

**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA**

*Casa abierta al tiempo*

**U N I D A D I Z T A P A L A P A**

**DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA**

**SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MEXICO**

**TESINA QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN SOCIOLOGIA**

**PRESENTA:**

**TOMASA ROJO MORAN**

**Asesor: Mtro. SERVANDO GUTIERREZ RAMIREZ**

**MEXICO, D.F.**

**Diciembre 2004**

# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

---

UNIDAD IZTAPALAPA

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA



Casa abierta al tiempo

## SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR EN MEXICO

**T E S I S A**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**LICENCIADA EN SOCIOLOGIA**

**P R E S E N T A :**

**TOMASA ROJO MORAN**

ASESOR: MTRO. SERVANDO CUTIERRIZ RAMIREZ

MEXICO, D.F.



DICIEMBRE 2004

## SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MÉXICO

Introducción.....	3
1. Antecedentes.....	4
1.1 Evolución demográfica de México siglo XX y XXI.....	6
1.2 La planificación familiar y reducción poblacional .....	14
1.3 Aportaciones de las conferencias internacionales sobre salud reproductiva.....	14
2. Salud reproductiva en México.....	21
2.1 Salud sexual y reproductiva.....	21
2.2 Evolución de la planificación familiar.....	23
2.3 La anticoncepción moderna en México.....	24
2.4 Riesgos y beneficios de la anticoncepción moderna en México.....	31
2.5 Consentimiento informado y uso de métodos anticonceptivos modernos.....	35
3. Derechos sexuales y reproducción en México.....	37
3.1 Marco jurídico de los derechos reproductivos.....	43
3.2 Derechos reproductivos y género.....	48
4. La maternidad sin riesgos y la salud reproductiva.....	52
4.1 Maternidad sin riesgo.....	56
4.2 Derecho a la maternidad sin riesgos.....	67
5. Estudio de Caso “salud reproductiva y factores de riesgo”.....	72
6. Conclusiones Generales.....	76

### B i b l i o g r a f í a

## INTRODUCCION

La salud individual y colectiva es un proceso dinámico que resulta de la compleja e intrincada relación entre una base biológica y factores socioeconómicos, culturales, psicológicos y conductuales que influyen sobre ella y la modifican.

Las razones que subyacen a esta vulnerabilidad diferencial son las características biológicas, que vuelven a ciertos individuos que se encuentran en determinadas etapas de la vida, particularmente susceptibles a circunstancias del entorno. En el caso de las mujeres, a los riesgos inherentes a la reproducción que suman la discriminación y falta de acceso a servicios de atención a la salud de buena calidad, que con frecuencia enfrentan.

En este trabajo se exploran los efectos que las diferencias por género, pudieran tener sobre la salud de la mujer a lo largo del ciclo vital. La importancia de las diferencias socioeconómicas sobre los procesos que subyacen al estado de salud de la mujer, me impulsó a revisar, al mismo tiempo las distinciones que éstas establecen en términos de la salud reproductiva en México.

La desigualdad social de la mujer es particularmente acentuada en contextos donde prevalece la pobreza. Sin embargo, en todos los países y en cualquier estrato social, las mujeres tienen mejor control sobre las actividades productivas y trabajan un número mayor de horas que los hombres; además, enfrentan una discriminación global y sistemática que incluye los cuidados familiares, la educación, el acceso a los alimentos y a los servicios de salud.

El presente trabajo busca un marco teórico, en el que se estructure la condición actual de la salud reproductiva y el conocimiento informado de ella a través de instituciones de salud, organizaciones no gubernamentales, etc. Se expone una muestra significativa de un estudio de caso en el último capítulo.

## **SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MÉXICO**

### **1. ANTECEDENTES**

La salud individual y colectiva es un proceso dinámico que resulta de la compleja e intrincada relación entre una base biológica y factores socioeconómicos, culturales, psicológicos y conductuales, que influyen sobre ella y la modifican. Si bien son múltiples las causas que determinan la salud, enfermedad y muerte en todas las etapas del ciclo vital, el peso de los factores no se distribuye de manera uniforme en todos los individuos ni a lo largo de la existencia. Así, los niños y las mujeres suelen ser más vulnerables que los hombres adultos, y los grupos que padecen condiciones de vida desfavorables enfrentan mayores riesgos que los que gozan de un buen nivel socioeconómico. (Langer y Lozano 1998, p.33-82)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el gobierno de México definen la salud reproductiva como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos. (OMS 2000)

A partir de una definición muy general, la planificación familiar (PF) es el conjunto de acciones que una persona lleva a cabo para determinar el tamaño y la estructura de su familia, el conjunto de decisiones que toma y las prácticas que realiza en torno a su reproducción. (Palma & Rivera, 1996. Pp. 153-177)

La salud de la mujer es una síntesis de la biología propia de su sexo y del lugar que la sociedad le asigna en un determinado contexto histórico y cultural. Ambos determinantes se integran en el concepto de género, que no sólo se refiere al sexo biológico, sino también a la amplia gama de conductas, expectativas y roles atribuidos a hombres y mujeres por las estructuras sociales. (Rathgeber, y Vlassof 1992 p.53)

Los condicionantes biológicos corresponden a la anatomía y a la fisiología de la mujer; en otras palabras, a la presencia de órganos y tejidos únicos y diferentes a los del sexo masculino, y a las funciones relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Por su parte, los condicionantes sociales y culturales se relacionan con las oportunidades de la mujer de

acceder a la educación, la alimentación y los servicios de salud, a la aportación monetaria de la mujer al ingreso familiar, a su carga de trabajo, y al poder de decisión en la familia y la sociedad.

El enfoque de la salud reproductiva imprime un alto valor al derecho de toda persona a regular su fecundidad en forma segura y efectiva, a cursar un embarazo y parto sin riesgos, a tener y criar hijos saludables; a comprender y disfrutar su propia sexualidad; y a permanecer libre de enfermedad, incapacidad o muerte asociadas con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción. (Poder Ejecutivo Federal, 1995, p.29.)

De la misma manera, el enfoque de la salud reproductiva ha hecho evidente la existencia de complejos vínculos entre la reproducción, la salud y la sexualidad de los individuos, y recupera aspectos previamente abordados de manera independiente, como son la planificación familiar y la salud materno-infantil, la atención del cáncer de mama y cérvico uterino, la infertilidad y las enfermedades de transmisión sexual. Igualmente, este enfoque pone de manifiesto que la salud reproductiva está estrechamente vinculada con la capacidad de la persona para ejercer sus derechos reproductivos, lo que conlleva a considerar los factores del contexto económico, político, cultural e institucional que inciden en el ejercicio de los mismos.

En el ámbito de la sexualidad y la reproducción, las desigualdades sociales y de género determinan en gran medida las condiciones, el poder y los recursos de que disponen las personas para ejercer su libertad sexual; utilizar los medios que les permitan prevenir embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual; tener acceso y demandar servicios de salud de calidad con oportunidad; y disponer, comprender y utilizar la información relativa al cuidado de la salud.

A continuación se describen las tendencias recientes y la situación actual de los principales indicadores que pueden ser construidos con información proveniente de las encuestas sociodemográficas más recientes y de representación estatal y de las estadísticas vitales. Con el objeto de disponer de elementos que permitan evaluar el grado de rezago que

presentan los grupos sociales más marginados, se analizan los principales indicadores de la salud reproductiva de acuerdo con la entidad federativa y el lugar de residencia de las mujeres (rurales o urbanas), su nivel de escolaridad y su condición de habla de lengua indígena. Estas variables aluden a los contextos económicos, sociales y culturales que inciden en el ejercicio de los derechos y en el despliegue de las capacidades individuales de las personas.

Cabe destacar que México ha experimentado un acelerado proceso de urbanización a lo largo del presente siglo. En 1995, casi 74 por ciento de la población residía en localidades de más de 2 500 habitantes; sin embargo, de las 201 138 localidades censadas en el país, 91.8 por ciento contaba con menos de 500 habitantes y en ellas residía 11.6 por ciento de la población. (INEGI, 1995).

El interés por la salud de la mujer es relativamente reciente. Como hitos a nivel internacional, es importante destacar el reconocimiento de las Naciones Unidas del inicio de la década de la mujer a partir del año de 1976 y la Iniciativa para una Maternidad Sin Riesgos que fue lanzada en 1987 (Starrs, 1987).

### **1.1.-EVOLUCIÓN DEMOGRAFICA DE MÉXICO SIGLO XX Y XXI**

La demografía de nuestro país ha experimentado una serie de cambios en su composición, volumen y desarrollo a lo largo de su historia. Estos cambios han sido inducidos por la evolución del entorno económico principalmente.

Es así que el actual apartado abordará la evolución geográfica de México relacionándola con el entorno histórico-económico con el objetivo de poder plantear una proyección para el futuro en materia de población.

No se conocen cifras exactas sobre población indígena en el actual territorio mexicano antes de la llegada de los conquistadores españoles, y las estimaciones realizadas ofrecen

conclusiones muy variadas, que oscilan entre los 4,5 y los 25 millones de pobladores. Lo cierto es que a partir de la llegada de los europeos, esta población indígena empezó a disminuir de forma extraordinariamente rápida a causa de las luchas contra los colonizadores, las nuevas enfermedades venidas de Europa y los trabajos en las minas. (Bonfil Batalla, 1989.)

La llegada de los europeos inició un lento y constante proceso de mestizaje que no supuso, sin embargo, una recuperación demográfica hasta el s. XVIII. Así, México llegó a su independencia con una población de poco más de cinco millones de habitantes, cifra que duplicó en los 80 años siguientes.(LIRA Y MURO, 2002). Durante esos años fue forjándose una sociedad mexicana en la que la diferenciación de clases sociales iba emparejada a factores étnicos, e incluso determinó diferenciaciones regionales: el dominio político, económico y cultural va siendo copado por una minoría criolla cada vez más americanizada que europeizada; la mayoría de población mestiza ocupa las crecientes zonas urbanas del país; los indígenas quedan relegados a las zonas rurales de la región central, mientras que la población negra (*pardos*), llevados de África como esclavos en la época colonial, se concentra en las franjas costeras. (Price, 1973)

El comienzo de la concentración poblacional en la zona central del país explica que la pérdida de una gran extensión territorial en 1848 frente a los E.U.A. no significara una gran disminución demográfica. De esta manera, a fines del s. XIX México inicia su expansión demográfica, todavía con altos índices de natalidad y mortalidad, y con tasas de crecimiento anual de entre el 1 y el 1,5 %. El país alcanzó los 15 millones de habitantes en 1950. Durante los años de la Revolución se retorna a una etapa regresiva, con la pérdida de más de 700 000 habitantes entre 1910 y 1915 debido a las muertes en la guerra y la emigración, temporal o definitiva, hacia E.U.A.(Registro Enciclopédico Vox, 2001).

Las décadas posteriores a la Revolución fueron de amplio desarrollo económico y social, modernización del país, mejoras en la salud pública, en higiene, alimentación y sanidad, construcción de infraestructuras sanitarias, aumento del nivel de vida y cultural de la población. Todo ello permitió una auténtica revolución demográfica apoyada por una



política poblacional orientada a impulsar el crecimiento, fomentando la natalidad e intentando reducir la mortalidad. México inició 1940 con 20 millones de habitantes, que fueron 26 millones diez años después, y 52 millones en 1970. A lo largo de estas tres décadas se alcanzó un crecimiento de un 3 % de media anual, que sólo empezó a reducirse a partir de los años 80 con políticas antinatalistas, para llegarse a unos índices de crecimiento anual en la actualidad alrededor del 2 %. Las tasas de natalidad han ido disminuyendo progresivamente desde un 49% en el período 1930-40 a un 35 % en los años 70, que en la actualidad se ha reducido al 30%, mientras que la mortalidad disminuyó radicalmente del 16 en 1950 a un 5,8 % en la década de los 80, con una fuerte disminución de la mortalidad infantil. Así pues, tras décadas de acelerado crecimiento la dinámica demográfica actual tiende a una estabilización, aunque ésta se prevé muy lenta dado que la estructura poblacional mexicana mantiene hoy un altísimo contingente de población joven, menores de 15 años aproximadamente una tercera parte del total. (CONAPO 2003).

La esperanza de vida de la población, que en 1940 era de tan sólo 41,5 años, ha alcanzado en la actualidad los 69 años. Otro fenómeno de gran importancia en la dinámica demográfica del país es el de las migraciones: el rápido crecimiento poblacional, sin un desarrollo económico paralelo y con la formación de grandes desigualdades económicas territoriales, ha desarrollado importantes desplazamientos internos de población, tendiéndose a las grandes concentraciones y la despoblación de amplias zonas. Pero, sin duda, los más destacables y conocidos movimientos poblacionales son los de emigrantes hacia E.U.A., la mayor parte ilegales que pasan a E.U.A. en busca de trabajo. La densidad poblacional media del país es de poco más de 40 h/km<sup>2</sup>, pero ello es un dato muy poco significativo dada la irregular distribución de la población y los grandes desequilibrios regionales. Mientras diez estados no alcanzan ni tan sólo la mitad de la densidad media, sobre todo en el Norte, donde un 60 % del territorio mexicano únicamente acoge poco más de un 25 % de la población, en cambio la zona central del país (un 14 % de la superficie total) aglutina a más de la mitad de los mexicanos. La capital y el estado de México agrupan a 1/4 de la población (19,5 millones) en un 1,2 % del territorio. (CONAPO 2000).

El índice de urbanización alcanza en México el 70 %. La red urbana es extensa y bastante equilibrada (Ciudad de México), pero se encuentra muy desestructurada, sin la existencia de buenos ejes viarios que ayuden a activar un tejido económico bien interrelacionado. Ya desde muchos siglos antes de la conquista española, la gran zona central del país era el área más poblada por las culturas prehispánicas. A partir del s. XIV Tenochtitlan, situada donde hoy se extiende la Ciudad de México, se convirtió en la capital azteca. Tras la llegada de los españoles, las ciudades mexicanas basaron su desarrollo en la actividad comercial y administrativa (como la propia capital), formándose unos ejes de actividad económica en la zona central, con la Ciudad de México como pivote, destacando como vía principal la que unía la capital con el puerto de Veracruz. Estas primeras rutas comerciales interiores fueron impulsando el crecimiento de otras ciudades como Puebla, Guadalajara o Monterrey, junto a los núcleos nacidos de las explotaciones mineras de los españoles (Guanajuato, Zacatecas, Pachuca, etc.).

No fue hasta el s. XIX cuando la expansión de la actividad económica permitió el desarrollo de otros puertos comerciales en el golfo (Matamoros y Tampico) y en el Pacífico (Acapulco, Mazatlán, Manzanillo o Guaymas). A partir de los años 50 del presente siglo esta estructura urbana se refuerza con una fuerte inmigración rural, que provoca un crecimiento acelerado de las ciudades.

La población urbana superó a la rural a partir de 1960. Pero, a su vez, las transformaciones en la economía tradicional van abriendo nuevos centros de desarrollo y dejando muchos de los viejos ejes comerciales en fuerte decadencia. Los más claros ejemplos de ellos se dan en el Norte del país: un cordón de ciudades limítrofes con E.U.A., que se distribuyen a lo largo del río Bravo y de toda la línea fronteriza, han experimentado un fuerte y rápido crecimiento ligado fundamentalmente al comercio y turismo fronterizo y, sobre todo, a la industria maquiladora (empresas estadounidenses que instalan plantas industriales de carácter provisional en estos puntos fronterizos del lado mexicano). La mayoría de estas ciudades han crecido a causa de haber establecido una interrelación con las ciudades estadounidenses más próximas: Tijuana-San Diego, Mexicali-Caléxico, Ciudad Juárez-El Paso, Nuevo Laredo-Laredo o Matamoros-Brownsville (Registro Enciclopédico Vox; 2001). Otro sector que ha experimentado un desarrollo económico fundamentalmente

desligado del conjunto del país y orientado hacia el exterior es el área petrolífera de Tamaulipas, Tampico-Ciudad Madero y, en general, todo el arco del litoral del golfo. En conjunto, todo este crecimiento de la parte Norte del país ha facilitado la expansión de Monterrey como segundo polo industrial y tercera ciudad de México. (INEGI 2001). También en la parte meridional de la costa del Atlántico han crecido numerosos núcleos a partir de la extracción de petróleo, desde Poza Rica de Hidalgo pasando por Veracruz, hasta el estado de Tabasco. Ya en la península de Yucatán, en su momento centro principal de la cultura maya con ciudades como Chichén Itzá, Uxmal o Mayapán, existen hoy pocas ciudades destacables.

Únicamente el turismo internacional ha sustentado el crecimiento de núcleos como Mérida, Campeche, Chetumal o Cancún. En el Pacífico sur, en cambio, ciudades de relativa importancia como la propia Acapulco, Oaxaca de Juárez o Tuxtla Gutiérrez, sí mantienen una dependencia directa con la capital y apenas ejercen las funciones de lugar central que les corresponderían en una jerarquización urbana bien estructurada.

Por lo que respecta a toda la franja central del país, es, lógicamente, la más polarizada en torno a Ciudad de México, especialmente el sector oriental, donde el crecimiento moderno de ciudades como Puebla, Cuernavaca, Toluca y otras del área metropolitana de México, responde esencialmente a una descongestión industrial del núcleo central metropolitano.

En la actualidad, la Ciudad de México acoge a más del 30 % de la población activa del país, una tercera parte de la industria y es el centro de toda la actividad comercial y financiera de México.

En la parte centro-occidental, la descentralización productiva ha beneficiado a núcleos como Salamanca y Tula, pero en muchas de las ciudades importantes su desarrollo es anterior. Se trata de la zona más tradicionalmente poblada y urbanizada del país, de mayor riqueza tanto agrícola como industrial, con muchos de los antiguos centros mineros hoy en decadencia, y con la segunda ciudad de México, Guadalajara, un activo y diversificado polo industrial.(CONAPO 2003). Nuestro país ha seguido los derroteros de la población mundial. Las máximas tasas de crecimiento, por arriba del 3% anual, se registraron entre

1960 y 1970. Si bien el número de mexicanos no ha dejado de crecer, la velocidad con la que lo hace se ha reducido sustancialmente desde entonces (INEGI 2000). La causa fundamental de este cambio ha sido la reducción en la natalidad. (CONAPO 2003); de otra manera la población del país sería un 52% superior a su número actual. Además, la esperanza de vida de los mexicanos se ha incrementado para alcanzar hoy un promedio de 75 años. (CONAPO, 2002). En otras palabras, México ha entrado francamente en un proceso de transición demográfica, y se espera que hacia 2040 la población alcance su máximo histórico para después empezar a declinar.

