

Capítulo III

Salud reproductiva

Salud reproductiva

Susana Lerner
El Colegio de México

En México, como en muchos otros países en desarrollo, la salud reproductiva ha sido un tema altamente prioritario, tanto en la investigación social como en el diseño y en la formulación de algunas políticas públicas. Bajo esta perspectiva teórico-conceptual y operativa —y de acuerdo con el enfoque de la misma adoptado por la Organización Mundial de la Salud, y a la luz de los acuerdos de los diferentes programas de acción de las conferencias internacionales realizadas a partir de la década de 1990 y suscritos por el Estado mexicano—, se ha buscado abordar bajo una visión integradora y más comprehensiva el análisis de las condiciones de salud de la población en los múltiples y complejos aspectos relacionados con su vida sexual y reproductiva, así como en las acciones programáticas en esta materia.

No obstante los logros alcanzados en México en la instrumentación de la política de población durante los pasados 35 años —cuya orientación estuvo centrada desde el inicio en la implementación de masivos programas de regulación de la fecundidad, y que resultaron en la reducción de los niveles de crecimiento de la población—, se han documentado amplios y fuertes rezagos, obstáculos y limitaciones, en particular en los sectores más marginados y excluidos de la sociedad, que conducen inevitablemente a matizar el éxito de estas acciones. Tal como se señala en uno de los trabajos presentados en esta sesión, el desabasto de métodos anticonceptivos por parte del Sector Salud, las deficiencias en la información sobre la práctica anticonceptiva, la ausencia de las dimensiones culturales en las prácticas sexuales y de regulación de la fecundidad, la oposición de la pareja y la influencia de la religión, y los temores a los efectos colaterales de los métodos anticonceptivos son los factores críticos que han limitado la eficacia de los programas de planificación familiar. Se requiere por tanto, a la luz de estos y otros factores, entre otros, reformular la política de población para que responda a las realidades sociales y culturales de los diferentes sectores de la población, en particular los rurales e indígenas, con objeto de lograr una mayor efectividad de los programas en esta materia (Espinoza 2004¹).

Asimismo, hay que reconocer los esfuerzos realizados por el gobierno mexicano para incorporar el enfoque de salud reproductiva en diversos programas públicos y para poner en marcha ciertas acciones en esta dirección, de acuerdo con las recomendaciones y compromisos internacionales firmados por el gobierno mexicano. Sin embargo, también en este caso se constata que en la mayoría de dichas acciones, el discurso, las propuestas y las intenciones prevalecen frente a las escasas y limitadas intervenciones operativas y reales.

¹ Las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento corresponden a las ponencias presentadas en esta sesión, con excepción de la señalada en la nota 2.

Se advierten las insuficientes medidas para enfrentar las diversas necesidades y demandas de los distintos grupos de población y la falta de consideración de ciertos principios básicos y dimensiones sociales y culturales, así como las limitaciones de las acciones de diversas instituciones para implementar dicho enfoque, que ilustran las barreras existentes y que señalan los desafíos que deben ser incorporados no sólo en el *Programa Nacional de Población* sino a su vez en otros programas públicos.

En estas líneas, los textos presentados en esta sesión abordan problemáticas muy relevantes de algunos componentes de la salud reproductiva que dan cuenta de las diferencias de comportamientos y de riesgos y consecuencias que subsisten entre los diferentes estratos sociales de la población, particularmente en los más desfavorecidos. Aunado a ello, y con base en las evidencias empíricas existentes, se sugieren propuestas para responder a los desafíos en esta materia. Así, en el caso del embarazo adolescente, ante las situaciones particulares y distintas en que ocurre este evento entre los estratos alto y bajo de la población, Claudi Stern sustenta la necesidad de poner en práctica acciones no sólo en una política pública sino en varias políticas, que consideren las circunstancias y particularidades de los diferentes grupos, argumento sin duda imputable a otros aspectos de la salud reproductiva. Adicionalmente, sugiere intervenciones diferenciadas que responden a las necesidades de los diferentes estratos sociales. Entre ellas, y para reducir el embarazo adolescente en el estrato bajo, propone fortalecer las medidas de política económica y social que buscan propiciar la reducción de la pobreza, mediante la ampliación de la escolarización, el apoyo para la inserción en actividades económicas que propicie oportunidades de trabajo y mejores ingresos, la disminución de la inequidad de género y el empoderamiento de la mujer, y la ampliación de servicios de salud de calidad y de campañas de concienciación relacionadas con los riesgos del embarazo adolescente. Para los estratos medio y alto hace hincapié en la necesidad de legitimar socialmente la disociación de la sexualidad de la reproducción y la disociación de ambas de la región.

