo nos muestran que las relaciones entre prestadores de servicios y la población se dan desde un plano de desigualdad y basadas en una cierta dependencia, lo cual genera relaciones enajenadas. Consideramos que entre más numerosas son las relaciones interpersonales basadas en una libre igualdad tanto más humanizada está una sociedad; sin embargo, para ello se requiere de un proceso integrado en que simultáneamente la sociedad y los individuos vayan adquiriendo cierta autoconciencia que permita la búsqueda en su misma esencia de relaciones libres entre iguales⁽¹¹⁾. Por ello, se propone como una primera forma de enfrentar los posibles conflictos en estos temas el no cansarse de evidenciar las relaciones desiguales en el acceso a los derechos.

4.2 Documentar conflictos

Algunos de los componentes que pueden dar lugar a conflictos importantes en los derechos humanos ligados con la reproducción, se ubican en la forma en que se implementan las políticas de población, a través de los programas de planificación familiar. ¿Qué sucede cuando dos personas o dos instancias se relacionan con la reproducción de la población y esas instancias tienen

¹¹ Los derechos a los que no se puede acceder desigualmente a los individuos en perjuicio de los discapacitados. Las libertades formales deben transformarse en libertades reales, para que la libertad no quede subordinada en favor de algunos, sino que circule para toda la sociedad.

expectativas diferentes y lógicas muy distintas respecto al dinamismo reproductivo?; ¿qué sucede cuando existe una tradición de un Estado que ha fomentado las decisiones para la población a través de sus prestadores de servicios y a los cuales les ha inculcado la lógica de que por el bien de la población es necesario que reduzcan su número de hijos aún cuando no siempre estén totalmente convencidos?; ¿qué sucede cuando existe cierta prisa en alcanzar algunos niveles de fecundidad y que los ritmos de la población y de la política no siempre van en el mismo tenor?. Se identificaron elementos que dan lugar al surgimiento de conflictos y estos son más evidentes cuando una de las partes no tiene todos los elementos para defender sus espacios; o cuando no se sabe dueña o con acceso a cierto tipo de derechos.

Una de las formas de enfrentarse a los conflictos es documentarlos sistemáticamente, detectarlos y señalarlos. Para ello es importante recurrir a las definiciones que se van construyendo con la práctica en este campo de los Derechos Humanos. Es necesario reconstruir el significado de ser persona, de tener un derecho humano a diferencia de la concesión, de involucrarse en la defensa de los propios derechos, el de relacionarse con la población como un mayor de edad, el de poder discutir con ellos los planes gubernamentales y de aprender a partir de esa discusión, el del auténtico significado de la democracia llevada al campo de la reproducción.

4.3 Promover un análisis semiótico-demográfico

Se habla en diferentes disciplinas sociales de las intenciones,

de los fines y de los medios a los que se recurre para alcanzar los propósitos que se tienen para un acto; ¿qué sucede cuando un político de población o un prestador de servicios decide por el bien de la población, a pesar de que al parecer atenta contra sus más elementales derechos humanos, y en particular, reproductivos, argumentando la búsqueda de un bien mayor? Habría que discutir con más detalle su significado ya que este tipo de conceptos puede ser fácilmente manipulado si no se precisan sus contenidos. Un análisis semiótico de los conceptos reproducción, derechos humanos y planificación familiar, sería muy pertinente para poner en evidencia algunas posibles fuentes de conflicto y hacer una serie de reflexiones sobre la forma de trabajarlos.

4.4 Socializar el conocimiento

Es evidente la urgencia de socializar el conocimiento y abrir el campo de estudio de la reproducción a todas las disciplinas, y sobre todo acostumbrar a la población a discutir el tema. Debe asegurarse que la población se sepa dueña de derechos por el hecho de ser personas y no por concesión de otros, y que por ello tiene la responsabilidad de trabajar en la defensa de los mismos. En la medida en que los involucrados en los conflictos tengan mejor conocimiento de los mismos, serán más fáciles de manejar. Este concepto es poco trabajado, pero debía uno empezar a desarrollarlo incorporando opiniones de diferentes disciplinas, de grupos de mujeres, de políticos de población y de prestadores de servicios.

4.5 Promover la conciencia de los derechos

Una de las grandes ironías de la cotidianidad es que el tipo de

grupo social al que uno pertenece se asocia a que unos perciben o no ciertos derechos y que ello define el tipo de acciones que se toman ante estos grupos sociales (Figueroa 1989). En este sentido, debe insistirse en el concepto de responsabilidad, y no en términos de lo que las parejas o mujeres deben hacer en las cuestiones ligadas a la reproducción, sino sobre todo en aquello que la población debe defender de sus propios espacios. La población debe saber cuáles son sus derechos y exigirlos, ya que al ignorarlos tienen un cierto grado de responsabilidad en los atentados que se hacen contra los mismos. Por ello, es necesario promover entre la población la conciencia, la búsqueda y la defensa de sus derechos reproductivos.