La transición demográfica alude al tránsito de un régimen caracterizado por niveles de mortalidad y fecundidad elevados y sin control hacia otro de niveles bajos y controlados. México se encuentra actualmente en una fase avanzada de este proceso, después de experimentar, durante todo el siglo XX, mutaciones demográficas inéditas. (Ibidem).

Así, el país atravesó durante ese periodo por ciclos de despegue y de intenso crecimiento poblacional y, más recientemente, de marcada desaceleración del mismo. En esta secuencia de ciclos, la población mexicana ingresó al nuevo milenio con una tasa de crecimiento natural semejante a la observada 70 años atrás, aunque con un tamaño seis veces mayor. Se estima que el país cuenta en la actualidad con casi 101 millones de habitantes. La mortalidad, la fecundidad y la tasa de crecimiento se encuentran en franco descenso desde hace más de treinta años y la población mexicana se dirige poco a poco hacia la última etapa de la transición demográfica.

Se estima, además, que durante 2001, nacieron 2.13 millones de habitantes y fallecieron cerca de 430 mil, lo que implica un incremento anual de 1.70 millones de personas y una tasa anual de crecimiento natural de 1.68 por ciento. (Ibidem). El saldo neto migratorio internacional de nuestro país es negativo y asciende actualmente a poco más de 300 mil personas por año. Si se descuenta este efectivo del crecimiento natural, el incremento neto disminuye a menos de 1.4 millones de individuos y la tasa se reduce a 1.38 por ciento anual.

La disminución de la tasa de crecimiento natural ha sido muy significativa. Basta señalar que en 1964 cuando presumiblemente alcanzó su máximo histórico ascendía a 3.48 por ciento. De haber prevalecido la tasa de crecimiento de hace 37 años, la población del país, que ascendía a 41.7 millones en aquel entonces, se habría duplicado en 20 años, es decir, en 1984, cuando en realidad por el continuo descenso del ritmo de crecimiento este suceso tuvo lugar seis años después (83.8 millones en 1990).

En contraste, la tasa actual implica que la población tiene el potencial para duplicar su tamaño en los próximos 41 años; no obstante, debido a que se espera que continúe el descenso en el largo plazo, se prevé que no habrá una nueva duplicación del volumen de la población, al menos durante el presente siglo de la población.

## **1.2.- LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LA REDUCCIÓN POBLACIONAL**

Las políticas de población se definen como “un sistema de programas integrados que es elaborado e implantado por una entidad con poder de decisión y de ejecución en este terreno, con el fin explícito de orientar o modificar el movimiento de la población en un sentido determinado” (Hubert Gerard, 1986, p. 397)

La planificación familiar reduce la mortalidad materna y mejora la salud de las mujeres, ya que previene los embarazos no deseados y los de alto riesgo, disminuyendo así la práctica de abortos realizados en condiciones de riesgo. El uso de anticonceptivos por parte de hombres y mujeres ayuda a las familias a espaciar los nacimientos, prevenir los embarazos no deseados y, en caso del uso sistemático del condón, sirve para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual, entre las que se incluye el VIH. Si son administrados y usados de manera apropiada, los anticonceptivos que actualmente se encuentran disponibles son seguros y efectivos para la gran mayoría de los usuarios.

Las políticas gubernamentales de población pretenden alcanzar objetivos de desarrollo y bienestar aplicando medidas que, directa o indirectamente, inciden sobre procesos demográficos como la fertilidad y la migración. Como ejemplos cabe citar el

establecimiento de la edad mínima reglamentaria para contraer matrimonio, los programas de divulgación de uso de anticonceptivos y los controles de migración. Cuando estas políticas se adoptan por razones distintas a las demográficas reciben el nombre de políticas implícitas.

“La política de población en México ha sido siempre resultado de la apreciación que en cada momento histórico ha tenido acerca de la situación importante en el país. En algunos periodos esta política no se ha hecho explícita, lo que no quiere decir que no existiera, y frecuentemente se ha derivado de otras políticas económicas, sociales, culturales, con enorme influencia en los procesos demográficos” (J. Guzmán, p 302).

La evolución demográfica está directamente relacionada con las políticas públicas de desarrollo. La demografía es un área interdisciplinaria que abarca disciplinas como matemáticas, estadística, biología, medicina, sociología, economía, historia, geografía y antropología.

La demografía tiene una historia relativamente corta. Nació con la publicación en 1798 del *Ensayo sobre el principio de la población*, del economista británico Thomas Robert Malthus. En su obra, Malthus advertía de la tendencia constante al crecimiento de la población humana por encima de la producción de alimentos, e indicó las diferentes formas en que podría ralentizarse este crecimiento. Diferenciaba entre frenos positivos (guerra, hambre y enfermedad) y frenos preventivos (abstinencia y anticoncepción).

El uso cada vez más generalizado de los registros parroquiales y civiles con datos relativos a natalidad y mortalidad, y de los censos (a partir del siglo XIX) con referencias al tamaño y composición de la población ha permitido el desarrollo de la demografía. En México, en el siglo XX, se presentan dos grandes momentos demográficos y de poblamiento.

El primero se refiere a la necesidad del país de poblarse. Este periodo comprende de 1900 a 1970, setenta años en los cuales las políticas de población en México tienen como objetivo aumentar la densidad demográfica. La segunda etapa demográfica se inicia en 1970 y continúa actualmente. Este periodo está caracterizado por sus políticas tendientes a lograr una drástica reducción poblacional en el corto y largo plazo.

### **1.3 APORTACIONES DE LAS CONFERENCIAS INTERNACIONALES SOBRE SALUD REPRODUCTIVA.**

Desde la década de los setenta, se han llevado a cabo en diferentes partes del planeta Conferencias Internacionales Sobre la Mujer, éstas han sido: en México en 1975, en Copenhague, en 1980 en Nairobi en 1985 y la realizada en 1995 en Pekín donde se evaluaron y propusieron las estrategias a seguir en favor de la mujer. Los temas tratados fueron: pobreza, educación, salud, violencia contra la mujer, derechos humanos, conflictos armados, participación de la mujer, medios de comunicación, medio ambiente y todos aquellos aspectos que tienen relación con la protección y el desarrollo de la niña. En el marco de estas reuniones, cabe señalar la importante participación de las ONG's con propuestas para impulsar y darle seguimiento a las estrategias plateadas sobre los derechos de las mujeres.

Otras reuniones que son importantes en cuanto a los contenidos tratados en favor de la mujer y los derechos reproductivos son: La Conferencia Internacional de Viena sobre Derechos Humanos y sobre todo la Conferencia de el Cairo sobre Población y Desarrollo.

También las conferencias sobre derechos humanos como las relativas a otros temas han considerado las cuestiones de salud de la reproducción. Si bien los documentos resultantes de una conferencia no son jurídicamente obligatorios, los órganos de vigilancia de los tratados de derechos humanos pueden tener en cuenta las recomendaciones de las conferencias, por ejemplo, al fijar normas y efectuar interpretaciones y formular recomendaciones con relación a sus respectivos tratados. En su calidad de expresiones del consenso internacional, los acuerdos logrados en las conferencias también son poderosos instrumentos de promoción que pueden influir en la formulación de leyes y políticas nacionales.

De todo lo anterior se desprende la plataforma de acción de la IV Conferencia Internacional de la Mujer donde se plantea que:

*"La salud reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos".*

- Las mujeres tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. Enfatiza que el disfrute del derecho a controlar todos los aspectos de su salud es esencial para potenciar el papel de la mujer en la sociedad y es básico para su vida, su bienestar y su capacidad de participar en todas las esferas de la vida pública y privada.

- Los derechos humanos de la mujer comprenden su derecho a tener control sobre su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, así como decidir libremente sobre ello, sin estar expuesta a la coerción, la discriminación y la violencia. Asimismo controlar su propia fecundidad como un elemento indispensable para el disfrute de otros derechos.

- El propiciar el ejercicio responsable de los derechos reproductivos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva.

- Adoptar medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas oportunas para defender a las niñas, tanto en la familia como en la sociedad, contra toda forma de violencia física o mental, lesiones o abusos, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual.

- Difundir información pública sobre la erradicación de las prácticas discriminatorias contra las niñas en materia de distribución de alimentos, nutrición y acceso a los servicios de salud.

El concepto de salud reproductiva es producto de un intenso debate en el que han participado demógrafos, economistas, eclesiásticos, políticos, ecologistas y feministas. Representa el triunfo de una percepción más humana, armónica, equitativa y feminista sobre cómo enfrentar los problemas de la población, el desarrollo y el medio ambiente, y un



cambio en las ideas predominantes en foros mundiales anteriores que intentaron regular el crecimiento demográfico controlando el cuerpo de millones de mujeres, pues coloca el derecho universal a la salud reproductiva por encima de cualquier meta demográfica.

En México después de la Conferencia de El Cairo las resoluciones de esta reunión han tenido un impacto que trataremos de cuantificar en las siguientes líneas.

Podemos adelantar, sin embargo, que las resoluciones de esta Conferencia han enriquecido el debate y la percepción de la Salud Reproductiva en nuestro país y que, al mismo tiempo plantea una serie de metas y retos que exigen un arduo trabajo de discusión, consenso y voluntad política por parte de los individuos implicados.

El texto Avances y Retos de la Salud Reproductiva en México (Espinosa Damián; 2000) señala dentro del apartado del Financiamiento público para salud reproductiva, que uno de los compromisos adquiridos en El Cairo fue canalizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo el programa. Cuando menos dos tercios del gasto debieran ser aportados internamente. Esto se contrapone con los datos que señalan que entre 1993 y 1996 el gasto en salud reproductiva ha sido disminuido, pues decreció de 3 mil 486.6 millones a 2 mil 339.9 millones de pesos, es decir experimentó una contracción de 33%. Esta reducción está ligada al descenso del gasto destinado a salud, que ha experimentado una caída de 37 % en el mismo periodo.

En el escenario económico que vive nuestro país en la actualidad, este compromiso de manera particular enfrenta perspectivas sumamente difíciles. Lo anterior se explica por la dependencia de la economía mexicana del mercado estadounidense, la exportación de hidrocarburos y la incapacidad de los últimos gobiernos de crear una economía interna estable. El crecimiento de la economía estadounidense es ficticia la que las últimas administraciones federales han apostado fallidamente, pues las cifras muestran un decrecimiento de la actividad económica del país del Norte, repitiéndose la misma situación en cuanto a las ventas petroleras, donde el escenario es desventajoso para el hidrocarburo mexicano por los precios más competitivos que ofrecen otros países y el rezago tecnológico

de la industria extractiva. Ante esta drástica disminución de los ingresos federales, el rubro de salud se ve afectado claramente en cuanto a los recursos destinados al mismo. La tendencia del gobierno federal a restringir cada vez más los recursos asignados al sector Salud agrava aún más la situación precaria de la salud reproductiva en nuestro país.

En la Declaración y Programa de Acción de Viena se declaró que los derechos humanos constituyen una norma universal, independiente de las normas vigentes en cada uno de los Estados nacionales individuales.

En el acuerdo de Viena se hizo énfasis en los derechos de las mujeres y las niñas como “una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos”, a los que se debe prestar especial atención como parte de todas las actividades de derechos humanos.

La Conferencia exhortó a la ratificación universal de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer hacia el año 2000 y exhortó a los Estados a desistir de las reservas incongruentes con los propósitos de la Convención. En la Declaración y Programa de Acción de Viena también se afirmó que las mujeres deberían gozar de las más altas normas de salud física y mental a lo largo de todo su ciclo vital y se reafirmó el derecho al acceso en condiciones de igualdad a la educación en todos los niveles, además de reconocer el derecho de la mujer a servicios accesibles y adecuados de atención de la salud y a la más amplia gama de servicios de planificación de la familia.(Naciones Unidas 1993). En 1995, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y sus 127 asociaciones miembros aprobaron una Carta de Derechos Sexuales y de Procreación, basada en instrumentos internacionales de derechos humanos donde se incluyó **El derecho a decidir si contraer o no matrimonio y fundar o no y planificar o no una familia** debería enfocarse para proteger a todas las personas contra todo matrimonio en que no medie el consentimiento pleno, libre y fundamentado de ambos contrayentes. **El derecho a decidir si tener o no hijos y cuándo tenerlos** debería enfocarse para proteger el derecho de todas las personas a los servicios de atención de salud de la reproducción que ofrezcan la gama más amplia posible de métodos seguros, eficaces y

aceptables de regulación de la fecundidad y sean accesibles, costeables, aceptables y convenientes para todos los usuarios.

**El derecho a la atención y la protección de la salud** debería invocarse para proteger el derecho de todas las personas a servicios de atención de la salud de la más alta calidad posible y el derecho a verse libres de prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud.

A su vez, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en 1994 afirmó que las normas de derechos humanos universalmente reconocidas se aplican a todos los aspectos de los programas de población. En el Programa de Acción de la CIPD se destacó que “el derecho al desarrollo es un derecho universal e inalienable y una parte integrante de los derechos humanos fundamentales, y la persona humana es el sujeto central del desarrollo” (Naciones Unidas. 1995). En la CIPD se estableció el contexto y el contenido de los derechos de procreación. En el párrafo 7.3 se establecieron los siguientes preceptos fundamentales: *“Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso.”* Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo de éstos y a disponer de la información y de los medios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye en su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones de violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

En el ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia”.

En el Programa de Acción de las Naciones Unidas. 1995, son fundamentales los derechos de la mujer: *“Promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad son la piedra angular de los programas de población y desarrollo. Los derechos humanos de la mujer y de las niñas y muchachas son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales.”*

“La plena participación de la mujer, en condiciones de igualdad, en la vida civil, cultural, económica, política y social a nivel nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación por motivo de sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional” (Ibidem).

En 1995, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing, reafirmó y fortaleció el consenso logrado en El Cairo. Gran parte de los textos sobre salud de la reproducción y derechos de procreación aprobados en la CIPD se incorporaron directamente en la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Naciones Unidas 1996). En el párrafo 92 se señala: “La buena salud es indispensable para vivir en forma productiva y satisfactoria y el derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud y, en particular, su propia fecundidad, es fundamental para su emancipación”. En el párrafo 96 se declara: “los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coacción, la discriminación y la violencia”. En la Plataforma de Acción se exhortó a que los gobiernos aseguraran “la igualdad y la no discriminación, en la ley y en la práctica”, adoptando medidas para proteger esos derechos (Ibidem).

En cuanto a los derechos sexuales y de procreación, se afirma que:

“En los derechos reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos queda establecido un conjunto básico de derechos de procreación, incluido los derechos a la

salud sexual y de la reproducción. La protección de esos derechos es cuestión fundamental para el Fondo de Población de las Naciones Unidas, así como para la Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Planificación de la Familia.”(IPPF 1996).

Los debates sobre el *derecho a la supervivencia y el derecho a la vida* (Declaración Universal de Derechos Humanos) en la jurisprudencia internacional sobre derechos humanos se han concentrado principalmente en los amparos jurídicos contra la ejecución arbitraria por parte del Estado.

Lo anterior se aplica a las mujeres que pierden la vida por causas relacionadas con el embarazo. A fin de respetar este derecho, los gobiernos deberían fomentar la prestación de servicios a fin de reducir la mortalidad derivada de la maternidad. La reducción de la mortalidad derivada de la maternidad es una meta nacional que ha sido refrendada tanto por la CIPD como por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.

El análisis de las causas profundas de la mortalidad de las madres también lleva consigo obligaciones con respecto a: impartir educación básica y superior (que posibilite que las mujeres aprovechen mejor la información médica y los servicios médicos); mejorar la condición de la mujer (reduciendo la cantidad de matrimonios precoces y embarazos de alto riesgo y posibilitando que las mujeres adopten sus propias decisiones en materia de atención de la salud); ampliar el acceso a la atención durante el embarazo y los servicios obstétricos de emergencia y de parteras diplomadas; prestar servicios de buena calidad de planificación de la familia para posibilitar un eficaz espaciamiento de los alumbramientos; impartir educación para lograr una sexualidad saludable, la igualdad de género y la procreación responsable; y reducir el grado de dependencia respecto de los abortos en malas condiciones.

El *derecho al nivel más alto posible de salud* entraña el derecho a tener acceso a servicios de salud de la calidad más alta posible, incluida la atención relativa a la salud sexual y de la reproducción, la protección contra prácticas dañinas para la salud, y el derecho a disponer

de asesoramiento y de información imparcial para poder adoptar decisiones con conocimiento de causa. (Ibidem).

El *derecho a la planificación de la familia*, componente fundamental de los derechos en materia de salud sexual y de la reproducción, ha sido reconocido, aclarado y ampliado, tanto en los instrumentos de derechos humanos como en las declaraciones internacionales formuladas a partir de 1968.

El *derecho a contraer matrimonio y fundar una familia* entraña la obligación del gobierno de ofrecer servicios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, dado que éstas son una de las principales causas de infertilidad. (Federación Internacional de Planificación de la Familia. 1996).

## **2. SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO**

El Marco Normativo mexicano sobre salud reproductiva que rige las acciones de Planificación Familiar es la: Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar que considera de manera objetiva el siguiente punto: "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada el número y el espaciamiento de sus hijos." (Artículo 4º Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos). Este componente permite conocer lo siguiente: Información y comunicación educativa y social, Anticoncepción Post evento Obstétrico, Anticoncepción quirúrgica voluntaria, Salud Sexual y Reproductiva de los(as) adolescentes, Prevención y manejo de la infertilidad

## **2.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

La salud materna engloba todos los fenómenos que ocurren alrededor del embarazo, el parto y el puerperio. Estos procesos implican importantes ajustes para la mujer en los planos biológico, psicológico y social, y no están exentos de riesgos.

La Conferencia de El Cairo reconoce el papel central de las relaciones entre hombres y mujeres en todo aquello que se refiere a la salud y los derechos de la mujer, y afirma que los hombres deben asumir la responsabilidad sobre su comportamiento sexual, su fecundidad, el contagio de las enfermedades de transmisión sexual y el bienestar de sus parejas y de los hijos e hijas que procreen.