Otro tema, aún insuficientemente conocido y de frontera en los estudios de población, alude a diversas dimensiones de las prácticas sexuales que inciden en varios de los fenómenos de la dinámica demográfica. Yvonne Szasz destacan las consecuencias de las normatividades vigentes entre hombres y mujeres con respecto a la sexualidad que conducen a prácticas de mayores consecuencias, y propone diversas acciones imprescindibles para garantizar una sexualidad sin mayores riesgos, como elementos muy relevantes que no deben ser omitidos en la formulación e implementación de las políticas públicas. Entre las propuestas de acción, señala el acceso universal a la enseñanza media para las mujeres jóvenes como alternativa a la unión temprana; el acceso universal y gratuito a métodos de doble protección, en particular para los adolescentes en sus primeras experiencias sexuales; la puesta en marcha de iniciativas para reducir la violencia sexual y para ofrecer tratamientos adecuados en estos casos; y el amplio acceso a servicios de salud para la detección de ITS, VIH y VPH, en particular para la población masculina.

De manera más enfática Olga Rojas argumenta la falta de cumplimiento de las metas relacionadas con los cuatro principios básicos que orientaron la política de población en materia de salud reproductiva y sexualidad: el ejercicio real de los derechos reproductivos y sexuales, el impulsar la igualdad y equidad de género, el reconocer los distintos ámbitos y comportamientos relacionados con la sexualidad, y el reconocer y responder a las necesidades y demandas de los diversos grupos de población, sin excluir algunos de ellos, en particular a los varones. Como evidencias más claras de los escasos logros, destacan la

aún elevada mortalidad materna por causas que son prevenibles y la elevada y creciente incidencia de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, que responden a las fuertes desigualdades sociales existentes, así como a la ausencia de una “cultura de prevención” no sólo por parte de la población, sino también de las instituciones, en particular las de salud y sus agentes. Entre las propuestas a ser consideradas en las políticas de población y en diversos programas públicos se reitera la necesidad de ampliar el acceso en la detección, diagnóstico y tratamiento oportunos y eficaces de las ITS, VPH y VIH/SIDA y en la prevención de embarazos inesperados, así como en la importancia de rediseñar criterios e indicadores que posibiliten una mejor evaluación de los programas y servicios en salud reproductiva. Finalmente, aludiendo a los derechos humanos y en particular a los reproductivos y sexuales, Juan Guillermo Figueroa subraya la importancia de orientar y dirigir los esfuerzos para ponerlos en práctica y hacerlos efectivos, mediante la identificación de personas y grupos de población que han sido excluidos y discriminados de ellos y el reconocimiento de sus posibilidades para ejercerlos.

Un tema casi ausente en las presentaciones de esta sesión, aunque antiguo e insuficientemente documentado, y que no ha sido visibilizado en las políticas y programas de población, a pesar de sus implicaciones en las condiciones de salud reproductiva de las mujeres, es el correspondiente a la interrupción del embarazo inesperado (aborto inducido). Sin duda, se trata de un tema emergente de debate actual y de fuerte tensión entre diversas fuerzas sociales que influyen en este hecho, y por tanto que requiere ser abordado no sólo como parte de la política de población sino de diversas políticas públicas. En el proceso de decisión de interrumpir un embarazo inesperado o no deseado intervienen múltiples actores, no sólo las mujeres que recurren a él o sus parejas formales o informales, sino también participan los profesionales de la salud, los legisladores, los encargados de la procuración de justicia, los medios de comunicación, los representantes de la religión y de los movimientos feministas, entre otros.

El conocimiento que se tiene sobre el aborto en México es insuficiente (Guillaume y Lerner, 2007).² Las evidencias existentes muestran que el marco jurídico del aborto en nuestro país es altamente restrictivo, aunque las causales bajo las que se autoriza legalmente varían entre las diversas entidades federativas. Más aún, existen diversos obstáculos y restricciones de índole institucional y moral que hacen que el aborto, aún en los casos permitidos por la ley, sea un derecho *de jure* y no *de facto*. La incidencia y magnitud del mismo arroja altas cifras, que se consideran subestimadas y parciales, por errores de declaración, el temor a sanciones penales, el estatuto legal del mismo, entre otras razones. Sin embargo, la prohibición del aborto, como se constata también para muchos países de América Latina, no impide su extendida práctica, sino que por el contrario propicia que se realice de manera clandestina y con mayores riesgos e implicaciones para la salud y la vida de las mujeres, en particular para las de estratos sociales de menores recursos. Es una de las principales causas de la elevada mortalidad materna y de alta incidencia en la morbilidad materna. Tiene además consecuencias sobre la escolaridad y actividad económica de las mujeres, y representa altos costos sociales para la vida familiar, y para los servicios de

² Agnès Guillaume y Susana Lerner (2007), *El aborto en América Latina y El Caribe. Una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005*, Centro Population et Developement (CEPED), Paris. La síntesis que se presenta en el texto fue expuesta en la sesión por una de las autoras, quien coordinó la misma.

salud. Por ello, la interrupción del embarazo inesperado en condiciones de inseguridad y alto riesgo es evidentemente un problema de salud pública, pero, más aún, es una cuestión de desigualdad social, económica, étnica y de género y, sobre todo, de clara violación a los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, reconocidos en instancias internacionales y asumidos por el gobierno mexicano.