4.6 Promover la necesidad de la investigación multidisciplinaria en el campo de la reproducción y la planificación familiar, en general y de los derechos reproductivos, en particular

¿En dónde intervienen dentro de esta serie de reflexiones los los investigadores de los fenómenos reproductivos?; entran como sujetos activos que están estudiando parte del contexto que conforma la realidad demográfica de la población mexicana. Si reconocemos que el conocimiento tiene como objetivo sistematizar críticamente el entorno que nos rodea, el papel de los investigadores es evidente; sin embargo, la asociación que se ha hecho tradicionalmente de los programas de planificación familiar con los intereses de organismos internacionales, ha generado que se tienda a menospreciar la investigación en este tema y que parte de los análisis trabajados se limiten a puntualizar las

contradicciones que se generan en los programas y poco se trabaja a nivel de la forma en que la población realmente está tomando conciencia de su reproducción y está actuando en consecuencia. No estamos sugiriendo ni demandamos una racionalidad absoluta por parte de la población respecto a su proceso reproductivo, pero sí un cierto nivel de toma de distancia respecto a sus propias acciones, con la posibilidad de transformarlas y de intervenir en el proceso histórico al cual pertenece. No se trata simplemente de tener más opciones sino una más profunda, amplia y esclarecida comprensión de su propio ser como proyecto histórico concreto (Dussel 1973).

Son pocos los trabajos que se han hecho para tratar de valorar o para tratar de analizar la concientización reproductiva de la población; cuando hablamos de concientización no es en el sentido de qué tan responsable es la población de su reproducción en términos del número de hijos que tiene; sino qué tanto se siente dueña de su proceso reproductivo como un algo en el que "haga lo que haga", asume como tal las consecuencias⁽¹²⁾. No existen estos esquemas de investigación, o bien porque se acepta que el Gobierno debe seguir rigiendo la política de población o bien porque es ahí donde pueden aparecer nuevamente importantes

¹² Un primer ejercicio para acercarse a este tema, con las limitantes de usar un cuestionario estructurado, lo representa un proyecto sobre educación reproductiva y anticoncepción quirúrgica (Figueroa 1990b). En él se propone el concepto de educación reproductiva en términos de capacidad crítica y de autodeterminación sobre la reproducción, además de indagar la forma en que la población ha interiorizado el proceso reproductivo a su cosmovisión.

conflictos entre los intereses de las diferentes instancias relacionadas con la política de población.

Referencias bibliográficas

Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica. Oclusión tubaria bilateral. Temas de Planificación Familiar. Guía Didáctica. (Editor Jorge Martínez Manautou). México, 1986a.

Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica. Vasectomía. Temas de Planificación Familiar. Guía Didáctica. (Editor Jorge Martínez Manautou). México, 1986b.

Aguirre, A. Tasa de crecimiento poblacional de 1% en el año 2000: una meta inalcanzable. El Colegio de México, 1986.

Bronfman, M., E. López y R. Tuirán. Práctica anticonceptiva y clases sociales en México: la experiencia reciente. Estudios Demográficos y Urbanos. Vol.1. Mayo-Agosto 1986. pp. 165-204.

Consejo Nacional de Población. Política Demográfica (Nacional y regional). 1978-1982. (s/f).

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

Coordinación del Plan Nacional de Planificación Familiar (CPNPF). Plan Nacional de Planificación Familiar. 1977.

Coordinación General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Evaluación del Programa Nacional de Planificación Familiar 1977-1982. 1982.

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

Dirección General de Planificación Familiar. Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud. Informe Final. SSA y el Institute for Resource Development 1989.

Figueroa P., J.G. Características del Diseño Conceptual de la ENFES en DGPF. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987. Memoria de la Reunión celebrada el 18 de febrero de 1988. México, 1988a. pp. 1-24.

Figueroa Perea, J.G. "Preferencias sobre Fecundidad". Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud. Memoria de la Reunión del 30 de septiembre de 1988. D.G.P.F. Secretaría de Salud. México, 1988b. (págs. 93 a 132).

- Figueroa P., J.G. Características de la aceptación de métodos quirúrgicos. en DGPF. Secretaría de Salud. Memoria de la reunión celebrada el 30 de septiembre de 1988. México, 1988c. pp.151-192.
- Figueroa P., J.G. Reflexiones poco demográficas sobre un componente de la dinámica demográfica Comentario al tema de Fecundidad en el Seminario de presentación de resultados del Proyecto "Grupos Sociales y Reproducción en México", llevado a cabo en El Colegio de México. 7 de septiembre de 1989.
- Figueroa P., J.G. Anticoncepción Quirúrgica, educación y elección anticonceptiva. Trabajo presentado en la Cuarta Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. México, 1990a.
- Figueroa P., J.G. Educación reproductiva y anticoncepción quirúrgica en México. Presentado a la Fundación Carlos Chagas como parte de un Programa Latinoamericano de Investigación en Derechos Reproductivos. Brasil 1990b.
- Figueroa P., J.G., Y. Palma y R. Aparicio. Toward an understanding of contraceptive use dynamics in Mexico. Organización Mundial de la Salud 1991a. (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. 1991b.
- Figueroa P., J.G. Comportamiento Reproductivo y Salud: Reflexiones a partir de la prestación de servicios. Salud Pública de México, Nov-Dic 1991c. Vol. 33 No.6.
- Illich, I. Némesis Médica. (La expropiación de la salud). Ed. Joaquín Mortiz. México, 1987.
- Miró, C. "Los Derechos Humanos y las Políticas de Población". en Segunda Reunión Nacional de Investigación Demográfica. CONACYT, 1982. pp. 779-783.
- Savater. La ética como amor propio. México, 1990.
- Truyol y Serra, Antonio. Los Derechos Humanos, MADRID 1968.
- Tuirán, R. Sociedad Disciplinaria, Resistencia y Anticoncepción. en DGPF. Secretaría de Salud. Memoria de la Reunión sobre Avances y Perspectivas de la Investigación Social en Planificación Familiar en México. México, 1988. pp. 45-58.
- Urbina M, Palma Y, Figueroa J, Castro P. Fecundidad, anticoncepción y Planificación Familiar en México. Comercio Exterior 1984; 34, 7: 647-666.