En 1995 se llevó a cabo en Beijing, China, la Conferencia Internacional sobre la Mujer, también convocada por las Naciones Unidas. En ella se ratificaron los compromisos de la CIPD. En 1999, cinco años después del compromiso de El Cairo, la comunidad internacional llevó a cabo la primera evaluación de los logros alcanzados y los rezagos en las cuestiones prioritarias para avanzar hacia una mejor salud sexual y reproductiva. El tema de la maternidad segura también se discutió ampliamente, así como la accesibilidad y calidad de los servicios de planificación familiar.

Asimismo, se evaluaron cuidadosamente las aportaciones de organismos multi y bilaterales, fundaciones, gobiernos y bancos de desarrollo social para el cumplimiento de los compromisos adquiridos en El Cairo. En general, el monto de los recursos invertidos hasta ahora se ha ubicado muy por debajo del nivel que se comprometió en dicho foro. Aunque, en general, esta conferencia permitió ratificar los compromisos adquiridos en El Cairo, los 180 Estados concurrentes tuvieron discrepancias alrededor de los temas del aborto inducido, la planificación familiar y la educación sexual en las escuelas.

En el terreno de la salud, las complicaciones son comunes. No obstante, los avances tecnológicos actuales permiten detectar y tratar la mayoría de ellas. La situación

prevaliente en los países en desarrollo, sobre todo en los estratos más pobres, implica que estas tecnologías no estén siempre al alcance de quienes más las necesitan. De hecho, amplios sectores de la población aún no reciben atención médica durante el embarazo y el nacimiento de sus hijos, o sólo acceden a servicios de calidad muy inferior. Las complicaciones relacionadas con el embarazo, el nacimiento y el puerperio se engloban en el término de “morbilidad materna”. (OMS 2000) Debido a que muchas mujeres en los países subdesarrollados no acuden a los servicios de salud, y por la mala calidad de los registros hospitalarios, la información sobre morbilidad es escasa y de calidad regular. A pesar de estas deficiencias estadísticas, se sabe que durante el embarazo, el parto y el puerperio 15% de las mujeres sufren complicaciones que ponen en riesgo sus vidas y que, en una alta proporción, son súbitas e impredecibles. La morbilidad repetida, además, puede dejar secuelas a largo plazo, como el prolapso, que afectan notablemente la calidad de vida de las mujeres.

## **2.2 EVOLUCIÓN DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

El marco histórico permite conocer la evolución de la planificación familiar, basada en la necesidad de espaciar la reproducción. Sin embargo, la anticoncepción no fue considerada como necesidad para la humanidad hasta que el balance entre muertes y nacimientos no fue lejano a cero y la migración ya no pudo aliviar los excesos en el crecimiento poblacional mediante la ocupación de amplias tierras inhabitadas.

La situación cambió en el último siglo, cuando la reducción en la tasa de mortalidad condujo a presiones demográficas tanto para familias, como para ciudades, países y el mundo en general.

Mientras la tasa de crecimiento poblacional alcanzaba su cumbre, surgieron en muchos países formas accesibles y culturalmente aceptadas de regulación de la fertilidad. (Centro Latinoamericano Salud y Mujer, 2003). La planificación familiar ha sido reconocida como un elemento esencial de la atención primaria de salud, una intervención clave para mejorar la salud de mujeres y niños y un derecho humano para los individuos y la familia. A pesar de los progresos hechos en la regulación de la fecundidad humana, no está ni mucho menos



resuelto el anticonceptivo perfecto y persiste la necesidad de seguir buscando métodos mejores.

La anticoncepción tiene que figurar como elemento básico de la atención en medicina, pues el concepto de salud va más allá de la mera ausencia de enfermedad, ya que debe procurar el bienestar integral, tanto físico como mental y social y el conocimiento de sus orígenes, historia y evolución es fundamental.

La salud reproductiva en México ha ido evolucionando a partir de antecedentes que impulsaron a la implantación de los Servicios Especializados en Salud Sexual y Reproductiva.

### **2.3 LA ANTICONCEPCIÓN MODERNA EN MÉXICO**

En México, la anticoncepción moderna se origina en 1951, cuando se sintetiza el primer producto hormonal por la intervención del científico Djerassi contando con el apoyo de los laboratorios SYNTEX en México en donde se prueba el primer producto, y fue en el año de 1960 cuando se comercializa la píldora y empiezan a venderse los anticonceptivos modernos.

No obstante, la Planificación Familiar fue abordada previamente por varias organizaciones e instituciones que entendieron los alcances sociales y la importancia que para el país representaba contar con una metodología de planeación familiar. La tarea de estudiar esta problemática fue emprendida en un primer momento por asociaciones civiles y posteriormente por las entidades gubernamentales que supieron captar la importancia estratégica de este rubro.

De esta manera tenemos que en 1958 se fundó la Asociación Pro Salud Maternal (APROSAM), que fue la primera en proporcionar servicios organizados de este tipo. En 1965, se creó la Fundación para Estudios de la Población, A.C. (FEPAC), que integró un grupo multidisciplinario de profesionales interesados en desarrollar un programa básico de investigación, educación y prestación de servicios médicos de Planificación Familiar. En

1984, esta institución cambió su nombre a Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM); bajo este nombre, MEXFAM continúa desarrollando importantes actividades.

Establecida en 1965 la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), es una organización en donde médicos eminentes asumieron la dirección de clínicas, en las cuales se incluían temas como empleo de recursos y los contactos para una estructura jerárquica.

La primera institución gubernamental que trabajó en investigación y en la prestación de servicios en Planificación Familiar fue el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, en 1968.

Estas instituciones atendían la incipiente demanda de métodos anticonceptivos que existía en ese momento, aunque también los médicos privados y las farmacias desempeñaron un papel importante en este sentido.

Posteriormente, las actividades de las dependencias gubernamentales ganaron terreno sobre las que realizaban las entidades privadas. Fue así que en 1972 se iniciaron actividades de Planificación Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en la entonces Secretaría de Salud y Asistencia (SSA); en 1973 se incorporó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

El período comprendido entre 1973 y 1976 fue clave para el desarrollo de la Planificación Familiar en México. Durante esos años se sentaron las bases organizativas, políticas y programáticas en la materia, y se tomaron medidas para integrar la Planificación Familiar a los servicios de salud. En 1973, el nuevo Código Sanitario derogó el artículo que prohibía la propaganda y venta de anticonceptivos, y en ese mismo año se integró la Comisión Interinstitucional de Atención Materno-Infantil y Planificación Familiar, cuya tarea era coordinar e integrar las actividades y los programas de cada institución en este rubro. Sin embargo, apenas en 1976 la Planificación Familiar se empezó a definir de una manera integrada y estructurada.

Los objetivos que dieron origen a los programas de Planificación Familiar de entonces son básicamente los mismos que prevalecen en la actualidad: coadyuvar a la disminución de los niveles de fecundidad con pleno respeto por la decisión y dignidad de las parejas; contribuir

a mejorar la salud materna e infantil y ayudar a reducir el número de embarazos no deseados y sus consecuencias, como sería el aborto.

En 1976, se creó la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, con la finalidad de dar congruencia a las actividades de las instituciones participantes. En octubre de 1977 se terminó el primer Plan Nacional de Planificación Familiar 1977-1982, elaborado conjuntamente por la entidad mencionada y el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

Durante ese período se sentaron bases sólidas para la prestación de servicios de salud en Planificación Familiar, especialmente en cuanto a la capacitación del personal; al mismo tiempo se inició la organización de servicios especiales para dar atención a las áreas rurales, principalmente a través de los servicios IMSS-COPLAMAR y de lo que hoy se conoce como "Estrategia de extensión de cobertura" que coordina la Secretaría de Salud, cuyo objetivo era llegar a las comunidades rurales de entre 500 y 2500 habitantes. Por ese entonces también se puso en marcha en el seno del CONAPO el Programa de Comunicación en Planificación Familiar, cuya finalidad era informar y sensibilizar a la población y generar cambios de actitud en relación con el comportamiento reproductivo. Asimismo, el CONAPO puso en marcha el Programa de Educación Sexual, desarrollado dentro del sistema de educación formal, del sector salud y en los ámbitos de promoción rural y educación para adultos.

Con respecto a la Planificación Familiar, en ese tiempo se produjeron los avances más importantes en el país, posiblemente debido a una demanda potencial muy alta, básicamente en las zonas urbanas y entre parejas con sus expectativas reproductivas satisfechas. Una de las limitaciones principales, sin embargo, fue la falta de información sociodemográfica, como los niveles de uso de anticonceptivos en el país.

No obstante, los años subsecuentes fueron muy ricos en la producción de información, principalmente la que se generó a través de cuatro encuestas de cobertura nacional: la Encuesta Mexicana de Fecundidad de 1976 (SPP, IISUNAM, 1979), las Encuestas Nacionales de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos de 1978 y 1979 (Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, 1979) y la Encuesta Nacional Demográfica de 1982 (CONAPO).

El Plan Nacional de Planificación Familiar se definió en 1976 en un momento coyuntural que coincidió con el ascenso de Karol Wojtyla (Juan Pablo II) a la cabeza de la Iglesia Católica en 1980. La administración de Wojtyla emprendió en América Latina una importante ofensiva conservadora contra la Planificación Familiar, la práctica del aborto inducido, así como contra el término "Derechos Sexuales y Reproductivos".

A mediados de los años ochenta se concentra un movimiento importante de mujeres que cuestiona estas políticas de planificación familiar y al mismo tiempo se da una consolidación del predominio de grupos conservadores, no sólo en la Iglesia católica, sino también influyó la llegada de Ronald Reagan y luego de George Bush en los Estados Unidos, trayendo como resultado que se empezara a limitar el uso de fondos públicos para la planificación familiar. Influyendo además las acciones de los grupos conservadores, como también de funcionarios de las instituciones, por ser afines ideológicamente a las posturas conservadoras.

Entre 1983 y 1988, las instituciones del sector salud elaboraron conjuntamente un programa interinstitucional para dicho período. Con base en este programa, el CONAPO publicó el Programa Nacional de Planificación Familiar 1985-1988.

La Secretaría de Salud, como cabeza del sector, asumió la coordinación de los programas de las instituciones públicas de salud, por lo que se hizo innecesaria la existencia de la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, que desapareció en 1983.

En esos años, la Planificación Familiar reforzó su status como programa de salud. En 1984, se la incluyó en la Ley General de Salud, en términos similares a los que ya había establecido la Ley General de Población. El nuevo Programa Nacional de Planificación Familiar subrayaba que las metas no serían fáciles de alcanzar debido a que había que incorporar a los segmentos de la población de más difícil acceso. Se registraron avances en los siguientes aspectos:

1. Reconocimiento de que el embarazo no planeado en las adolescentes constituía un problema de magnitud considerable. Por ello, se inició el diseño de servicios específicos para este grupo, en especial de educación y comunicación.

2. Intensificación de los esfuerzos para atender a la población rural.
3. Reorientación de la oferta de métodos anticonceptivos, principalmente en las instituciones de seguridad social, hacia el dispositivo intrauterino, la oclusión tubaria y la vasectomía, métodos a los que se dio prioridad sobre los de tipo local y hormonal.
4. Inicio de estudios introductorios de dos formas de anticonceptivos hormonales: los implantes subdérmicos Norplant y el inyectable combinado Cyclofem, que realizaron conjuntamente la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. El IMSS desarrolló en forma paralela investigaciones sobre el Norplant y una nueva técnica para realizar la vasectomía.
5. Inicio del proceso de integración de los programas de PF con los demás servicios de atención primaria a la salud.
6. Comienzo de un proceso de descentralización de los servicios ofrecidos por la Secretaría de Salud hacia las entidades federativas. La propia Secretaría de Salud reforzó, junto con el CONAPO, sus actividades de planeación en ese nivel.

Entre 1985 y 1988, la actividad de investigación en todas las instituciones gubernamentales fue muy intensa; a este esfuerzo se unieron los de los investigadores del medio académico. Cabe mencionar que en 1987 se realizó otra encuesta de cobertura nacional, la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (SSA, DHS, 1989), que permitió evaluar los avances del programa y reformular metas de crecimiento natural y de anticoncepción para los años siguientes.

A partir de los objetivos fundamentales de los programas anteriores, el programa para 1990-1994 planteó metas para la tasa global de fecundidad y la cobertura de uso de métodos anticonceptivos en el plano nacional, y por primera vez, en el estatal. En este programa se replantean algunas de las estrategias previas, que se concretaron y clasificaron en tres grandes categorías: información y educación, prestación de servicios y planeación. Dichas estrategias están dirigidas a grupos específicos de población y dedican especial interés a la educación. Entre las actividades de planeación es importante mencionar que se

propone la implantación de programas regionales con la participación de los estados, el municipio y las comunidades rurales.

En esta etapa se da prioridad a la atención de los grupos que ya se habían detectado como importantes: adolescentes, población rural y población masculina.

En México el concepto de Salud Reproductiva comenzó a difundirse a través del Instituto Mexicano del Seguro Social por medio de su Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Por su parte en la Secretaría de Salud lo fue por medio de su Dirección General de Salud Reproductiva hasta que se celebró la Conferencia del Cairo.

El Programa Nacional de Planificación Familiar que se aplicó en México, se ha destacado por su énfasis de acción en grupos rurales, pero desgraciadamente poco se ha logrado en la práctica respecto a la educación para la salud reproductiva y la inclusión de las necesidades específicas de esta población, ya que en nuestro país, sigue patente la orientación sexista en el suministro de anticonceptivos. Por ejemplo: la esterilización masculina es socialmente percibida como una opción distante; en cambio para la mujer es un imperativo.

En 1995 MEXFAM publicó "La Perspectiva Hacia El Siglo XXI: La Nueva Cultura de la Salud Sexual". En este folleto, MEXFAM explica la visión contemporánea de la institución de acuerdo con el Plan Estratégico de la IPPF conocido como Visión 2000. En un esfuerzo por promover la salud sexual y la planeación familiar, MEXFAM ha establecido tres objetivos estratégicos:

- Satisfacer la necesidad insatisfecha de planeación familiar entre la población marginada, urbana y rural.
- El fortalecimiento (empoderamiento) de la mujer, como elemento indispensable en la creación de una nueva relación de pareja.
- Aumentar la oferta de servicios de calidad y vanguardia en salud sexual y reproductiva.

Durante 2002, MEXFAM tuvo en operación un total de 139 programas distribuidos en 24 Estados del país y el Distrito Federal.

- De estos programas, 51 fueron dedicados a la población juvenil (Programa Gente Joven) dando especial atención a la salud sexual de adolescentes y jóvenes en el ámbito de tres componentes operativos: a) Comunitario, para ofrecer información y educación a la población juvenil fuera del ámbito escolar. b) De servicios, para ofrecer servicios "amigables" de salud básica y, en especial, salud sexual. c) Educativo, para llevar información y educación sexual a los jóvenes en las escuelas, así como capacitación para el personal docente.
- Se mantuvieron en operación los programas de promoción comunitaria de la salud, 26 para la población pobre que habita en zonas suburbanas de diferentes ciudades del país y 36 programas más que se desarrollaron en comunidades rurales, algunas de ellas indígenas. Este tipo de programas se dedica a ofrecer atención en salud básica, especialmente en salud sexual y reproductiva.
- A través de los programas de atención comunitaria se otorgó protección anticonceptiva a 410,824 parejas mediante la distribución de 4,188,532 unidades de anticonceptivos. (MEXFAM 2000)

Durante la administración de Vicente Fox, y debido en parte a la orientación ideológica del grupo en el poder, muy cercana a los sectores más conservadores de la Iglesia Católica, un ejemplo de este cambio de dirección en política poblacional se expresa en el Programa Nacional de Población 2001-2006, observa que éste, más que fomentar el uso de la anticoncepción y el derecho a la salud, busca una vez más cumplir con metas demográficas. Al dar a conocer este programa el 11 de julio de 2002 en Los Pinos, el presidente Vicente Fox señaló que el año 2005 será “un año clave para alcanzar un nivel de fecundidad de 2.1 hijos en promedio por mujer”.

El programa, explicó Fox, “define los criterios para avanzar aún más hacia el gran objetivo de armonizar el crecimiento poblacional con nuestro potencial de desarrollo”, no obstante no abordó el tema del derecho a la salud de la población.

Asimismo, en el documento Salud México 2001: Información para la Rendición de Cuentas, se presentaron 43 indicadores de salud, excluyendo la muerte materna; situación que contrasta con los indicadores que apuntan al deceso de mil 200 mujeres al año por

causas relativas a la maternidad, incluido el aborto. En tanto en el Distrito Federal una mujer muere cada día por complicaciones con su maternidad. (Silvia Magally Cimac Noticias, 2002).

En México, el control de la natalidad no era promovido ni permitido oficialmente, incluso durante el gobierno progresista de Lázaro Cárdenas era considerado este como ilegal, de modo que el descubrimiento de la píldora y su promoción masiva como método para regular la natalidad estuvo mediada por movimientos religiosos y tendencias geopolíticas.

La Organización de las Naciones Unidas es el organismo encargado sobre la organización de la primera conferencia sobre población y desarrollo celebrada en Bucarest, allí se abordó el tema de población, salud, demografía, mujeres y desarrollo.

Dicha conferencia estuvo fuertemente matizada por el debate Norte - Sur en donde los países del Sur tratan el Tema de la Población como un asunto de desarrollo en cambio los del Norte lo ven como tema demográfico.

## **2.4 RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA ANTICONCEPCIÓN MODERNA EN MEXICO**

El riesgo beneficio de la salud reproductiva en México tuvo un impacto social importante en la salud, reduciendo el riesgo en las mujeres embarazos y la planificación familiar con el uso de los anticonceptivos como método de reducción de riesgos.