Entre las propuestas a ser consideradas en la política de población y otras políticas públicas respecto a este tema se señaló la necesidad de: a) contar con un conocimiento preciso y con rigor científico acerca de este hecho; conocimiento que es indispensable para definir las políticas de salud, para revisar y modificar las leyes, para informar y sensibilizar a diversos actores y a la población en general respecto a las consecuencias altamente negativas del marco jurídico que penaliza el aborto; b) revisar y promover leyes y reglamentos que garanticen la calidad y cobertura de los servicios de salud para atender a todas las mujeres por complicaciones de aborto, o para aquéllas que deseen interrumpir sus embarazos de acuerdo con las causales permitidas por la ley; c) elaborar una agenda política para su despenalización, que sea coherente con los derechos sexuales y reproductivos reconocidos por el gobierno mediano y el ejercicio de los mismos en la realidad; y d) propiciar, facilitar y fortalecer el intercambio y colaboración entre investigadores, legisladores, responsables del CONAPO, de los servicios de salud, del sector educativo y judicial, y con la participación de la SOMEDE, para visibilizar y diseñar acciones en esta materia.

El escenario reciente y actual de la dinámica demográfica ha llevado a priorizar otras cuestiones y problemas emergentes; tales como las causas y consecuencias de la intensa migración internacional y las implicaciones significativas del envejecimiento de la población, la alta concentración y alta dispersión en la distribución territorial de la población que, entre otras, sin duda requieren de la reformulación de la política de población. Paralelamente, se observa desde el sexenio pasado una situación que pareciera relegar y, sobre todo, restringir las acciones en materia de salud reproductiva y sexual, no obstante los grandes rezagos que se observan al respecto –y– en particular en los grupos marginados y más pobres, los indígenas y los adolescentes. Sería un lamentable error volver a caer en la focalización de determinadas políticas y acciones, excluyendo otras, y en particular las relacionadas con la salud reproductiva de la población o restringiendo éstas a programas de planificación familiar y salud materno-infantil. El escenario en esta materia es altamente inquietante e incierto debido en gran medida a la reducción del papel del estado en las políticas sociales, la creciente relegación de las intervenciones públicas a las fuerzas del mercado y la mayor intervención de la iglesia católica y de los grupos conservadores. Por ello, debemos reconocer y felicitar a la SOMEDE y a El Colegio de México por haber propiciado espacios de interlocución en los cuales se han presentado diagnósticos y propuestas, cuyos resultados deberán ser considerados en la redefinición y nuevos rumbos que deberán orientar el Plan Nacional de Población 2006-2012, la política de población, así como el papel del CONAPO en la implementación de la misma, y que deben vincularse y retroalimentarse a través de diversas políticas de desarrollo.³

³ Véanse los trabajos presentados en el Seminario de Políticas Públicas, "2007: Año de propuestas, acuerdos y Acciones", organizado por El Colegio de México en marzo del presente año, en particular la sesión sobre "La política de Población en el siglo XXI".

Apuntes sobre derechos reproductivos en el marco de un programa de población*

*Juan Guillermo Figueroa Perea
El Colegio de México*

Adiferencia de los ponentes anteriores y de la misma Coordinadora de la mesa, yo no sé si darle las gracias a la SOMEDE por haberme invitado, ya que no tengo muy claro como qué podría decir que generara sentido. Cuando Paty Vargas me hizo el favor de hablarme para decirme que era un Foro para elaborar propuestas para el programa de población de 2008-2012, yo decía pero ¿qué se le puede proponer a un programa que ya tiene una larga carrera andada de 30 años, como lo acabamos de escuchar en la inauguración y donde además siempre se ha planteado la dimensión de los derechos como un argumento para justificar el programa? Yo decía ¿qué cosas nuevas se pueden decir sobre derechos reproductivos, para una nueva política o un nuevo programa de población? Me preocupó la respuesta a la que llegué de manera inmediata; para cuidar el tiempo quisiera decirles la respuesta primero y luego les digo cómo llegué a eso. La única propuesta que se me ocurre hacer es la de “tomar los derechos en serio”: ¡tan sencillo y complejo como eso!