No obstante la disponibilidad de los diferentes métodos anticonceptivos, la incidencia de embarazo no deseado es muy elevada en todo el mundo. Dependiendo de los países y de las circunstancias individuales, el embarazo no deseado puede ser el resultado de una falla anticonceptiva o alternativamente de la falta de uso de un método. Los métodos más importantes y modernos en los últimos años son los de anticoncepción de emergencia. La anticoncepción de emergencia (AE) tiene la potencialidad de prevenir un elevado porcentaje de estos embarazos, así como de reducir la necesidad de recurrir a un aborto inseguro, además de significar el "puente hacia la anticoncepción" regular para todos aquellos individuos o parejas que están teniendo relaciones sexuales no protegidas. (Consejo Nacional de Población 1997.) En el sector salud mexicano hay campañas



publicitarias para su uso e información sobre los mismos, por tanto la AE se define como aquellos métodos que pueden utilizarse para evitar un embarazo después del coito, en caso de relaciones sexuales no protegidas, de fallas o accidentes con un método anticonceptivo, o de una violación. La AE es capaz de prevenir un embarazo, pero nunca de interrumpirlo, es decir es un método anticonceptivo, mas no un método abortivo. (S.S.P. Dirección General de Salud Reproductiva, 1997.)

Los métodos disponibles en México que pueden ser utilizados como anticonceptivos de emergencia incluyen: las pastillas anticonceptivas combinadas, las pastillas de progestinas solas y el DIU de cobre. Por lo general, la ventana útil de intervención para estos métodos varía de las 72 horas (3 días) para las pastillas, hasta 120 horas (5 días) para el DIU, después de la relación sexual no protegida.

Cualquier método de AE presenta un perfil de costo-efectividad altamente favorable, comparado con la probabilidad de un embarazo no deseado o necesidad de enfrentarse a un aborto inseguro. En diferentes estudios, en países y contextos muy diversos, las mujeres han expresado la disponibilidad de pagar precios muy elevados por los servicios de AE, sobre todo por los beneficios recibidos a través de un producto de uso postcoital. En realidad, los diferentes métodos analizados, en esta revisión, tienen costos bajos, en especial las PAE combinadas que se obtienen de un paquete de anticonceptivos orales; baste pensar que con el costo de una caja de pastillas combinadas de dosis alta, bastaría para cubrir cinco ciclos de emergencia. Los productos dedicados tienen un costo más elevado, pero, en la mayoría de los casos, éste no es significativamente mayor al de un ciclo de pastillas normales. El DIU es el método más costoso, sobre todo si la inserción se cobra en la consulta privada; sin embargo, su efectividad anticonceptiva, dependiendo de los modelos, se prolonga a lo largo de cinco a 10 años. El potencial que tiene la AE de reducir significativamente el número de embarazos no deseados y de abortos inseguros se ha hecho patente en diferentes contextos y países. Esto siempre y cuando el conocimiento de este método sea amplio y difuso; haciendo que las/los potenciales usuarias/os tengan acceso a la información antes de llegar a necesitarlo. Será particularmente necesario proporcionar esta información a los/las adolescentes antes del inicio de su vida sexual, ya que este grupo en

particular está expuesto al riesgo de no utilizar métodos anticonceptivos en sus primeras experiencias sexuales o de experimentar fallas o errores en su uso de los mismos. La utilización de métodos anticonceptivos reduce la mortalidad materna y mejora la salud de las mujeres al prevenir los embarazos no planificados y los de alto riesgo y al reducir la necesidad de interrupciones del embarazo en condiciones no seguras. Al facilitar a las personas los medios para planificar su familia, éstas pueden, si su subsistencia no depende de la mano de obra familiar, optar por tener menos hijos para que éstos gocen de más oportunidades y la familia pueda tener un mejor nivel de vida.

### **Métodos anticonceptivos usados en el mundo** (OMS Salud Reproductiva Y Métodos Anticonceptivos 2000)

- *Método anticonceptivo*: cualquier medio que se utiliza o cualquier acción que se sigue para evitar un embarazo.
- *Diafragma*: media copa de hule, con el borde flexible, que se coloca la mujer en la vagina para cubrir el cuello del útero, impedir el paso de los espermatozoides y evitar que ocurra un embarazo.
- *Dispositivo intrauterino (DIU)*: pequeña pieza de plástico de diversas formas que personal calificado coloca en el útero de la mujer, para impedir que se produzca un embarazo.
- *Inyecciones o ampollitas*: compuestos hormonales inyectables que se aplican a la mujer por vía intramuscular, con frecuencia entre uno y tres meses, según la formulación, con el objeto de impedir un embarazo durante determinado lapso. Contienen una o dos sustancias parecidas a las hormonas naturales que actúan sobre el ovario impidiendo la ovulación y, por lo tanto, el embarazo.
- *Norplant, tubitos o implantes*: dos o seis cápsulas de *silastic* -derivado del plástico- que contiene una progestina -hormona sintética-. Las cápsulas -en forma de pequeños tubos- son colocadas por personal calificado debajo de la piel del brazo en forma de abanico. Su duración es de cinco años aproximadamente.
- *Operación femenina*: método definitivo de PF, que consiste en una intervención quirúrgica llevada a cabo por un médico. Se bloquean las trompas de Falopio o

tubos uterinos para impedir el paso del óvulo hacia el útero y su encuentro con los espermatozoides, de manera que no pueda producirse un embarazo.

- *Operación masculina o vasectomía*: método definitivo o permanente de PF para el varón, que consiste en una intervención quirúrgica en la cual se bloquean los conductos de los espermatozoides hacia el exterior para anular su capacidad de fecundación.
- *Óvulos, jaleas, espumas*: diferentes presentaciones de varios compuestos espermaticidas que destruyen a los espermatozoides. La mujer se los aplica en la vagina antes del coito, con el objeto de impedir un embarazo.
- *Pastillas o píldoras anticonceptivas*: compuestos que la mujer toma diariamente por vía oral, con interrupción de una semana cada mes, o bien, sin interrupción, según la formulación, con el objeto de impedir un embarazo. Contienen una o dos sustancias parecidas a las hormonas naturales que actúan sobre el ovario impidiendo la ovulación y, por lo tanto, el embarazo.
- *Preservativo o condón*: cubierta de hule, elástica, que utiliza el varón durante el coito para cubrir el pene y evitar que el semen se deposite dentro de la vagina de la mujer, evitando así un embarazo.
- *Retiro o coito interrumpido*: método anticonceptivo que consiste en interrumpir el coito para que la eyaculación se produzca fuera de la vagina.
- *Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro o Billings*: métodos que sigue la pareja, basados en la abstinencia de relaciones sexuales durante el período fértil de la mujer. Este período se puede determinar mediante tres técnicas que se basan en el registro de las fechas de menstruación en un calendario, en la determinación diaria de la temperatura basal, o en la observación periódica de la secreción vaginal (moco cervical).
- *Calendario*: registro de las fechas de la menstruación, de donde se puede determinar el período fértil de la mujer.
- *Temperatura basal*: registro diario de la temperatura del cuerpo, a través de la cual se pueden detectar los días en que la mujer ovula; en estos días se constata una temperatura ligeramente superior.

- Moco cervical (Billings): toma diaria de una pequeña muestra del moco cervical con las yemas de los dedos. Esta puede estirarse y observar su consistencia, permitiendo la determinación de los días fértiles de la mujer.

**Métodos "Modernos" utilizados en México** (Secretaria de salud Pública Plan de Salud Reproductiva 2003.)

Los métodos de anticoncepción en México más conocidos son:

- Anticonceptivos orales (la "píldora")

Este método utiliza una combinación de estrógeno y progesterona en dosis que previenen la ovulación y regulan los ciclos.

- Progestina única oral ("mini - píldora")

Este tipo de píldora de control de la natalidad no contiene ningún estrógeno entre sus componentes.

- Implantes de progesterona

Se implantan quirúrgicamente bajo la piel, normalmente del brazo, seis varillas pequeñas. Estas varillas liberan una dosis continua de progestina que inhibe la ovulación, cambia el revestimiento del útero, y espesa el moco cervical evitando que el espermatozoide entre en el útero.

- Inyecciones hormonales

Una inyección de progesterona recomendada por su médico que se pone en el tejido muscular de las nalgas o brazo.

- Dispositivo intrauterino (DIU) Dispositivo pequeño de cobre o plástico, puesto dentro del útero de la mujer por su ginecólogo, que cambia el ambiente uterino adecuándolo para evitar el embarazo. El DIU puede dejarse en el lugar durante varios años.

## **2.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS**

La educación de comportamientos sexuales más seguros requiere información precisa, planificación anterior, y comunicación óptima entre las parejas. Con tales medidas, las parejas pueden disfrutar de los placeres de una relación sexual mientras minimizan los riesgos potenciales. Algunos individuos pueden preferir incluir las precauciones para evitar un embarazo en la definición de comportamientos de sexo seguro.

En una encuesta realizada entre poco más de 1,100 usuarias/os de dos servicios de salud de la Ciudad de México, fue evidente el bajo nivel de conocimientos sobre AE. (Schiavon, Heimnburger, Reynoso, Elul, Langer, García 1998). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticoncepción de emergencia en usuarias de servicios de salud en México. En este estudio, de aquellas mujeres que han oído hablar de la AE, muy pocas conocían exactamente los tipos y/o dosis requeridas, incluyendo aun las preparaciones anticonceptivas que habían alguna vez utilizado en su vida.

Aparecen variados mitos en torno a su adecuación: quita el apetito sexual, produce cáncer, dañan el cuerpo, fallan. El problema que se detecta como fundamental es que no existen espacios donde se les brinde a las mujeres información suficiente y adecuada y se estudien las situaciones particulares. Así muchas mujeres se enteran por primera vez con el ginecólogo después del primer embarazo.

En México, el 73 por ciento de mujeres en edad fértil utilizan métodos anticonceptivos, cifra que representa cinco puntos porcentuales más que en 1997, cuando era de 68.4 por ciento.(Consejo Nacional de Población 2000).

El CONAPO mencionó que desde sus orígenes las políticas de población se encaminaron a elevar el bienestar y la calidad de vida de los individuos y las familias, además señala dicha institución que durante los primeros 30 años de planificación familiar en México se han mejorado indudablemente las condiciones de vida de la población, aunque todavía existe un número importante de mujeres cuyas necesidades en materia de anticoncepción no han sido cubiertas.

- Los métodos de planificación familiar, si buscan ser respetuosos de los derechos humanos de las mujeres que los utilizan, deben ser conocidos de manera adecuada por ellas, esto es, las mujeres deben estar plenamente informadas antes de aceptar un método anticonceptivo, el cual no les puede ser impuesto de manera unilateral ni arbitrariamente.
- Dadas las condiciones materiales y culturales imperantes en México, tanto el acceso como el uso de métodos anticonceptivos está lejos de cumplir con los requerimientos internacionales en materia de planificación familiar.

### **3.- DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCCIÓN EN MÉXICO**

El derecho de decidir libre y responsablemente el número, el espaciamiento de los hijos y disponer de la información, la educación y los medios para llevarlo a cabo, fue reconocido por primera vez como derecho humano en 1968. El derecho a la salud reproductiva, ha sido ratificado y fortalecido en sucesivos foros internacionales, en particular en El Cairo en 1994, en el marco de la Conferencia Internacional sobre Población y desarrollo. En México, estos derechos tienen calidad de mandato constitucional, ya que en la Carta Magna queda consignado que: “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. (Artículo 4º Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos)

En primera instancia debemos clarificar los conceptos que utilizaremos a lo largo del capítulo para poder ofrecer una acepción más clara de las ideas que se expondrán en la argumentación presente.

A partir de la conferencia de El Cairo, la salud reproductiva quedó definida como: “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última

condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos."(Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Párrafo No. 7.3)

La salud sexual está encaminada al mejoramiento de la vida y de las relaciones personales, y los servicios de salud sexual no deberían estar meramente orientados al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. (Alcalá 1995, Pp. 16-17).

El derecho a la planificación familiar, a una maternidad segura así como a la protección frente a infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA, según lo signado en los diversos foros internacionales, debería estar garantizado para todas las mujeres, hombres y adolescentes del planeta.

Estos derechos reproductivos, no obstante, no nacen de forma automática ni surgen de forma natural con el desarrollo económico y social de los pueblos. Los Gobiernos tampoco contemplan de forma espontánea estos derechos vitales y las medidas necesarias para garantizarlos en sus presupuestos, aunque existe bastante evidencia sobre la conveniencia de promoverlos.

En los países donde hay servicios de salud reproductiva disponibles hoy día, los impulsores de la planificación familiar tuvieron que actuar políticamente de manera ardua para conseguir que se incluyeran entre las prioridades políticas.

Este proceso comenzó en los años 20 del siglo pasado, pero es un proceso que aún no concluye puesto que el acceso a la salud reproductiva sigue coartado por motivos políticos, financieros o religiosos. En muchos países, la población no cuenta con acceso a la información y los productos necesarios para protegerse frente a enfermedades de transmisión sexual y elegir el número de hijos que desean tener y cuando. El escenario se

agrava en algunos países donde el acceso a los servicios de salud reproductiva está prohibido e incluso existe un movimiento activo contra los mismos.

Por consiguiente, la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

Cuando prevalece este estado, las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos. La atención de la salud reproductiva se define como:

*“el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva.”*(Ibidem)

Cuando los gobiernos y las sociedades a través de su interacción y de la acción legislativa deciden elevar estos estados deseables al nivel de leyes, normatividades y reglamentos es necesario que tomen en cuenta el contenido de los conceptos y el alcance de éstos para que, en su aplicación y apelación, las sociedades encuentren en ellas las respuestas y soluciones a las problemáticas a las que se buscó dar cauce con el proceso legislativo.

Los actores sociales y los legisladores, por tanto, deberán tomar en cuenta que los derechos sexuales incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. (Ibidem)

Los derechos sexuales garantizan a todas las personas el acceso a una educación sexual respetuosa y oportuna, e información fidedigna y clara sobre la sexualidad y su ejercicio.

La salud reproductiva está estrechamente vinculada con los derechos reproductivos y su importancia como concepto integral, radica en que no solamente incorpora a la



planificación familiar, sino también a todos los otros aspectos vinculados con la sexualidad y la reproducción.

En México, la salud reproductiva fue adoptada como prioridad en la atención de la salud desde 1995, con la creación del Programa Nacional de Planificación Familiar y Salud Reproductiva 1995-2000.

En la administración encabezada por el Lic. Vicente Fox Quesada, este esfuerzo ha sido continuado a través del Programa de Acción: Salud Reproductiva. Cabe señalar, sin embargo, que el concepto no es recogido de manera integral en este documento, sino que fue fragmentado en distintos programas de salud a los cuales se atribuyen distintas prioridades, tal y como sucedía en las administraciones anteriores a 1994.

La legislación mexicana en materia de salud reproductiva se construye en concordancia con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo el cual dice a la letra:

"Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a (decidir) libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia." (Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Párrafo No. 7.3). De acuerdo con la definición que contiene el Programa de Acción: Salud Reproductiva, el ejercicio y respeto de los derechos sexuales y reproductivos:

“Se basa en el reconocimiento del derecho básico de todos los individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos, el intervalo entre éstos, el derecho a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a

adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones, ni violencia, de conformidad con lo establecido en la Constitución Mexicana.”(Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.” p. 29)

Uno de los objetivos centrales planteados en este programa es la democratización de la salud sexual y reproductiva, traducida como el acceso universal a los servicios: “Todos los individuos, sin importar su sexo, edad, raza, condición social o política, credo o preferencias sexuales tiene el derecho a recibir información, a la libre decisión y a beneficiarse de los avances científicos y tecnológicos, así como de recibir servicios de calidad con eficiencia y oportunidad.” (Ibidem).

En este sentido, el programa se plantea como propósito fundamental disminuir las diferencias en los indicadores de salud reproductiva entre las diversas regiones del país, con especial énfasis en las áreas rurales y los municipios de alta y muy alta marginación.

A diferencia de su predecesor, el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1995-2000), el Programa de Acción Salud Reproductiva (2001-2006) reconoce como derechos de las y los usuarios de servicios de salud reproductiva a los siguientes:

Información: Ser enterado(a) con oportunidad, veracidad y en un lenguaje comprensible, de los beneficios y de los riesgos de las intervenciones médicas.

Acceso: recibir atención y servicios de calidad con calidez

Elección: Decidir responsable y libremente entre las diversas alternativas que existan para dar cumplimiento a su solicitud

Seguridad: Recibir el tratamiento que ofrezca mejores condiciones de protección a la salud

Privacidad: Recibir información, orientación, consejería y servicios en un ambiente libre de interferencias

Confidencialidad: Que cualquier información personal proporcionada no será divulgada a terceras personas

Dignidad: Ser tratado(a) con respeto, consideración y atención

Continuidad: Recibir información, servicios y suministros por el tiempo que sea requerido

Opinión: Expresar sus puntos de vista acerca de la información, servicios y trato recibidos

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.

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 población.

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".

En la lógica de la organización gubernamental se tienen Programas Nacionales de Población, de Salud, de Planificación Familiar y de Salud Reproductiva, así como institucionales de planificación familiar, en los cuales se confirman los supuestos plasmados en las leyes anteriormente citadas, y se especifican estrategias a seguir, a partir de la dinámica demográfica y de salud de la población.

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 (Alba 1977 y Urbina 1984).

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. A 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 número de hijos a tener y cuando 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 demográfica.

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 4º Constitucional constituye el reconocimiento constitucional de los derechos reproductivos, aunque no se les haya nombrado de tal forma.

Es muy importante reflexionar acerca del hecho de que el ejercicio de los derechos reproductivos será posible cuando los contextos social, político, legal, económico y cultural, favorezcan las posibilidades de autodeterminación 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 haya inmersos.

### **3.1 MARCO JURÍDICO DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS**

La base jurídica de los acuerdos de El Cairo y Pekín reside en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Se trata de un código universal que define en términos de derechos y responsabilidades las condiciones de persona y de ciudadanía y por lo tanto organiza, de

manera general pero precisa, las relaciones entre los seres humanos y los Estados. Seres humanos igualmente libres e igualmente dignos desde el nacimiento hasta la muerte, con independencia de la edad, sexo, nacionalidad, opciones religiosas y políticas (Teresita De Barbieri 2000).

Fue hasta la década de los noventa durante las conferencias del Cairo y Beijing en donde por primera vez en la historia de la anticoncepción o de los Derechos y de la Salud Sexual y Reproductiva se reconoció la necesidad de disponer de Tribunales de Derechos Humanos, como recurso principal no sólo para demostrar acuerdos no cumplidos, sino para reparar el daño y evitar la violación permanente de los Derechos Humanos.

Las definiciones explícitas de salud y derechos reproductivos se encuentran en el capítulo VII del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, Por ejemplo, se dice “la atención a la salud reproductiva se define como la constelación de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y el bienestar para la prevención y resolución de los problemas de salud reproductiva”.

*El Programa de Acción de la CIPD, y la Plataforma de Acción de Beijing reconocen los derechos sexuales (Aunque el término 'derechos sexuales' no aparece en acuerdos internacionales, su definición y contenido se aprobaron dentro del marco de los derechos humanos en la Plataforma de Acción de Beijing, párrafo 96. Es digno de observar que incluso los gobiernos que expresaron reservas en oposición a los 'derechos sexuales' utilizaron el término en sus declaraciones en la sesión de clausura de la Conferencia de Beijing, y reproductivos como derechos humanos, por lo que los afirman como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales.*

Los derechos en materia de salud sexual y de la reproducción se inscriben en el marco de derechos humanos aceptados internacionalmente; hace mucho tiempo a la supervivencia, la libertad y la seguridad personal, a la igualdad de trato, a la educación, al desarrollo y al nivel más alto posible de salud, entre otros derechos. Los mecanismos institucionales de las Naciones Unidas para la protección de los derechos humanos ofrecen un poderoso apoyo a las acciones jurídicas, políticas y sociales encaminadas a potenciar a los individuos, asegurar que gocen de salud en materia de reproducción y responder a las preocupaciones en materia de población y desarrollo. Los países de todas las culturas y en todas las etapas

de desarrollo han afirmado que los derechos humanos son fundamentales para el desarrollo social y económico y la cooperación internacional.

La protección a la mujer como individuo o colectivo vulnerable así como integrante del género humano se puede rastrear en los primeros acuerdos internacionales surgidos tras la Segunda Guerra Mundial. Después de las experiencias genocidas, las masacres indiscriminadas y la ausencia total de respeto por la vida humana que mostraron todos los países participantes en el segundo gran conflicto bélico, la comunidad internacional buscó proteger los derechos humanos no sólo en una nación en específico, sino en todo el orbe, a través de un organismo internacional.

Es así que en el Preámbulo de la Carta de las Naciones Unidas (1945) se reafirma la “fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la *igualdad de derechos de hombres y mujeres* y de las naciones grandes y pequeñas”. En la Carta se reconoce que un propósito de las Naciones Unidas es: “Realizar la cooperación internacional, en el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos y las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, *sexo*, idioma o religión”

En la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) se ampliaron más los derechos de la Carta. La Declaración, conformada por las aportaciones de la Comisión de Derechos Humanos y de la *Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer*, plantea “una norma común para que la alcancen todos los pueblos y todas las naciones” para velar por los derechos y libertades fundamentales en materia política, social, económica y cultural.

En la Declaración se reconoció que “la dignidad intrínseca” y “los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana” constituyen la base de “la libertad, la justicia y la paz en el mundo” y se reafirmó, al igual que en la Carta de las Naciones Unidas, la “fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y *mujeres*”. Una serie de numerosos pronunciamientos de la Asamblea General y del Consejo Económico y Social

perfeccionaron las definiciones de los derechos básicos, en particular, de los derechos de la mujer.

Tras dos decenios, en un esfuerzo por reforzar la Declaración Universal de Derechos Humanos y especificar más a fondo las responsabilidades particulares, la comunidad internacional celebró dos pactos adicionales: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (denominado también Pacto Político) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (también llamado Pacto de Derechos Económicos). En la formulación de esos dos pactos se reflejó la política de ese momento y la anterior historia de los debates sobre los derechos.

Los países cuyas tradiciones políticas e ideologías dominantes destacaban los derechos de los individuos en relación con el Estado, hicieron hincapié en los derechos civiles y políticos. Otros Estados, más preocupados por el desarrollo general, destacaron los derechos económicos, sociales y culturales, así como los derechos de los grupos por encima de los derechos del individuo.

Por otra parte, los documentos incorporaron acuerdos fundamentales basados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, entre ellos *el derecho de la mujer a verse libre de todas las formas de discriminación, la libertad de reunión y asociación y los derechos de la familia (el derecho a contraer matrimonio y fundar una familia y el derecho a la vida privada y en familia)*.

En el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Se establece la obligación de los Estados de adoptar todas las medidas necesarias para reducir la mortalidad y la mortalidad debida a la maternidad y crear las condiciones para asegurar que a todos dispongan de servicios médicos y de atención médica en caso de enfermedad. El Protocolo Opcional del Pacto de Derechos Civiles y Políticos posibilita que los residentes en los Estados Partes formulen denuncias acerca de

violaciones de derechos humanos y obliga a los Estados a responder, si se comprueba que existen tales violaciones.

Si bien todos los países aprobaron en 1948 la Declaración Universal de Derechos Humanos, son muchos los que aún no han ratificado el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales. Varios otros Estados han expresado diversas reservas, en virtud de las cuales supeditan su aceptación de determinados elementos de los Pactos a sus particulares condiciones sociales y culturales.

Del mismo modo, aunque el debate acerca de los derechos individuales ha dimanado de un enfoque predominantemente europeo de la filosofía social, los derechos humanos no constituyen un concepto específicamente “occidental”. El análisis de las relaciones entre el individuo y la unidad social o económica es parte del discurso cotidiano en casi todas las culturas. No obstante, son considerables las diferencias acerca de la interpretación de los derechos: algunos hacen hincapié en los derechos colectivos, mientras que otros están inclinados a destacar los derechos individuales.

El enfoque internacional de los derechos humanos dimana de los principios reconocidos en la Carta de las Naciones Unidas y en la Declaración Universal de Derechos Humanos. A lo largo de los decenios, se han ido precisando definiciones específicas de los derechos y las libertades.

Igualmente se plantea una distinción entre tratados de derechos humanos cuyo cumplimiento es obligatorio para todos los Estados que los suscriben (pero que, por lo general, deben ser ratificados por un número mínimo de países antes de entrar en vigor), y las decisiones adoptadas por consenso en conferencias internacionales y otras asambleas. Estas últimas no son de cumplimiento obligatorio, pero son expresiones de la conciencia del mundo.

Es así como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer es un tratado de cumplimiento obligatorio, que ratificaron o al cual se



adhirieron 154 Estados, mientras que el Programa de Acción de la CIPD es un consenso internacional. Por otra parte, este consenso ha sido reforzado por otros consensos similares logrados en reuniones internacionales, entre ellas, dos celebradas en 1995: la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. En virtud de los tratados internacionales de derechos humanos, los Estados están obligados a abstenerse de menoscabar las libertades individuales y deben adoptar activas medidas para promover el ejercicio de los derechos.

Las violaciones de los derechos puedan ser resultado de acciones directas de los Estados o de la omisión por parte de éstos de promover, proteger y defender los derechos; en este último caso, es preciso contar con claras normas a fin de definir las obligaciones mínimas de los Estados. Otra categoría de violaciones se refiere a las prácticas discriminatorias en virtud de las cuales no se ofrece igual protección a todos.

Por lo anterior, aunque muchos Estados han signado los diversos acuerdos para proteger los derechos sexuales y reproductivos de la población femenina, en la práctica, éstos mismos Estados no cumplen con lo convenido en los foros internacionales, quedando las mujeres de esos países en una situación de indefensión a pesar de existir una legislación nacional e internacional que las protege.

### **3.2 DERECHOS REPRODUCTIVOS Y GÉNERO**

"La desigualdad y la discriminación basadas en el género perjudican a las niñas y a las mujeres, directa e indirectamente, en el transcurso de su vida; y la falta de atención a sus necesidades de salud impide que muchas de estas mujeres formen parte de la sociedad de manera integral" (FNUAP 2000).

A partir de las políticas de población destinadas a bajar el ritmo de crecimiento poblacional, las mujeres de diferentes sectores sociales han podido controlar el número y momento de sus embarazos, con lo que han hecho efectivo el derecho reconocido explícitamente en la I

Conferencia Mundial de Población organizada por las Naciones Unidas, que tuvo lugar en Bucarest en 1974.

Sin embargo, estas políticas se han puesto en práctica sin atender otros fenómenos y procesos sociales que se encuentran íntimamente ligados con la reproducción y la fecundidad, como son el lugar de las mujeres en la sociedad, el sentido y valorización de la maternidad, el significado simbólico de los hijos para los varones, el ejercicio de las sexualidades masculina y femenina. De esta manera, un conjunto de prácticas que podrían tener como resultado el aumento de la autonomía y la disminución de la subordinación de las mujeres, no parece estar llevando a tales resultados sino, por el contrario, a un aumento sobre el control de las mismas (De Barbieri, T. 1991 *Revista Interamericana de Sociología*, núm. 2).

Para acercarnos a la comprensión del comportamiento reproductivo de las mujeres, y en específico a la valoración de la maternidad y el ejercicio sexual, nos remitimos a la reflexión sobre las distintas formas en que las mujeres viven y manifiestan la relación que establecen con su cuerpo. La persona física es la concreción de los fenómenos culturales y sociales que moldean al individuo. Es en el cuerpo persona donde se realiza de manera palpable el concepto de género.

En el género, se aborda al sujeto de estudio a partir de las diferencias construidas socialmente sobre la base de una capacidad biológica como lo es la procreación, que se expresan a través de la división sexual del trabajo y las relaciones de poder que se manifiestan a través de éstas, pues las distintas formas en que varones y mujeres perciben y asumen la vida han sido explicadas a través de esta diferencia biológica.

Las distintas manifestaciones que expresan las formas de sentir, de interactuar, de percibir el amor y de amar, de apropiación de procesos, del ejercicio de poder, de valorar comportamientos concretos frente a eventos cotidianos y de participación en experiencias vitales, son expresiones de la construcción social de ser varón o ser mujer.

La perspectiva de género nos permite compenetrarnos en el ámbito cultural, donde los sujetos que deseamos conocer recrean sus vidas, pues es a través del conocimiento de los valores, costumbres, tradiciones e ideas que conforman su cosmovisión, que podemos acercarnos a la forma en cómo las mujeres valoran, sienten y expresan la vivencia de la maternidad y el ejercicio sexual. A través de esta perspectiva se ha podido constatar que no es lo mismo el sexo biológico que la identidad asignada; ésta es una construcción social, una interpretación social de lo biológico.

La división en géneros, basada en la anatomía de las personas, supone formas determinadas de sentir, de actuar, de ser. El género se adquiere a través de un complejo proceso individual y social.

Es necesario aclarar que en esta propuesta no se intenta excluir el concepto de clase social del análisis histórico de las mujeres, pues sus condiciones de vida, así como sus comportamientos concretos, están adscritos a un momento histórico específico (condiciones económicas, sociales y políticas).

La maternidad, el ejercicio sexual y el comportamiento reproductivo se expresa necesariamente en la relación que el cuerpo femenino establece con el mundo exterior, es decir, la forma en cómo las mujeres sienten y viven sus afectos, sus emociones y la forma en cómo se perciben ellas mismas, el cuerpo, el espacio donde se sintetizan los contenidos de lo que significa ser mujer, la definición que legitima o descalifica a una mujer en un contexto cultural es específico. Los programas de salud reproductiva cada vez toman más conciencia de la manera en que las normas culturales y los roles sociales determinan la salud de la mujer. El acceso limitado y el escaso control que tienen sobre su propia sexualidad convierten a las mujeres en seres vulnerables a la explotación sexual, a la violencia, a los embarazos no deseados, y a las enfermedades de transmisión sexual. Los programas de salud reproductiva pueden:

- abordar problemas de salud basados en el género, incluida la violencia contra las mujeres, el comercio sexual, y las enfermedades mentales;
- abordar las necesidades de salud en las diferentes etapas de la vida; y

- mejorar la salud sexual de las mujeres.

La reflexión sobre género y salud reproductiva en México, en la última década, abarca un vasto espectro de desigualdades y excesos que se configuran como problemas de salud pública: incremento indiscriminado de tecnologías reproductivas (anticonceptivas y conceptivas) que perjudican la salud de las mujeres; anticoncepción centrada en la esterilización femenina; elevada tasa de abortos clandestinos e inseguros; atención prenatal precaria y alto predominio de partos con cesárea; altos índices de mortalidad materna; carencia de exámenes preventivos de cáncer de cuello y de mama; crecimiento de la pandemia VIH/SIDA entre mujeres; embarazo en la adolescencia, entre otros.

La salud sexual y reproductiva de las mujeres va también de la mano con los derechos laborales de las mujeres. Este aspecto cobra una importante relevancia toda vez que la conversión económica de la producción nacional implementada por los gobiernos desde 1982 ha privilegiado el modelo maquilador de desarrollo económico para México.

Uno de los varios impactos que ha tenido la adopción de este modelo es la llamada feminización del trabajo, que consiste en la mayor demanda en el mercado de trabajo de la mano de obra femenina. No obstante, a esta mano de obra se le valora de manera más baja que a la mano de obra masculina, por tanto, su remuneración es menor. Las actuales políticas de flexibilización laboral hayan pues en las mujeres un campo despejado para desarrollarse prácticamente sin trabas.

La salud sexual y reproductiva de estas mujeres trabajadoras se ve afectada negativamente por la flexibilización laboral, pues los empleadores rechazan a aquellas mujeres que acuden a solicitar trabajo y que tienen hijos y prefieren a aquellas que son solteras y/o sin hijos. Igualmente, las trabajadoras que se embarazan son despedidas, la mayor parte de las veces sin la indemnización correspondiente. A todo esto se aúna la ausencia de prestación de servicios médicos que sufren las mujeres trabajadoras por la negativa del patrón a inscribirlas dentro de las instituciones de seguridad social.

Es así que la discusión de género y salud sexual y reproductiva implica multidimensional su perspectiva para entender la situación actual de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer mexicana.

#### **4 LA MATERNIDAD SIN RIESGOS Y LA SALUD REPRODUCTIVA**

No es que el cuerpo femenino como entidad biológica tenga poder, son las sociedades las que se lo otorgan. Para asegurarse un control efectivo sobre la reproducción es necesario actuar también sobre la sexualidad, lo que requiere reglamentar el acceso al cuerpo femenino (De Barbieri, 1991).

Sociológica como biológicamente, la dicotomía entre la fecundidad natural y la controlada es una construcción ideológica socialmente objetiva donde se manifiesta la relación entre el poder y la sexualidad. La reproducción no ocurre en individuos aislados, sino en sociedad. La reproducción biológica de la población es inseparable de la reproducción social o de los sistemas sociales como un todo.

Cada sociedad organiza e interviene en diferentes momentos de la secuencia del proceso reproductivo. Cada momento de la secuencia reproductiva ofrece una oportunidad para la toma de decisiones y el manejo de conflictos. Los factores que gobiernan la organización de estos diferentes momentos se relacionan con las formas de organización social, la división sexual del trabajo, los sistemas de representación y, especialmente, con las concepciones acerca de las formas de relación entre los géneros. Dependiendo de la organización de estos factores en un momento dado, podemos hablar de diferentes sistemas o diferentes modelos de reproducción. El interés por la salud de la mujer es relativamente reciente. Como hitos a nivel internacional, es importante destacar el reconocimiento de las Naciones Unidas del inicio de la década de la mujer a partir del año de 1976 (Naciones Unidas, 1988) y la Iniciativa para una Maternidad Sin Riesgos que fue lanzada en 1987 (Report on the International Safe Motherhood Conference, Nairobi, febrero 1987, Washington, Banco Mundial).

Los condicionantes biológicos corresponden a la anatomía y a la fisiología de la mujer; en otras palabras, a la presencia de órganos y tejidos únicos y diferentes a los del sexo masculino, y a las funciones relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Por su parte, los condicionantes sociales y culturales se relacionan con las oportunidades de la mujer de acceder a la educación, la alimentación y los servicios de salud; a la aportación monetaria de la mujer al ingreso familiar, a su carga de trabajo, y al poder de decisión en la familia y la sociedad.

También relacionados con el género se identifican comportamientos y modos de vida que corresponden, en mayor o menor medida, a cada uno de los sexos. Algunas de estas conductas cumplen con funciones protectoras para la salud como, por ejemplo, la consulta oportuna cuando se perciben síntomas; otras, por el contrario -como el consumo de tabaco y alcohol, constituyen factores de riesgo. De los factores biológicos y socioculturales, estrechos y complejamente relacionados entre sí, resulta el perfil de salud de la mujer.

La salud de la mujer era concebida esencialmente como un vehículo para controlar el crecimiento demográfico y mejorar la salud infantil. Así, al comienzo de la década de los sesenta, al mismo tiempo que se iniciaban los esfuerzos sistemáticos por regular el crecimiento demográfico a través de la planificación familiar, se reconoció la necesidad ética y práctica de ofrecer los medios para mejorar la salud de los niños y aumentar sus oportunidades de sobrevivencia como un objetivo en sí mismo, y como condición indispensable para incrementar la aceptación de los métodos de planificación familiar. De allí surgieron los términos, conceptos y programas de "salud materno-infantil" y "sobrevivencia en la infancia", aún ampliamente utilizados.

En 1987, los programas dirigidos a la salud materno-infantil pusieron, por primera vez, especial énfasis en la madre, al lanzar a nivel internacional la Iniciativa para una Maternidad Sin Riesgos. El objetivo principal de este programa es reducir la mortalidad materna, es decir, el impacto de los problemas de salud que se presentan como consecuencia del embarazo (incluyendo el aborto), las complicaciones secundarias al uso de métodos de planificación familiar, el parto y el puerperio. La iniciativa es de un valor

incuestionable, ya que saca a la luz el olvidado e inaceptable problema de la mortalidad materna, y reconoce la atención obstétrica universal y de buena calidad, así como la prevención y detección oportuna de complicaciones, como un derecho de todas las mujeres y una obligación de los servicios. Sin embargo, tiene una limitación importante se enfoca únicamente a las mujeres que desean tener hijos o que están embarazadas, y sólo indirectamente toca otros problemas reproductivos. En los últimos años, importantes cambios sociodemográficos hicieron evidente que los programas desarrollados hasta entonces tenían una perspectiva demasiado estrecha para abordar todos los aspectos de salud relacionados con la reproducción humana.