Cuando se está formado en filosofía —como es mi caso—, se sabe retórica, así como elaborar discursos y citar múltiples conceptos; además se pueden decir de manera elegante diferentes cosas. Cuando alguien tiene la oportunidad de ver los programas de población de los últimos 30 años, se me hace que los que lo han venido escribiendo también saben un poco de filosofía o por lo menos de retórica. No lo digo burlona ni despectivamente, sino con cierta ironía, y cuando digo irónicamente es porque Graciela Hierro decía que si uno no sabe ironizar, uno no puede filosofar. Hace una semana me encontré en mi cubículo el *Programa Nacional de Población 2001-2006* y lo que me encontré fueron muchos términos y conceptos, con los que me identifiqué completamente; el problema es que no sé bien a bien cómo ponerlos en práctica.

Se habla por ejemplo de favorecer “el ejercicio libre informado y responsable de los derechos fundamentales”, y a continuación se dice “de todas las personas en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción”. No puedo más que estar absolutamente de acuerdo. Esto se justifica por seis valores éticos, dentro de los cuales destaco el de la dignidad y el de la responsabilidad. El de la responsabilidad se presenta diciendo “cuando una persona

* Transcripción de la presentación hecha en el Foro organizado por las Naciones Unidas, la Sociedad Mexicana de Demografía y el Consejo Nacional de Población, celebrado en El Colegio de México, el 25 de junio de 2007.

es consciente de lo que libremente elige", ¡maravilloso! Pero ¿cómo saber cuando una persona es consciente de lo que libremente elige? A final de cuentas con todo lo que se argumenta estoy de acuerdo, no lo estoy descalificando, pero me parece muy complejo. Para justificar los derechos reproductivos se dice "con pleno respeto a la dignidad, a los valores y a las convicciones". Yo no tengo propuestas nuevas más que esto; la pequeña duda que a mí queda después de haber acompañado las políticas de población por algunos años es: ¿y eso cómo se pone en práctica?

Todas las personas, desde hace más de 30 años, tenemos reconocidos derechos a decidir sobre nuestra descendencia. Sin embargo, no todas las personas tienen las condiciones necesarias para poder poner en práctica sus derechos. Entonces, lo que sugiero es no volver a repetir simplemente la retórica, en términos de "respetemos la dignidad de todo mundo y aseguremos que puedan cumplir sus derechos". Creo que tenemos que dar un paso más adelante; es decir, identifiquemos de manera explícita a todas las personas que han sido excluidas de esos derechos y tratemos de definir acciones afirmativas para que puedan ponerlos en práctica. Si no, acaba resultando (como dice Alejandro Cervantes, en su artículo "De mujeres, médicos y burócratas", 1996) que todos tenemos derechos pero muy pocos pueden ejercerlos. Por lo mismo, si se acaba concluyendo que alguien no puede ejercerlos es una broma de muy mal gusto decirle que tiene dichos derechos.

Sin querer inventar nada nuevo, propongo algunas reflexiones de cómo repensar los derechos, pero simplemente revisando la teoría de derechos humanos y, en particular, pensando en los derechos reproductivos. Éstos son mucho más que escoger el número de hijos a tener y cuándo tenerlos, como lo dice el artículo cuarto de la Constitución mexicana. Los derechos humanos fueron creados como un mecanismo de defensa y de protección a las personas que eran excluidas, agredidas o que potencialmente podían llegar a serlo; los derechos humanos buscan reivindicar a las personas que en algún momento han llegado a ser discriminadas: esa es la lógica de los derechos humanos. Los derechos humanos son mucho más que una elección de opciones, como en un mercado donde alguien puede escoger; de hecho, se pueden leer como una figura jurídica que genera obligaciones y compromisos sociales, para tratar de asegurar que todas las personas puedan desarrollarse como humanos. Si no, hablar de la palabra dignidad no es retórica, es una burla.

Un querido alumno, quien por cierto está aquí presente, hace unos días me regaló copia de un artículo publicado en la revista *Este País* en junio de 2007, que tiene el sugerente título de "Dignidad y salud" (de Nora Jacobson); se trata de una traducción de un artículo publicado originalmente en la revista *The Social Science and Medicine*. El artículo empieza con un epígrafe que a final de cuentas es la conclusión de todo el texto, en el que se señala que: "si fuéramos capaces de decir qué es la dignidad, sería lo mismo que describir cuál es el significado fundamental del ser humano". Es decir si usamos el concepto sin definirlo, dice la autora, acaba siendo un recurso meramente retórico de poca utilidad.