En efecto, una familia pequeña se ha convertido en la aspiración de muchas mujeres, y la planificación familiar, consecuentemente, ha dejado de ser una herramienta circunstancial para convertirse en un componente más de la vida cotidiana. Al mismo tiempo, las mujeres reclaman el derecho de recibir atención para todas sus necesidades de salud, no sólo para aquellas directamente vinculadas con la maternidad. Por su parte, las enfermedades de transmisión sexual, adquirieron en la última década proporciones epidémicas y su atención se ha convertido en una prioridad. También, los adolescentes -grupo de la población en rápido crecimiento- tienen necesidades reproductivas específicas y requieren de una atención especialmente dirigida a ellos. Por último, se hizo evidente que la ausencia de los hombres como población objetivo de los programas de Planificación Familiar reduce sustancialmente la eficiencia de los mismos. La salud reproductiva se refiere también a la capacidad de regular la fecundidad sin riesgos y escoger el método más conveniente de manera libre e informada, y al derecho a tener una vida sexual satisfactoria y libre de enfermedad. Sólo muy recientemente, el concepto se ha ampliado aún más para abarcar a todos aquellos aspectos relacionados con la "salud de la mujer. Bajo este título se incluyen todos los procesos relacionados con la reproducción, en un sentido amplio, pero se agregan también los problemas propios de la mujer en etapas del ciclo vital previas y posteriores a la edad reproductiva, y los asociados con el contexto social, el trabajo y el envejecimiento. Así, el concepto integral de salud de la mujer rebasa al de salud reproductiva para extenderse a los problemas durante todas las etapas en su vida.

La atención integral a la salud de la mujer, además de ser un objetivo humanitario en sí mismo, se reconoce como una inversión para el crecimiento económico de la familia y la sociedad, y para la salud y bienestar de los niños (Banco Mundial, 1993). En este mismo sentido, la atención a la salud de la mujer se considera altamente efectiva, ya que en la actualidad se cuenta con herramientas técnico-científicas de bajo costo para prevenir, detectar oportunamente y resolver la mayoría de los problemas de su salud. Esta eficiencia se incrementa aún más porque la mayoría de los padecimientos se encuentran interrelacionados: al solucionar uno de ellos, los beneficios se extienden a muchos otros. (Banco Mundial, 1993) En el contexto de una preocupación general por la condición de la mujer, conocer de qué modo dicha condición afecta la salud es, indudablemente, una cuestión relevante.

Los patrones reproductivos reflejan los valores que prevalecen en cada cultura en relación con la reproducción, y el acceso de las mujeres a las tecnologías anticonceptivas. Las sociedades tradicionales se caracterizan por una elevada fecundidad, intervalos intergenésicos cortos y reproducción en edades extremas. Estos perfiles reproductivos se asocian con un mayor riesgo de mortalidad para madres e hijos (Langer, Bobadilla y Schlaepfer 1990, pp. 467-473.).

Si se analiza el número de hijos promedio por mujer en diversas regiones del mundo, se hace patente la relación de este indicador con el desarrollo socioeconómico. En efecto, mientras que en 1990 en Europa y América del Norte la fecundidad no llegaba a 2, en América Latina era aproximadamente de 3.6 y en África superaba la cifra de 6. (Naciones Unidas, 1988)

Al analizar otro indicador del mismo proceso el porcentaje de años de la etapa reproductiva que una mujer dedica al embarazo y la lactancia, se observa que más de 60% de la vida adulta de la mujer se invierte en la procreación y crianza de los hijos. En México, se calcula que este indicador es de aproximadamente 32% (Organización Mundial de la Salud, 1992) En nuestro país, un análisis de datos de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (Secretaría de Salud, 1987) aporta información sobre la distribución de patrones reproductivos por grupo social.



Al analizar estos patrones según la estratificación social, se encuentra que las madres de 20 a 34 años, con primeros nacimientos, o subsecuentes con velocidad reproductiva lenta, están representadas en los estratos socioeconómicos más altos. Las madres del mismo grupo de edad, con velocidades reproductivas media o rápida y las mayores de 35 corresponden a los estratos sociales más desfavorecidos. Estos resultados señalan claramente que los patrones reproductivos no se distribuyen al azar. Los más desfavorables para la salud materna e infantil son los que prevalecen en los grupos sociales de nivel socioeconómico más bajo.

#### **4.1 MATERNIDAD SIN RIESGO**

“Los gobiernos, con la participación de la ONU, la sociedad civil, ONGs y la comunidad internacional, deberían reconocer los vínculos existentes entre los altos niveles de mortalidad materna y pobreza, promover la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas como una prioridad de salud pública (...) que las mujeres tengan acceso a la atención obstétrica básica, servicios de atención de salud materna y a una atención calificada durante el parto” (Plan de Acción de la CIPD, El Cairo, 1994)

Unas 1.400 mujeres mueren cada día por causas asociadas con el embarazo y el parto (Organización Mundial de la Salud 1998). Otras decenas de miles más sufren complicaciones durante el embarazo que ponen en peligro sus vidas y las de sus hijos o les causan graves discapacidades.

Los peligros del embarazo pueden reducirse bastante si la mujer se encuentra en un buen estado de salud y está bien alimentada antes de quedarse embarazada, si se somete a un reconocimiento médico al menos cuatro veces durante el embarazo, realizado por un agente diplomado de la salud, y si una persona cualificada atiende el parto, es decir, un médico, una enfermera o una partera. Es preciso también que la mujer reciba un reconocimiento médico durante las 12 horas después del parto y seis semanas después de dar a luz.

Para analizar la maternidad sin riesgos es necesario manejar los siguientes conceptos (Guía clínica para la atención prenatal Rev. Med. IMSS 2003; n° 4):

Diagnóstico mínimo de embarazo: es el conjunto más pequeño de condiciones clínicas que determinan con alta probabilidad la existencia de la gestación.

Embarazo de bajo riesgo: aquel carente de antecedentes patológicos de la madre que signifiquen incremento del riesgo obstétrico o evidencia clínica de complicación menor o mayor del embarazo. Las mujeres con esta condición recibirán el cuidado prenatal por parte de la enfermera materno-infantil.

Embarazo de riesgo intermedio: cuando existan condiciones o complicaciones menores de la gestación, las cuales puedan ser controladas con los recursos del primer nivel de atención. Estas mujeres quedarán bajo el cuidado prenatal del médico familiar

Embarazo de alto riesgo: aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto. Estas mujeres requieren ser atendidas en la consulta externa del segundo nivel como pacientes ambulatorias u hospitalizadas, por lo tanto deberán ser referidas a estas instalaciones. Edad gestacional: periodo transcurrido entre el primer día de la última menstruación y el día que tiene lugar el nacimiento del niño, expresado en semanas completas.

Factor de riesgo obstétrico: condición o factor que cuando está presente aumenta la probabilidad de que la madre o el niño desarrollen una enfermedad.

Vigilancia del embarazo: conjunto de acciones en secuencia. Las dos primeras consultas obligadamente serán llevadas a cabo por el médico familiar y las subsecuentes por el médico familiar para la asignación la hará el médico familiar en función de la determinación de la magnitud del riesgo obstétrico. La vigilancia tomará en cuenta los aspectos diagnóstico, terapéutico preventivo y educativo La primera revisión idealmente debe darse lo más pronto posible durante el primer trimestre de la gestación; la segunda evaluación clínica un mes después; las subsecuentes con frecuencia mensual los primeros seis meses del embarazo, cada 15 días durante el séptimo y octavo mes y cada semana hasta el término.

**Cuadro I**  
**Factores de riesgo obstétrico**

Alto riesgo*	Riesgo intermedio*	Bajo riesgo*
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hipertensión arterial</li> <li>■ Diabetes mellitus</li> <li>■ Cardiopatía</li> <li>■ Nefropatía</li> <li>■ Rh negativo con Coombs indirecto positivo</li> <li>■ Otra enfermedad crónica o sistémica grave</li> <li>■ Hemorragia transvaginal durante el tercer trimestre</li> </ul> <p>Antecedente de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dos o más abortos</li> <li>■ Preeclampsia–eclampsia</li> <li>■ Malformaciones congénitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Edad &lt; 20 y &gt; 34 años</li> <li>■ Tabaquismo crónico</li> <li>■ Infección de vías urinarias</li> <li>■ Hemorragia transvaginal durante el primer trimestre</li> </ul> <p>Antecedente de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cuatro o más embarazos o con bajo peso al nacer</li> <li>■ Muerte fetal</li> <li>■ Dos o más cesáreas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ausencia de los factores o condiciones para riesgo intermedio y alto</li> <li>■ Estatura menor de 150 cm</li> <li>■ Escolaridad primaria o menos</li> </ul> <p>Antecedente de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Intervalo intergenésico &lt; 2 años</li> <li>■ Una cesárea o aborto</li> </ul>
<p>↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Envío al segundo nivel de atención</div>	<p>↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Atención prenatal por el médico familiar</div>	<p>↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Atención prenatal por la enfermera materno-infantil</div>

\*Uno o más factores o características permite calificar la magnitud del riesgo

Acciones	Primera consulta (con médico familiar)	Segunda consulta (con médico familiar)	Consultas subsecuentes (con médico familiar o EMI)
Diagnóstico- terapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Historia clínica</li> <li>■ Cálculo del riesgo obstétrico</li> <li>■ Peso, talla, tensión arterial, examen pélvico</li> <li>■ Ácido fólico, 5 mg vía oral cada 24 horas</li> <li>■ Sulfato o fumarato ferroso, 100 mg vía oral, 3 veces al día</li> <li>■ Biometría hemática, glucemia, examen general de orina, VDRL, grupo sanguíneo y Rh</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Interpretar resultados de laboratorio</li> <li>■ Actualización del riesgo obstétrico</li> <li>■ Peso, tensión arterial foco fetal, fondo uterino</li> <li>■ Urocultivo entre las 12 y 18 semanas de edad gestacional para detección de bacteriuria asintomática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Actualización del riesgo obstétrico</li> <li>■ Peso, tensión arterial, fondo uterino, foco fetal, movimientos fetales, detección de edema y sangrado transvaginal</li> <li>■ Biometría hemática y examen general de orina entre las semanas 18 a 20 y 32 a 34</li> <li>■ Glucemia entre las semanas 24 a 28</li> </ul>
Preventivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Primera dosis de toxoide tetánico</li> <li>■ Diagnóstico oportuno de cáncer</li> <li>■ Detección de VIH en sujetos con riesgo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Segunda dosis de toxoide tetánico</li> </ul>	
Educativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dieta variada de acuerdo con la disponibilidad local de alimentos</li> <li>■ Uso de zapato bajo</li> <li>■ Caminata de 30 minutos tres veces a la semana</li> <li>■ Técnica de cepillado dental y beneficios de la vigilancia de la salud bucodental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Control o modificación de factores de riesgo modificables</li> <li>■ Identificación de signos de alarma</li> <li>■ Orientación de conductas en caso de signos de alarma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Continuar modificación de factores de riesgo y vigilancia de signos de alarma</li> <li>■ Fomento de la lactancia materna</li> <li>■ Apoyo para la elección y aceptación de un método de planificación familiar</li> </ul>

*EMI = enfermera materno-infantil*

Cuadro 1 Guía clínica para la atención prenatal Rev. Med. IMSS 2003; n° 41

En 1987, el Banco Mundial, junto con la OMS y el FNUAP, patrocinaron una conferencia sobre maternidad sin riesgo en Nairobi, Kenya, cuyo propósito fue contribuir a generar conciencia mundial acerca del impacto de la mortalidad y morbilidad maternas. En la conferencia se presentó la Iniciativa por una Maternidad Sin Riesgo, la que hizo un llamado a la acción a nivel internacional para que en el año 2000 las cifras de mortalidad y morbilidad maternas disminuyeran a la mitad. En esa oportunidad, también se formó el

Grupo Interagencial para una Maternidad sin Riesgo, el que desde entonces está constituido por UNICEF, PNUD, IPPF y el Population Council.

Posteriormente, los objetivos de la Iniciativa fueron adoptados por la mayoría de los países en desarrollo. Bajo esta iniciativa, los países han desarrollado programas para disminuir la mortalidad y morbilidad maternas. Las estrategias adoptadas para procurar una maternidad sin riesgo varían según cada país. Entre éstas se incluyen:

- proveer servicios de planificación familiar,
- proveer atención postaborto,
- fomentar la atención prenatal,
- garantizar una atención calificada durante el parto
- mejorar la atención obstétrica esencial y
- abordar las necesidades de salud reproductiva de los/las adolescentes.

Bangladesh, por ejemplo, estableció el Día de la Maternidad sin Riesgo, que se observa todos los años, una demostración de que el país reconoce que la atención de las embarazadas proporciona una saludable entrada en la vida a sus hijos.

El caso de Bangladesh es un modelo a seguir, pues los medios de difusión, el Gobierno, los agentes de salud y varios organismos se movilizaron para abordar las cuestiones sociales que son el trasfondo de la muerte de muchas madres.

Los servicios de maternidad y de planificación familiar utilizan el concepto "Riesgo Reproductivo" para poder decidir qué mujeres van a usar qué servicio. Frecuentemente para ello se recurre a un sistema de medición que permite clasificar a las mujeres de acuerdo al nivel de riesgo que enfrentan.

El "riesgo materno" se define como la probabilidad de morir o de sufrir una complicación grave como resultado del embarazo o del parto (Winikoff, 1991 p. 46). El concepto de alto riesgo presenta dificultades en su delimitación. El alto riesgo, en sentido estricto se trata

sólo de una comparación de probabilidades. Los riesgos altos y bajos existen solamente en comparación entre sí o con una norma. (Winikoff, 1994 p. 155-159).

Lo anterior implica que, para que el enfoque de riesgo se utilice como base para la prestación de servicios deben cumplirse varios prerequisites. Cada uno de ellos es complejo; juntos son casi imposibles de alcanzar.

Primero se necesita un sistema de clasificación que permita distinguir a las mujeres con mayor riesgo de presentar resultados negativos. En segundo lugar, los proveedores de servicios de salud deben conocer y aplicar el sistema de evaluación de riesgo de un modo efectivo. Además, todo esto debe ser realizado a un costo razonable. Finalmente, para poder tener algún impacto, la identificación del riesgo debe llevar a un tratamiento.

Los sistemas de evaluación del riesgo son la base para el uso del concepto de riesgo en un contexto clínico. Para poder construir un sistema de riesgo se requiere información cualitativamente buena. No obstante, en la mayoría de las comunidades donde se intenta aplicar este enfoque los datos son escasos y no confiables.

La muerte y bajo peso al nacer, así como la muerte neonatal son mucho más fáciles de documentar y mucho más comunes que la mortalidad materna. Por lo tanto, lo que hacen muchos de los llamados sistemas de riesgo es predecir la mortalidad infantil y no la mortalidad materna.

Otra limitación del enfoque de riesgo es que no se puede sugerir ningún tipo de intervención sin hacer referencia a las condiciones clínicas específicas y éstas no suelen ser suficientemente claras en una graduación del riesgo. Es por ello que una puntuación de riesgo alta no induce necesariamente a ningún tipo de intervención específica.

El segundo criterio para el uso efectivo del concepto de riesgo como una base para la prestación de servicios es que el sistema debe ser enseñado de manera adecuada a quienes lo van a utilizar. La capacitación que el personal clínico requiere para llenar las formas de graduación del riesgo o usar los sistemas de medición matemática es intrínsecamente difícil. El personal clínico no está formado con la orientación adecuada para ello y frecuentemente posee muy poco o ningún interés en este tipo de medición matemática.

Adicionalmente, la capacitación toma tiempo. Por otra parte, la capacitación cuesta dinero. Los entrenadores tienen que ser contratados y deben recibir un pago por sus servicios. Asimismo, las tareas clínicas deben ser absorbidas por alguien más mientras los proveedores se están entrenando.

Los sistemas de riesgo también necesitan ser aplicados de manera correcta para ser efectivos; sin embargo, esto casi nunca sucede. El personal clínico, presionado por el tiempo, pocas veces llena las complicadas formas de manera completa o exacta. Cuanto más completos sean los sistemas de graduación de riesgo, tienden a ser más complicados y, consecuentemente, se introducen más errores en su uso.

En algunos casos los sistemas de evaluación de riesgo son vistos como un fin en sí mismos, como procesos que permiten identificar a las mujeres en riesgo, aunque no exista nada que ofrecerles. Esto no es útil, ético ni adecuado. Los problemas no se deben identificar si no existen los recursos para tratarlos.

Dado que es más factible abocarse a problemas específicos que al riesgo en sí, una propuesta interesante es que se aclaren conceptos y lenguaje: es diferente buscar un riesgo que estudiar una población para identificar indicadores de enfermedades asintomáticas y resolver problemas en etapas tempranas.

Posiblemente la identificación del riesgo es la menos útil de estas actividades. Sin embargo, la detección de problemas, particularmente en una fase temprana, los hace más manejables por lo que es una meta que se debe tratar de alcanzar. La propuesta sería que, en lugar de identificar riesgos se busquen problemas. En el caso de la salud materna se trataría de buscar los embarazos problemáticos en vez de las mujeres de alto riesgo. Con esta perspectiva seguramente se ayudaría más y mejor a las mujeres que recabando información y elaborando complicados sistemas que tienden a ser poco confiables, se enseñan y aplican deficientemente y consumen los limitados recursos que poseen los servicios de salud. Es importante que todas las familias conozcan los síntomas de alarma durante el embarazo y el parto y que hayan establecido planes y dispongan de recursos para recibir ayuda capacitada inmediata si surge algún problema. La UNICEF establece los siguientes criterios para una maternidad sin riesgos (La UNICEF 2003).

- 1) Durante el parto pueden darse situaciones de riesgo. Es imposible predecir la mayoría de este tipo de complicaciones. El primer parto es el más peligroso para la madre y el recién nacido. (Ibidem)

Es preciso que una mujer embarazada se someta a un reconocimiento médico al menos cuatro veces durante cada embarazo. También es importante que consulte con una persona capacitada para atender un parto como un médico, una enfermera o una partera, sobre el lugar donde debería nacer el pequeño.

Debido a que pueden surgir problemas peligrosos inesperados durante el embarazo, el parto o poco después del nacimiento, todas las familias tienen que saber dónde se encuentra el hospital o la clínica más cercanos, haber establecido planes y separado recursos financieros para trasladar rápidamente a la mujer a cualquier hora. Si es posible, la futura madre debería trasladarse temporalmente a un lugar cercano a la clínica o al hospital, para disponer de asistencia médica a su alcance.

Si una familia sabe que un parto puede ser difícil o entrañar algún riesgo, debe procurar que el niño nazca en un hospital o clínica. Todos los partos, especialmente los primeros, son más seguros en una clínica de maternidad o en un hospital.

Es importante que todas las familias conozcan los factores de riesgo y sean capaces de reconocer los síntomas de alarma que indican la posibilidad de que se produzca algún problema.

Factores de riesgo para la mujer antes del embarazo:

- Un intervalo de menos de dos años desde el último parto
- Una edad menor de 18 años o mayor de 35
- Haber tenido ya cuatro hijos o más
- Haber tenido ya un hijo prematuro o algún hijo con un peso al nacer inferior a 2 kilogramos
- Haber tenido un parto difícil o mediante cesárea



- Haber sufrido algún aborto espontáneo o haber dado a luz un niño muerto
- Pesar menos de 38 kilogramos
- Haber padecido infibulación o excisión genital.

Síntomas de alarma durante el embarazo:

- Problemas para aumentar de peso (durante el embarazo la madre debe aumentar al menos 6 kilos)
- Anemia, palidez de la cara interna de los párpados (ésta debe tener un color rojo o rosado), cansancio o falta de aliento
- Hinchazón excesiva de piernas, brazos o cara
- El feto se mueve muy poco o nada.

Señales que indican la necesidad de recibir asistencia inmediata:

- Manchas o pérdidas vaginales de sangre durante el embarazo o hemorragias profundas o persistentes después del parto
- Fuertes dolores de cabeza o de estómago
- Vómitos abundantes o persistentes
- Fiebre alta
- Rotura de aguas antes del momento fijado para el parto
- Convulsiones
- Graves dolores
- Parto prolongado.

2) Una persona capacitada para atender un parto, como por ejemplo un médico, una enfermera o una partera diplomada, debe examinar a la mujer por lo menos cuatro veces durante el embarazo y prestar asistencia en todos los partos. (Ibidem)

Es preciso prestar atención a todos los embarazos, debido a que siempre existe el peligro de que se presente un problema. Muchos de los riesgos pueden evitarse si la futura madre acude a un centro de salud o a un obstetra capacitado en cuanto crea estar embarazada. Durante el embarazo, todas las mujeres deben someterse a cuatro reconocimientos médicos. También deben ser examinadas durante las 12 horas posteriores al parto y seis semanas después de haber dado a luz.

Si se producen hemorragias o dolores abdominales durante el embarazo, o cualquiera de los síntomas de alarma señalados anteriormente, es preciso consultar inmediatamente a un agente de la salud o una persona capacitada para atender un parto.

La presencia de una persona capacitada que atienda el parto en un establecimiento sanitario y que realice un reconocimiento de la madre durante las 12 horas posteriores al parto, reduce la posibilidad de que la madre o el recién nacido se enfermen o incluso mueran.

Una persona capacitada para atender un parto (un médico, una enfermera o una partera diplomada) contribuye a asegurar que el embarazo sea seguro y el recién nacido saludable, al:

- controlar la evolución del embarazo, con el fin de poder trasladar a la mujer a un hospital para el parto, si existen probabilidades de que surja algún problema
- controlar la posible presencia de hipertensión, que representa un riesgo para la madre y el niño
- administrar sistemáticamente suplementos de hierro o ácido fólico, para prevenir la anemia
- prescribir la dosis adecuada de vitamina A para proteger a la madre y al recién nacido contra cualquier infección (en las zonas donde haya carencia de vitamina A)
- detectar cualquier infección durante el embarazo, especialmente infecciones del aparato urinario e infecciones transmitidas por vía sexual, y tratarlas con antibióticos

- administrar las dos vacunas que protegerán a la madre y al recién nacido contra el tétanos
  - alentar a todas las mujeres embarazadas a que utilicen solamente sal yodada en la preparación de los alimentos para protegerse contra el bocio y proteger a sus hijos de futuras discapacidades físicas y mentales
  - controlar el desarrollo adecuado del feto
  - administrar tabletas contra el paludismo en caso necesario
  - preparar a la madre para el parto y aconsejarla sobre la lactancia materna y el cuidado del recién nacido
  - aconsejar a la mujer embarazada y a su familia, sobre el lugar donde debe realizarse el alumbramiento y cómo obtener ayuda en caso de que surja algún problema durante el parto o inmediatamente después
  - ofrecer orientación sobre cómo evitar el contagio de infecciones transmitidas por la vía sexual
- 3) Todas las mujeres embarazadas necesitan consumir alimentos especialmente nutritivos y más descanso de lo habitual durante el embarazo. (Ibidem)

Una mujer embarazada debe recibir una dieta variada de los mejores alimentos al alcance de la familia: leche, frutas, verduras, carne, pescado, huevos, cereales y legumbres. La ingestión de estos alimentos durante el embarazo no presenta ningún riesgo para la salud. La mujer que come alimentos ricos en hierro, vitamina A y ácido fólico se sentirá más fuerte y saludable durante el embarazo. Estos componentes se encuentran en la carne, el pescado, los huevos y las verduras, así como en las frutas y las legumbres naranjas o amarillas.

- 4) En muchas comunidades, el maltrato físico de la mujer es un grave problema de salud pública. El maltrato durante el embarazo es peligroso para la mujer y el feto. (Ibidem)

En caso de maltrato físico, tanto la mujer embarazada como su futuro hijo pueden sufrir graves lesiones. Las mujeres embarazadas que sufren maltratos físicos pueden quedar incapacitadas para tener más hijos. Los miembros de su familia deben estar al corriente de estos peligros y deben protegerla de la persona que la maltrate.

- 5) Las niñas que hayan recibido una educación, que hayan gozado de buena salud y que hayan estado bien alimentadas en su infancia y adolescencia tendrán menos problemas durante el embarazo y el parto. (Ibidem)

Poder leer y escribir ayuda a la mujer a proteger su salud y la de su familia. Las niñas que han recibido por lo menos siete años de enseñanza tienen menos posibilidades de quedarse embarazadas durante la adolescencia y suelen casarse más tarde que aquellas que no han recibido una educación.

Una buena alimentación durante la infancia y la adolescencia reduce los problemas que puedan surgir durante el embarazo y el parto. Una alimentación nutritiva incluye el consumo de frijoles y otras legumbres, cereales, verduras de hojas verdes y frutas y verduras rojas, amarillas y naranjas. Siempre que sea posible, es preciso incluir leche u otros productos lácteos, huevos, pescado, pollo y carne.

La escisión genital entre las niñas o las mujeres puede ser causa de graves infecciones vaginales y urinarias que pueden conducir a la esterilidad y la muerte. La escisión genital femenina puede provocar también complicaciones peligrosas durante el parto y generar problemas para la salud mental de las niñas y las mujeres.

#### **4.2 DERECHO A LA MATERNIDAD SIN RIESGOS**

“Fortalecer y reorientar los servicios de salud (...) con el fin de asegurar el acceso universal a servicios de salud para reducir la morbilidad materna y alcanzar a nivel mundial el objetivo convenido de reducir la mortalidad materna, como mínimo en un 50% de las cifras de 1990 para el año 2000 y en otro 50% para el año 2015” (Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995.)

La mujer como ser social y miembro de la comunidad mundial, tiene derecho a la salud reproductiva, como la maternidad sin riesgos. La mortalidad y la enfermedad materna son temas de los derechos humanos de la mujer. Aplicar los derechos para una maternidad sin riesgo caracterizada durante el embarazo como en el parto. En diversas conferencias como la de 1999 realizada por la ONU Gro Harlem Brundtland, Directora General de la OMS; James Wolfensohn, Presidente del Banco Mundial; Nafis Sadik, Secretaria Ejecutiva del FNUAP; y Carol Bellamy, Directora Ejecutiva de la UNICEF, coincidieron en sus declaraciones en que la "Maternidad sin riesgos" es un "derecho humano" de las mujeres, que forma parte del derecho humano básico a la "salud reproductiva"(ONU, 1999).

¿El Darle Poder De Decisión a la Mujer Puede Favorecer La Maternidad Sin Riesgo? (Women's Lives and Experiences: A Decade of Findings from the Demographic and Health Surveys Program. Macro International, Calverton, MD, 1994.) Permite que la mujer:

- hable abiertamente sobre sus necesidades y preocupaciones en materia de salud.
- acuda a los servicios sin demora y con confianza.
- exija responsabilidad a los proveedores por los servicios prestados y a los gobiernos por sus políticas.
- participe más en el desarrollo social y económico.

Utilizar los derechos humanos a nivel internacional para fomentar la maternidad sin riesgo (Cook, 1997, 18-23.)

Para fomentar la maternidad sin riesgo se puede hacer uso de los acuerdos internacionales de derechos humanos. Estos documentos, al igual que la mayoría de las constituciones nacionales, como en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que garantiza: El derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona. Estos derechos requieren que los gobiernos provean acceso a una atención adecuada de la salud y garanticen que los ciudadanos puedan elegir cuándo y con qué frecuencia tener hijos.

- Los derechos relacionados con la formación de la familia y la vida familiar. Estos derechos exigen que los gobiernos provean acceso a la atención de la salud y otros

servicios que la mujer necesita para formar una familia y disfrutar de la vida familiar.

- El derecho a los servicios de la salud (incluyendo información y educación) y a los beneficios de los adelantos científicos. Estos derechos requieren que los gobiernos provean a las mujeres atención de la salud sexual y reproductiva.
- El derecho a la igualdad sin discriminación. Estos derechos exigen que los gobiernos aseguren que toda mujer y toda joven tenga acceso a los servicios (tales como educación y atención de la salud), sin importar la edad, estado civil, raza o estrato socioeconómico.

Después de la iniciativa lanzada en 1987 sobre maternidad sin riesgos organizada por la ONU, diez años más tarde los gobiernos, las instituciones y los asociados de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo de todo el mundo, se reunieron en octubre de 1997 para identificar las formas más eficientes y costo-efectivas de mejorar la salud materna determinan que los derechos para ejercer una maternidad sin riesgo donde se debe incluir:

Un conjunto integral de servicios para una maternidad sin riesgo debería incluir: (UNICEF 1997 “Maternidad Sin Riesgos”).

- *Durante el embarazo: Cuidado prenatal y asesoría.*
- *Durante el parto: Atención calificada durante el trabajo de parto y el parto.*
- *Después del parto: Atención postparto.*
- *Antes y después del embarazo :Planificación familiar.*
- *Durante todo el ciclo reproductivo de la mujer :Atención relacionada con el aborto.*
- *Para la mujer y la familia: Educar a la comunidad.*

Los temas claves de salud a impartirse a la mujer y a su familia deberían incluir cómo prevenir embarazos no deseados y evitar el aborto en condiciones de riesgo; cómo reconocer las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto en condiciones de riesgo y

a dónde acudir para el tratamiento y a reconocer los peligros de ciertos métodos tradicionales durante el embarazo y el parto. También es necesario educar a los responsables, incluyendo a los esposos, líderes de la comunidad y legisladores de políticas nacionales, para fomentar la maternidad sin riesgo y mejorar la salud y la condición de la mujer.

En La Declaración De Derechos De La Madre Barcelona, (Barcelona, 23-27 Septiembre 2001) el objetivo de esta declaración es lograr que en el siglo XXI el proceso reproductivo humano tenga lugar, en cualquier parte del mundo, en condiciones de bienestar físico, mental y social tanto para la madre como para su hijo, superando los brutales desequilibrios actuales.

1. La maternidad debe ser de libre elección. Toda mujer tiene el derecho a decidir libremente sobre el momento más adecuado para tener sus hijos, el espacio ínter genésico y cuántos hijos quiere tener. El uso de métodos anticonceptivos eficaces debe ser accesible a todas las mujeres.

2. Toda mujer tiene derecho a recibir educación e información sobre salud reproductiva, embarazo, parto, lactancia materna y cuidados neonatales. En consecuencia, los profesionales y los Servicios de Salud deben promover estos aspectos, tanto en la mujer como en su pareja, y, al mismo tiempo, asegurar la asistencia de ambos a cursos de preparación, como una parte integrante de la atención prenatal.

3. Todas las mujeres tienen el derecho a que, en cualquier país del mundo, los gobiernos les garanticen una asistencia sanitaria correcta, que evite riesgos innecesarios. Toda mujer tiene derecho a un Sistema de Salud adecuado y a medidas de protección durante su embarazo. Los servicios sanitarios de atención al embarazo deben ser de calidad y tener los recursos suficientes. El cuidado obstétrico debe tener en cuenta el respeto a la diversidad de culturas y creencias, ya que la atención obstétrica no tiene fronteras.

4. Toda mujer tiene derecho a recibir información adecuada sobre los procedimientos y avances tecnológicos, tanto diagnósticos como terapéuticos, aplicables durante el embarazo y el parto. Y en todo momento debe tener acceso a los procedimientos disponibles que se consideren más seguros. Las mujeres embarazadas tienen derecho a recibir información sobre los procedimientos de diagnóstico prenatal disponibles en cada medio, y su decisión respecto a los mismos debe ser libre e informada.

5. Toda mujer tiene derecho a una nutrición adecuada durante el embarazo. La alimentación de la mujer debe permitir recibir todos los nutrientes necesarios tanto para un correcto crecimiento del niño como para su propia salud.
6. Toda mujer asalariada tiene derecho a no ser marginada durante o a causa de un embarazo. El acceso y la continuidad al mundo laboral deben estar garantizados. Una adecuada legislación laboral debe asegurar durante la gestación la efectiva igualdad de oportunidades, los preceptivos permisos laborales y la adaptación de horarios. La madre lactante tiene derecho a amamantar a su hijo durante la jornada laboral.
7. Ninguna mujer sufrirá discriminación, ni penalización, ni marginación social, a causa de una interrupción voluntaria de su embarazo.
8. El derecho a la maternidad no puede ser limitado por los poderes públicos en base a criterios demográficos o sociales. Tanto las familias monoparentales como las biparentales, tienen los mismos derechos frente a una maternidad.
9. Toda madre tiene el derecho y el deber de compartir las decisiones del proceso reproductivo con el padre, el cual deberá respetarlas. Toda mujer tiene derecho a no ser violentada ni coaccionada por su pareja en función de su maternidad. Los derechos de ambos deben ser ejercidos con equidad y corresponsabilidad.
10. Toda mujer tiene el derecho a ser informada de los beneficios de la lactancia Materna y animada a iniciarla inmediatamente después del parto. Sin embargo, la mujer escogerá libremente la forma de lactancia, sin perjuicios sociales o culturales.
11. Toda mujer tiene derecho a participar en los procesos de decisión (diagnósticos y/o terapéuticos) que le afecten, tanto a ella como a su hijo. Toda decisión debe ser libre e informada.
12. Las mujeres que dan a luz en una determinada institución tienen derecho a decidir sobre la vestimenta (propia y del recién nacido), destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes para cada persona. Toda mujer tiene derecho a un acceso ilimitado a su hijo mientras se encuentre en el centro hospitalario y su estado se lo permita.
13. Las mujeres embarazadas con drogadicciones, SIDA u otros problemas médicos o sociales que auspicien marginación, tienen derecho a ayuda y a programas específicos. Las embarazadas inmigrantes tienen derecho a ser atendidas en igualdad de condiciones que las del país de recepción o asilo.



14. Toda mujer tiene derecho a su intimidad, y los profesionales tienen el deber de respetarla.

## **5. ESTUDIO DE CASO “SALUD REPRODUCTIVA Y FACTORES DE RIESGO”**

Para el siguiente estudio de caso, se aplicaron 100 encuestas dirigidas a las embarazadas que presentaban riesgo reproductivo, el riesgo reproductivo se dividió en alto y bajo. Se seleccionaron al azar, 50 embarazadas para cada grupo, según el nivel de riesgo.

La muestra se obtuvo en el Hospital General de Zona N° 47 "Vicente Guerrero", del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La información se organizó en cuatro niveles, tales como nivel sociodemográfico, nivel de conocimiento sobre factores de riesgo reproductivo, nivel de información que tienen las embarazadas con relación a la metodología anticonceptiva y nivel de información, con relación al consentimiento informado.

### **NIVEL SOCIODEMOGRÁFICO**

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, las tres variables más importantes consideradas en éste nivel fueron la escolaridad, el nivel educativo e ingreso económico. Se observó que hay diferencias significativas entre los grupos en lo que respecta a éstos aspectos.

El grado de escolaridad promedio de las pacientes de bajo y alto riesgo, es de secundaria, lo cual pudiera ser que estos conocimientos respecto a los embarazos de alto riesgo y a los métodos anticonceptivos, podría haberse dado en este nivel educativo. El promedio de ingresos económicos fue mayor a cuatro salarios mínimos en las embarazadas de bajo riesgo, mientras que en las embarazadas de alto riesgo, el nivel de ingresos fue menor a cuatro salarios mínimos. Asimismo, el número de hijos aumenta conforme desciende el

nivel educativo de las gestantes y menores ingresos económicos perciben, contrario a lo que ocurre con las embarazadas de alto riesgo.

Estos resultados son relativos, dado que aunque la diferencia es mínima, no deja de ser relevante para explicar que la salud reproductiva en cifras, aporta no sólo los datos socioeconómicos de las pacientes, sino también, refleja información sobre las condiciones generales de las mismas.

## **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO**

Con relación al nivel de conocimientos sobre factores de riesgo reproductivo, se obtuvieron los siguientes datos: Un 76% de las encuestadas de bajo riesgo en esta muestra, afirma conocer el concepto de FACTOR DE RIESGO REPRODUCTIVO, mientras que en las embarazadas de alto riesgo sólo el 68% conocen éste concepto, lo cual refleja un nivel aún alto, de desconocimiento al respecto.

Asimismo, sólo un 60% de las mujeres de bajo riesgo a quienes se les aplicó la encuesta, consideran que un bajo nivel educativo es un factor de riesgo reproductivo, contra el 78% de las embarazadas de alto riesgo, es decir, estas mujeres no consideran la educación formal, como un instrumento que realmente ayude a prevenir complicaciones durante el embarazo y el parto.