Por lo mismo, si empezamos por desglosar los derechos reproductivos, lo que tendería a sugerir es que no sigamos pensándolos nada más como el escoger cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, sino que necesitamos recuperar lo que el movimiento feminista propuso cuando creó en 1979 la Red Internacional por la Defensa de los Derechos Reproductivos de las Mujeres. Es decir, en ese momento se planteaba que antes de decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, se tenía el derecho a decidir si se quería o no quería tener hijos y que esta decisión no tuviera consecuencias negativas para la persona. Posteriormente, si la persona decidía tratar de tenerlos, necesitaba tener acceso a las condiciones para ejercer su

derecho. El pequeño problema es que únicamente hemos enunciado la intención de que las personas pudieran tomar esto como un derecho y que lo pudieran ejercer; sin embargo, a veces olvidamos, y no sé si intencionalmente, cómo se puede atentar a dichos derechos.

El paso siguiente sería identificar posibles formas de atentar contra los derechos, con el fin de que tratemos de evitarlas. Los derechos se pueden violentar por invasión o por abuso, pero también se pueden violentar por negligencia, por discriminación o por omisión.

Si ahora pensamos, por ejemplo, en parejas homosexuales, la pregunta es ¿qué se ha hecho a nivel de política de población para asegurar que esas personas puedan ejercer sus derechos? Pero que no dependa de la gestiones de activistas sino ¿de qué manera la política de población ha asumido un compromiso, en otro ejemplo, para que las personas infértiles puedan tener hijos, si quieren intentarlo? ¿Qué tipo de compromisos ha asumido, en un ejemplo más, con los adolescentes, con personas solteras y con las divorciadas o viudas?

Al contestar estas preguntas lo que vamos encontrando es que esa retórica de que los derechos son universales corre el riesgo de ser un mero discurso. Hay teóricas feministas (como María Betania Ávila) que cuestionan que para que los derechos sean universales no hace falta que los definamos como universales, sino que los construyamos como universales. Para ello, dicha categoría no puede ser universal, como punto de partida, sino como una aspiración a alcanzar, es decir, como punto de llegada. Cuando todas y todos se sientan identificados en los derechos entonces podremos empezar a hablar de que los derechos son universales; antes solamente tenemos la intención —en el mejor de los casos— de que sean universales.

Por lo mismo, *algo que propongo* es mostrar quiénes han sido excluidos de sus derechos a la reproducción y para propósitos de un nuevo programa de población, creo que éste necesita tratar de responder a las exclusiones identificadas hasta el momento, explicitando qué respuesta les da a estas personas. Sin pretender ser exhaustivo, la evidencia empírica que conocemos nos permite afirmar que no es posible que ejerzan sus derechos reproductivos personas de varios de los siguientes universos:

- a) Las mujeres como individuos (mientras siga existiendo inequidad en las relaciones de género) y según diferentes grupos de pertenencia; menciono como ejemplo a las mujeres indígenas —como las que investiga Gisela Espinosa—, las mujeres en zonas rurales y las mujeres pobres.
- b) Un segundo universo que, ya mencioné, son las personas homosexuales, o bien, para ser más incluyente, las personas no heterosexuales, con todas las variantes de la no heterosexualidad: ¿qué respuesta le hemos dado en programa de población a sus derechos reproductivos o hemos aceptado que el Estado no tiene ninguna responsabilidad sobre la gente que vive desde una orientación sexual considerada como “la diferente”? Me da la impresión que no se han asumido responsabilidades sobre las parejas homosexuales en términos de sus derechos reproductivos, asumiendo que ellos y ellas los deben buscar: “si rompieron la norma ahora que resuelvan por su cuenta cómo asegurar sus derechos reproductivos”.
- c) Otras personas excluidas han sido las personas infértiles, las personas solteras y las personas no casadas. En este caso vale la pena pensar en la discusión sobre la posible

despenalización del aborto. Ese es el mejor ejemplo de riesgo de manipular el concepto de dignidad, ya que quienes abogan por la despenalización del aborto aluden al concepto de dignidad, pero quienes se oponen a su despenalización también argumentan la pertinencia de dicho concepto.