La educación constituye una fuerza poderosa para modificar conductas sexuales y reproductivas que pueden resultar lesivas. Entre las mujeres de bajos ingresos una educación normal debiera fomentar el aumento de la edad en que se constituye la primera unión y, por esa vía, retrasar la iniciación sexual, y atenuar la incidencia del embarazo en edades precoces. A su vez, la educación sexual constituye uno de los pilares de la prevención de riesgos; además, puede contribuir a fomentar un papel activo de las personas en los ámbitos de la salud reproductiva y del ejercicio de los derechos en este campo. Estos esfuerzos en materia de educación son fundamentales para mejorar la eficacia en el uso de los métodos anticonceptivos, sobre todo, si éstos son naturales o tradicionales; también

estos esfuerzos coadyuvarían a satisfacer la exigencia de una disponibilidad amplia de métodos anticonceptivos. Uno de los resultados de la educación en esta materia, sería evitar los embarazos no deseados en mujeres jóvenes, que aumentan el riesgo reproductivo y ocasiona deserción escolar. La falta de una educación sólida con respecto a la vida sexual y reproductiva, desde los primeros años de la escuela o desde otros ámbitos en la comunidad, es una de las causas que influyen en el inicio muy temprano, y de manera desinformada de la vida sexual, con el frecuente resultado de embarazos no planeados en ese momento.

Una parte importante de las mujeres encuestadas, sabe que existe un factor de riesgo en las mujeres que se les han practicado cesáreas previas. Esto coincide con las valoraciones médicas que consideran un embarazo riesgoso a aquel que se desarrolla tras las condiciones previamente señaladas.

El 74% de las mujeres encuestadas consideradas de bajo riesgo, dicen conocer el tiempo necesario (intervalo intergenésico), que debe mediar entre un embarazo y otro. Aún así, el margen que resta de mujeres de este mismo riesgo, es de 26% que no conocen que ese lapso sigue siendo menor a dos años. Este dato sólo tiene un 2% menor de diferencia con lo que dicen las embarazadas de alto riesgo, de ellas el 78% dice conocer el intervalo que debe haber entre cada embarazo.

En los datos sobre preclampsia, nos encontramos que el 70% de las encuestadas de bajo riesgo, posee conocimientos sobre éste diagnóstico, mientras que sólo el 64% de embarazadas de alto riesgo refirieron conocerlo. En el estudio, sólo investigó si las usuarias conocían éste concepto. No se consideraron en la encuesta conocimiento sobre aspectos de signos y síntomas.

## **NIVEL DE INFORMACIÓN QUE TIENEN LAS EMBARAZADS CON RELACIÓN A METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA**

Los servicios de salud reproductiva proporcionan a las mujeres los conocimientos que necesitan para proteger su salud y la de sus familias.

El 62% de las mujeres de bajo riesgo, conoce algún método de planificación familiar, mientras que el resto afirma lo contrario. En las pacientes de alto riesgo el 70% conoce un método anticonceptivo. Aquí hay un dato significativo, las mujeres con embarazo de alto riesgo de acuerdo con la encuesta, son de bajos ingresos y bajo nivel de escolaridad, y pese a ello, tienen mayor información sobre planificación familiar.

Respecto a la planificación familiar también obtuvimos que el 74% de las mujeres contestó afirmativamente al cuestionamiento sobre si debe colocarse el DIU inmediatamente después del parto, esto en ambos grupos (bajo y alto riesgo).

## **NIVEL DE INFORMACIÓN QUE TIENE LA EMBARZADA CON RELACIÓN AL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En la utilización de anticonceptivos ejercen influencia muchos factores, especialmente el acceso a servicios de salud reproductiva de bajo costo y alta calidad y el conocimiento de la existencia de esos servicios. Dado que las relaciones de género afectan a la salud reproductiva, es necesario que los hombres asuman una mayor responsabilidad por su propio comportamiento sexual y que respeten y respalden los derechos y la salud de las mujeres.

Un 80% de las mujeres encuestadas de bajo riesgo, afirma haber recibido información acerca de los métodos anticonceptivos, y en las mujeres de alto riesgo el 68% también recibió información, esto como resultado de la difusión que hacen las autoridades responsables de estos programas, dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En datos obtenidos sobre los derechos reproductivos de las pacientes tanto de bajo como de alto riesgo, su nivel de conocimiento es significativo y corroborado con la teoría antes ya explicada. Las mujeres empiezan a conocer y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, que en términos de salud es un paso importante ya que para 1960 sólo el 2% a nivel nacional, conocía acerca de sus derechos reproductivos.

Aunque tradicionalmente los servicios de atención de la salud reproductiva se ofrecían sólo a las mujeres de edad fértil, hoy día se reconoce que esa edad ya es demasiado tardía para iniciar cualquier actividad de atención. Los estudios sobre el tema han demostrado que la formación de actitudes se inicia en los primeros años de la vida de una persona. Mucho antes de llegar a la edad escolar, los menores ya tienen conocimiento sobre relaciones sexuales y reproducción humana.

En el Hospital General de la Zona N° 47 Vicente Guerrero, del Instituto Mexicano del Seguro Social, la información respecto a la salud reproductiva, planificación familiar y consentimiento informado, se da a toda mujer que ha concebido o no a un hijo, incluso a las parejas que aún no tienen prácticas sexuales, por tanto, los datos obtenidos en las encuestas son parte del avance que se tiene en salud reproductiva y planificación familiar en México.

## CONCLUSIONES GENERALES

Los distintos foros internacionales, conferencias y declaraciones conjuntas, han hecho un hincapié especial en emitir resoluciones que coadyuvan a mejorar la situación de la mujer en todo el mundo. A nivel internacional, se reconoce la importancia de garantizar la salud reproductiva en todas las mujeres. Estos acuerdos, sin embargo, a veces no encuentran la correspondencia que se desea de ellos en la realidad, dado que el contexto material y económico de muchos países, impide a los gobiernos cumplir con las resoluciones adoptadas.. No obstante, existe la negativa, explícita o no, de muchos regímenes de mejorar la situación de las mujeres en sus respectivos países, esto provocado por el deseo de mantener un status quo de sumisión femenina, avalado por determinados cuerpos ideológicos que en gran parte, tienen un trasfondo económico y político

Nuestro país ha sido uno de los pioneros en el uso de métodos anticonceptivos como una medida de control poblacional y salud reproductiva. Desde mediados del siglo XX, la planificación familiar pasó a formar parte de las prioridades del Estado Mexicano, por lo cual se crearon instituciones públicas y organismos gubernamentales cuya ha sido desde entonces, el elemento que ponga en práctica las políticas de reducción demográfica que el Estado ha considerado pertinentes a través del tiempo y de acuerdo a cada coyuntura histórica.

Las políticas de planificación familiar, están determinadas por las expectativas que los gobiernos tienen acerca de la capacidad real de sostener y dar servicios a la población. Los métodos de planificación familiar, si buscan ser respetuosos de los derechos humanos de las mujeres que los utilizan, deben ser conocidos de manera adecuada por ellas, deben estar plenamente informadas antes de aceptar un método y no les puede ser impuesto de manera arbitraria.

Los derechos reproductivos han sido equiparados en los foros internacionales, a los Derechos Humanos, los cuales han sido universalmente reconocidos por los países de la ONU. Al ser elevados a la categoría de Derechos Humanos, los derechos reproductivos se convierten en obligaciones ineludibles en su respeto, por parte de los estados y gobiernos

del mundo entero. La legislación en esta materia implica, que los individuos e instituciones abocados a ésta tarea, tengan una visión completa, real y humanista del tema, pues los últimos afectados por la leyes emitidas serán las mujeres de cada país, es decir, seres humanos concretos que experimentarán una mejora en sus condiciones de vida, o bien, una baja sustancial en cuanto al ejercicio de su sexualidad, su actividad reproductiva o procreadora. Los factores económicos, así como los intereses de grupo y las culturas tradicionalmente misóginos y opresoras, representan el principal obstáculo para que la promulgación y aplicación de una legislación sobre derechos reproductivos, tengan una práctica real y concreta.

La reproducción humana es una etapa en la vida de las mujeres que no se encuentra exenta de riesgos, por el contrario, es uno de los momentos más críticos experimentados tanto por la madre como por su hijo, pues una mínima variación en las condiciones físicas y psicológicas de ambos, puede desembocar en la extinción de la vida de uno de ellos o de ambos. El embarazo pues, representa una situación de riesgo, que según la mujer, el ambiente físico, las condiciones de higiene, de alimentación, de información y el contexto social en general, puede ser de bajo o alto riesgo.

Es menester entonces, minimizar los factores que pongan en riesgo la vida de la madre y del producto. Esta tarea corresponde tanto a la misma madre, como a las instituciones e individuos que tiene a su cargo la preservación de la salud materna. La reducción del riesgo reproductivo está inter relacionada y depende a su vez, de la legislación en materia de salud reproductiva, así como a las acciones efectivas de los gobiernos, para brindar a la población en general, la educación adecuada y extensiva al respecto.

En el presente trabajo hemos visto que, las políticas de salud reproductiva y planificación familiar, han hecho énfasis en la tecnología anticonceptiva para las mujeres, aunque se tome actualmente como eje, buscar el bienestar tanto de la madre como de los hijos, y no únicamente el descenso de la fecundidad. Sin embargo, aún esta postura se está dejando de lado la complejidad individual y social del comportamiento reproductivo, dado

que todavía se reduce la salud a los efectos físicos. El elemento al que más se han abocado los programas es el físico, la dimensión biológica, descuidando los otros dos componentes: el mental y el social, con lo que el completo estado de bienestar que se persigue queda imposibilitado.

Se hace apremiante entonces, contar con una verdadera perspectiva de género, pues es el género un proceso de la identidad individual, en tanto mujer, el cual va marcando espacios muy bien delimitados para las mujeres, que si bien han sido vividos y vistos como los lugares de opresión y de conflicto, en tanto no se ha reconocido la importancia que tiene el nivel de reproducción social y cotidiana, nos marca otro modelo en torno al cual se puede repensar la salud de la mujer, y cómo tratar de abordarla en una forma distinta.

Mientras la vida de las mujeres está marcada por la opresión, la tensión, el sojuzgamiento, el conflicto y la ambivalencia, su desarrollo como persona no será completo y el desarrollo de todas sus capacidades será inconcluso.

Es urgente también esclarecer la relación entre la maternidad, ejercicio sexual y regulación de la fecundidad, que implica descubrir como es que vive la mujer su ejercicio sexual, si es únicamente con relación a su deseo de ser madre o, por otro lado, si encuentra placer en él y por ello vislumbra el uso de algún anticonceptivo como algo que le puede proporcionar satisfacción en la relación sexual, sin la amenaza del embarazo.

Las acciones de planificación familiar, deben ir necesariamente más allá de la introducción a gran escala de la tecnología anticonceptiva. Se deben tomar en cuenta las interacciones e interrelaciones individuales y sociales, que impregnan el significado de lo femenino. Los médicos y los profesionales de la salud de las diversas instituciones a su vez, deben también considerar a la mujer como un ser humano, como una unidad biopsicosocial, con calidad y capacidad para ser sostén y energía de la especie humana y de la sociedad universal.



## B I B L I O G R A F I A

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alba, F. *La Población de México. Evolución y Dilemas*. El Colegio de México, México, D.F., 1977.

Alcalá, María José, "Definición de Conceptos y Derechos", en *Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos*. Nueva York: Family Care International, 1995, Pp 16-17.

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

Alma Gloria Nájera Ahumada, María Blanca Arellano, Angélica Aremy Evangelista García, Úrsula Zurita Rivera, Isaura Ortiz Alvarez y Bertha Aparicio Jiménez: *Maternidad, Sexualidad y Comportamiento Reproductivo: Apuntes sobre la identidad de las mujeres*, Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud.

Bonfil Batalla, Guillermo. *México Profundo, una civilización negada*, México: Grijalbo, 1989.

Figuroa P. J. G. , "*Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: Algunos apuntes sobre la experiencia mexicana*". En A. Ortiz Ortega. Proyecto de investigación y acción sobre derechos reproductivos" (grupo mexicano), México 1994a (en prensa)

Figuroa P. J. G., B.M. Aguilar y M. G. Hita "*Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos a través de un enfoque de conflictos*". Estudios Sociológicos. Vol XII, 34 Pp. 129-154, México, 1994.

Figuroa P. J. G. "*La Práctica de los derechos humanos en la relación entre reproducción y salud: apuntes para su análisis*". Es parte de un libro sobre aproximaciones Multidisciplinarias al estudio de la salud y la mortalidad, el cual sería publicado por el Centro de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1994b(en prensa)

Figuroa P. J.G. "*Calidad de la atención en los servicios de salud desde una perspectiva de género: reflexiones desde la experiencia de algunas organizaciones no gubernamentales*". Presentado a Salud Integral para la Mujer, México, 1995 (mimeo)

Figuroa P. J.G . "*La salud reproductiva, un espacio de interacción entre organismos no gubernamentales e instituciones gubernamentales*", preparado para un libro sobre

Organizaciones no gubernamentales que trabajan en salud reproductiva. México, 1996<sup>a</sup> (en revisión editorial).

Figueroa , Juan Guillermo, "Algunas reflexiones sobre el ejercicio de los derechos reproductivos en el ámbito de las instituciones de salud" en Elú M.C. (ED) *Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva*, México. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 1997, pp. 9-51

---, et al. (1988), *Determinantes de la práctica anticonceptiva en México. Documento Metodológico*, México, Secretaría de Salud.

García y Garma, I. (1989)"Estado del conocimiento relativo a los determinantes de los niveles de fecundidad en México", en Beatriz Figueroa (comp.), *La Fecundidad en México. Cambios y Perspectivas*, México, El Colegio de México, pp.219-248.

Langer , Ana y Rafael Lozano, "Condición de la mujer y salud", EN Figueroa , J.G. (ed) *La condición e la mujer en el espacio de la salud*. México, D.F: eL Colegio de México, 1998, pp. 33-82.

Langer, A., J.L. Bobadilla y L.Schlaepfer (1990), "Las limitaciones de la mortalidad infantil como indicador de salud", *Salud Pública de México*, 32 (4), pp. 467-473.

Lira , Andrés y Mora, Luis: *El Siglo de la Integración*, en *Historia General de México*, México, COLMEX, 2002.

Menéndez, F. "*Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo, Modelo de Autoatención. Caracteres Estructurales*", en R. Campos. *La Antropología Médica en México*. Universidad Autónoma Metropolitana Instituto Mora, México 1992. Pp. 97- 114.

Palma, Yolanda y Gabriela Rivera, "La Planificación Familiar en México", en Langer, A. Y K. Tolbert (eds) *Mujer, Sexualidad y Salud Reproductiva en México*, México DF: Edamex/Population Council, 1996. Pp. 153-177.

Urbina, M. Y. Palma, J. G.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.

Winikoff, Beverly, "Reconsideraciones del concepto de riesgo reproductivo", en Elú, M.C. y A-Langer (eds) *Maternidad sin riesgos en México*. México, DF: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 1994, pp.155-159.

## REFERENCIAS HEMEROGRAFICAS.

Avances y Retos de la Salud Reproductiva en México. Discurso, Financiamiento y Práxis. Autora: Gisela Espinoza Damián, Secretaría de Salud México, 2000.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4°. Constitucional

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

Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México, México, CONAPO, ed. 1997

CONAPO, Población de México en el Nuevo Siglo, 2003.

CONAPO, Distribución Territorial de Población. Editorial MIMEO, México, 2000

CONAPO, México, Octubre 2002

CONAPO, 2002 "Esperanzas de vida al nacimiento, por sexo y entidad federativa, 1950-2000"

CONAPO, Veinticinco años de Planificación Familiar en México 2000.

Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, IMSS, 2003.

De Barbieri, T. (1991), "Sobre la Categoría de Género. Una Introducción Teórico metodológica, *Revista Interamericana de Sociología*, núm. 2, mayo-agosto.

De Barbieri, T. (1985) "Las Mujeres, menos madres, ¿Control de la Natalidad: control de la mujer?, *Nueva Sociedad. La Calidad de Vida*, núm. 75, enero febrero.

Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, 28 de mayo, llamado a la acción 2004: Por la Salud Integral y los Derechos de las Mujeres, Cairo. Ni un paso atrás. Boletín.

Declaración de Derechos de la Madre, Barcelona ( 23-27 de Septiembre 2001).

Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 3; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 6; Convención sobre los Derechos del Niño.

Encuesta Nacional Demográfica de 1982 (CONAPO)

Encuesta de Salud Reproductiva, CONAPO e IMSS Solidaridad 1999.

Estado de la Población Mundial 1997, El Derecho a Optar: Derechos de Procreación y Salud de la Reproducción, capítulo 1.

Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), 1996.

FNUAP, Estado de la Población Mundial, temas de Salud Reproductiva 2000.

Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM) Salud Reproductiva 2003.

GUÍA Clínica PARA la Atención Prenatal, Revista Médica IMSS 2003, Núm. 41

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

IMSS, Memoria Estadística , México, varios años.

INEGI (1990) XI Censo General de Población y Vivienda, México

INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000, México, 2001

INEGI , *Conteo de Población y Vivienda* 1995, México.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Norma técnica para la vigilancia materno infantil México: IMSS, Coordinación DE Salud Reproductiva y Materno-Infantil, 1995.

Organización Mundial de la Salud, Salud Reproductiva Métodos Anticonceptivos.

Organización de las Naciones Unidas 1993, Declaración del Programa de Acción de Viena. Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Nueva York, Naciones Unidas.

Organización de las Naciones Unidas. 1996. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer: Beijing, China, 4 a 15 de septiembre de 1995 , Nueva York, Departamento de Información Pública, Naciones Unidas.

Organización de las Naciones Unidas, 1988. Informe de la Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, Igualdad, Desarrollo y Paz, Nueva York.

Organización de las Naciones Unidas 1995. Población y Desarrollo, Volumen 1:Programa de Acción aprobado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994.

Organización de las Naciones Unidas , LIV Asamblea General " Maternidad sin Riesgos", 27 de Octubre de 1999.

Plan de Acción de la CIPD, eL Cairo, 1994

Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995.

Programa de Acción , Salud Reproductiva (2000-2006).

Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Párrafo No. 7.3

Poder Ejecutivo Federal, Programa Nacional de Población 1995-2000, México, p.29

Salud Reproductiva, Silvia Maglly , Cimac Noticias, Martes 27 de agosto de 2002.

Secretaría de Salud Pública, Plan de Salud Reproductiva 2003

Secretaría de Salud, 1987 Encuesta Nacional de Salud, México.

UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), 1997 "Maternidad sin Riesgos"

UNICEF, "Maternidad sin Riesgos", 2003.