- d) Al pensar en exclusión puede recordarse a personas que quieren modificar sus decisiones y patrones reproductivos, ya sea porque cambiaron de opinión respecto a un embarazo o bien porque no querían embarazarse y ahora quieren modificar su trayectoria reproductiva. Vale la pena preguntarse cómo le ha respondido explícitamente la política de población y los programas de población, en especial cuando se corre el riesgo de no responder y dejar que cada quien lo resuelva, como en los casos en que falla un método anticonceptivo, pues esa no es causal de aborto. Lo que acaba generándose es que cada quien vea por sus derechos reproductivos, sin tener claro el papel de los programas gubernamentales al respecto.
- e) Otro grupo es el de las personas que viven con VIH/SIDA y que quieren reproducirse, ¿qué tipo de acciones se imagina el programa de población para este tipo de población?, ¿convencerlos de que no lo hagan o acompañarlos en las condiciones más saludables y "dignas"? De otra manera, ¿cómo interpretar un derecho que asume que cada quien debe tomar sus propias decisiones y que asuma las consecuencias de las mismas?
- f) Una población que no siempre es clasificada como objeto de posibles exclusiones en la reproducción es la población masculina. A diferentes estudiosas del tema de la ciudadanía en la reproducción les causa una gran problemática hablar de los derechos reproductivos de los varones, ya que se imaginan regularmente que éstos van a ejercerse en contra de los derechos de las mujeres. No obstante, si se piensa en derechos reproductivos de los varones a la luz de relaciones de género que buscan ser más equitativas, suena razonable que es necesario hablar de derechos reproductivos de los varones: si no ¿de qué otra manera vamos a pensar que tenga sentido la presencia de los varones en la cotidianidad reproductiva? Irónicamente, los programas de salud aunque se llamen de salud reproductiva, siguen centrados en las mujeres.

El *Programa Nacional de Población de 2001-2006*, que es el antecedente más reciente, muestra, por ejemplo, un excelente manejo de discurso de derechos y género, pero las metas de impacto siguen centradas en crecimiento de la población y en el uso de anticonceptivos de las mujeres. Los programas de salud de las instituciones no existen para los hombres, ni existe un programa de salud reproductiva masculina. Entonces, a final de cuentas, se legitiman discursos y estereotipos que marginan a los hombres, sin victimizarlos; con su complicidad, los programas los excluyen de esa noción de tomar conciencia de su cotidianidad reproductiva y sexual.

- g) Otra población que me interesa mencionar dentro de los grupos de excluidos en el ámbito de la reproducción, como titulares de derechos, son los creyentes de ciertas tradiciones religiosas. Cuando se enfrentan a un discurso institucional que manipula la propia lógica institucional alrededor del tema de los derechos, no se ve de qué manera

la política o los programas de población lleven a cabo algún tipo de acompañamiento de sus derechos reproductivos. Como señala Adriana Ortiz Ortega, en un libro reciente (*¿Si los hombres se embarazaran el aborto sería legal?*, 2001), al parecer se reproduce un pacto entre los líderes de instituciones gubernamentales y eclesiásticas y se negocia a nivel de cúpula, sin asumir compromisos explícitos con la personas que son parte de la institución.

Para finalizar, destaco posibles respuestas a la pregunta que me hicieron al invitarme, en términos de ¿qué sugerirle al programa de población 2008-2012? Una posibilidad sería, pues seguir recreándonos con buenos conceptos y hablar de dignidad, responsabilidad, género y etcétera, ya que suena muy estimulante, además de elegante y acertado. Otra sería dejar que el programa traduzca estos conceptos a mediciones centradas en anticoncepción, fecundidad y demanda insatisfecha, a pesar de sus limitantes teóricas y metodológicas, así como sus contradicciones de género, o bien demandar que enriquezca los indicadores que pretenden recuperar la riqueza de los conceptos anteriores. Sin embargo, *mi propuesta más específica* consiste en generar acciones afirmativas para reparar las exclusiones hacia diferentes grupos de personas que han sido marginadas del ejercicio de sus derechos reproductivos.

Diferencias del embarazo adolescente entre estratos de la población

Claudio Stern¹
El Colegio de México

Resultados principales

En el cuadro 1 puede apreciarse que existen diferencias significativas en la incidencia, características y tendencias del embarazo adolescente por estratos sociales. Algunos resultados que pueden destacarse, entre otros, son los siguientes:

1. El embarazo adolescente se concentra en gran medida en los estratos bajos de la población, en las localidades rurales, y entre mujeres unidas que no han terminado la secundaria.
2. En dichos contextos, más de dos terceras partes de estos embarazos ocurren después de que las adolescentes han abandonado sus estudios.
3. Por contraste, en el estrato alto predominan las mujeres que se encuentran estudiando cuando se embarazan y que tienen una escolaridad de secundaria o más; la mayor parte son solteras y un elevado porcentaje afirmó haber dejado la escuela por el embarazo.
4. Las concepciones pre-maritales, definidas a partir de la fecha de unión y el nacimiento del primer hijo parecen ser mucho más elevadas en el estrato alto que en los demás.
5. Más de tres cuartas partes de los embarazos adolescentes ocurren en la adolescencia tardía (17-19 años de edad). Los embarazos “tempranos” (que ocurren antes de los 17 años de edad) son significativamente más elevados en los estratos bajos que en el alto.

¹ La investigación en la cual se basan estas notas fue realizada por el autor junto con Catherine Menkes. El artículo en el que se vierten los resultados, titulado “Embarazo adolescente y estratificación social”, será publicado próximamente por El Colegio de México en un libro coordinado por Ivonne Szasz y Susana Lerner, titulado *Salud Reproductiva y condiciones sociales en México*.

Salta a la vista que las diferencias más notables en varias de las características que asume el embarazo adolescente se dan entre los estratos bajos y el estrato alto, lo que sugiere que podría tratarse de situaciones cualitativamente diferentes entre ambos conjuntos de población.

*Cuadro 1.
Diferencias del embarazo adolescente por estrato
(en porcentajes)*

Características	Estrato			
	Muy Bajo	Bajo	Medio	Alto
1. Embarazos ocurridos antes de los 20 años de edad ¹	34.1	26.2	15.4	6.7
2. Lugar de residencia rural ¹	83.9	55.3	25.2	9.7
3. Escolaridad, menos que Secundaria terminada ¹	95.3	84.5	61.5	27.4
4. Edad a la que ocurre el embarazo ¹				
12-16 años	24.1	15.3	10.6	3.9
17-19 años	75.9	84.7	89.4	96.1
5. Eran solteras cuando se embarazaron	23.6	36.5	40.0	59.2
6. Estudiaba al momento del primer embarazo ²	14.1	33.5	36.1	56.4
7. Se encontraba estudiando y dejó por el embarazo ³	55.0	65.1	38.1	77.6
8. "Concepciones premaritales" ⁴	17.9	26.9	31.2	56.1
9. Tendencias: tasas 1987-1991/1992-1996 ⁵	Estable	Creciente	Creciente	Creciente

Fuente: C. Stern, 2007.

¹ ENADID 1997.

² ENSAR 2003.

³ ENJ 2000.

⁴ Hijos nacidos vivos sin unión o nacidos en el transcurso de los 7 meses anteriores a la unión.

⁵ ENADID 1992 y 1997.

Interpretación

1. El hecho de que los embarazos adolescentes se concentren en los estratos bajos se debe a que en dichos estratos sigue predominando la tendencia a una unión y maternidad tempranas, dada la escasez de oportunidades alternativas a la maternidad para las mujeres.
2. El que la gran mayoría de los embarazos adolescentes ocurra después de que las jóvenes han abandonado sus estudios se relaciona con las condiciones de pobreza, de escasa escolaridad y de falta de oportunidades alternativas a la maternidad que prevalecen en la población de los estratos bajos.
3. El hecho de que en los estratos bajos y en el estrato medio la mayor parte de los embarazos adolescentes ocurra cuando las mujeres ya se encontraban unidas o casadas, mientras que en el estrato alto la mayor parte ocurre entre mujeres solteras, tiene su

explicación en el hecho de que la edad a la que ocurre la unión, y por tanto también el primer embarazo, tiende a ser más temprana en los estratos bajos y medio, mientras que las mujeres del estrato alto tienden a esperar cuando menos hasta la terminación de sus estudios de educación media superior para unirse y tener hijos.²

4. A pesar de ello, ocurren embarazos adolescentes en estos sectores, ya sea por fallas en los métodos, por su utilización errónea o por no utilizarlos. Dada la mayor extensión de la escolarización en estos sectores, una proporción elevada de dichos embarazos se da cuando las mujeres aún se encuentran estudiando, situación exactamente opuesta a la que ocurre entre las mujeres de estratos bajos, donde la mayor parte de los embarazos adolescentes ocurre después de que han dejado la escuela, generalmente al terminar o antes de terminar la primaria, en el estrato muy bajo, o la secundaria, en el estrato bajo. Nuevamente, son la escasa escolaridad y la ausencia o escasez de oportunidades alternativas a la maternidad temprana, lo que explica este hecho.³
5. El hecho de que el embarazo adolescente temprano se dé fundamentalmente entre las mujeres de estratos bajos, se debe a las mismas razones aducidas en el punto 1, aunadas al hecho de que la práctica de los matrimonios arreglados por los padres cuando las hijas comienzan a ser fecundables —a los 13 o 14 años— aún existente en algunos ámbitos rurales y particularmente en muchas comunidades indígenas.
6. El hecho de que las concepciones y los embarazos entre las adolescentes solteras tiendan a ser bastante más frecuentes entre adolescentes del estrato alto se relaciona, entre otros factores, con la poca eficacia del ideal de la abstención sexual hasta el matrimonio, aunada a la aún insuficiente educación sexual y conocimiento adecuado de los métodos eficaces de prevención de embarazos no deseados.

Implicaciones para políticas públicas

En vista de los resultados obtenidos, conviene comenzar por sugerir que el “problema” del embarazo adolescente es mucho más complejo de lo que aparenta ser. No se trata de un problema, sino de varios problemas; por lo tanto, no debiera pensarse en una política pública, sino en varias políticas públicas.

Tenemos, por una parte, el caso de los embarazos adolescentes que ocurren en los estratos bajos. Si atendemos a sus posibles causas, de acuerdo con las explicaciones pro-

² Para las mujeres de los estratos medio y alto, la aspiración de posponer la edad del matrimonio y de la reproducción hasta después de los 20 años de edad, una vez dejada atrás la adolescencia, para dar lugar a la terminación de estudios de nivel medio superior o de realizar estudios de alto nivel y así mantener o mejorar el *status* de clase, es muy fuerte y cada vez más factible, de ahí que muchas mujeres pertenecientes a estos estratos pospongan el inicio de la sexualidad o se protejan para no embarazarse en caso de iniciarla antes de terminar sus estudios.

³ Nótese, sin embargo, que el significado y las implicaciones de embarazarse durante la adolescencia después de haber dejado la escuela o cuando aún se encuentra uno estudiando, es muy diferente cuando estamos hablando, en el primer caso, de la primaria o secundaria (entre los 12 y los 16 años de edad), que cuando estamos hablando de la preparatoria o del inicio de los estudios superiores (17 a 19 años de edad).

puestas, para disminuir su incidencia sería necesario fortalecer las medidas de política económica y social que intentan propiciar que esta población salga de la pobreza en la que se encuentra, entre ellas, la extensión de la escolarización, particularmente la de las mujeres, el apoyo para el mejoramiento de la agricultura y de otras actividades que proporcionen oportunidades de trabajo y de mejores ingresos, el "empoderamiento" de la mujer y la disminución de la inequidad de género.⁴

Por otra parte, si centramos nuestra atención en las consecuencias nocivas que supuestamente derivan de este fenómeno, habría que anotar que es precisamente en estos sectores de la población donde se encuentra la mayor carga de problemas de salud derivados del embarazo adolescente. Por un lado, una proporción importante de estos embarazos se da a edades tempranas, cuando los riesgos para la salud parecerían ser mayores; por otro, la prevalencia de desnutrición y de otros problemas de salud es elevada, lo cual incrementa los riesgos. En tercer lugar, el cuidado prenatal y el acceso a servicios profesionales de salud y a instituciones hospitalarias en caso de emergencia son mucho menores en estos estratos, predominantemente rurales, que en los urbanos, lo que acrecienta los riesgos en los casos de emergencias durante el embarazo y parto.

Dado lo anterior, habría que extender y mejorar los servicios de salud y las campañas de concienciación relacionadas con los riesgos del embarazo adolescente para la salud de la mujer y del niño.

Pasando ahora a los estratos medio y alto, en los cuales pensamos que no son ya necesarias políticas que estimulen la permanencia en la escuela ni la postergación de la unión o matrimonio, aspiraciones fuertemente incorporadas desde hace tiempo por estos sectores y cada vez más convertidas en realidad, así como tampoco campañas de concienciación sobre los riesgos de un embarazo temprano para la salud de la madre y del niño, ya que los embarazos no ocurren tan temprano, ¿cuáles serían las políticas más adecuadas?

Primero que nada, pensamos, concentrar un esfuerzo decidido en acelerar el cambio cultural que implica pasar de una sociedad en la que la legitimidad de las relaciones sexuales se encontraba vinculada directamente con la reproducción —y la legitimidad de ésta indisolublemente vinculada con una unión sancionada por la religión y, si acaso, en segunda instancia, por el Estado— a una sociedad que acepte como legítima la disociación de la sexualidad de la reproducción, y la disociación de ambas de la religión.

Si los diversos sectores adultos de nuestra sociedad (padres, maestros, médicos, comunicadores), no aceptan la sexualidad adolescente como legítima, ¿cómo van a acceder a contribuir a educar, informar y preparar adecuadamente a los púberes y adolescentes para que, en su momento, cuando estén listos para ello, asuman con placer y responsabilidad su sexualidad y puedan acudir sin vergüenza ni remordimiento a solicitar consejería, información y apoyo para ejercerla de manera voluntaria y sin asumir el riesgo de un embarazo no deseado o de una enfermedad? Y si los propios adolescentes no se informan y preparan adecuadamente, ¿cómo van a dejar de ser víctimas de una sexualidad ejercida a pesar suyo o sin la protección adecuada?

⁴ Simultáneamente debieran continuarse y fortalecerse los esfuerzos para lograr una mayor concienciación e información sobre sexualidad y anticoncepción, pero sin esperar que éstos, por sí mismos, sin los cambios socioeconómicos mencionados, puedan tener el efecto esperado (ya que no existiría una demanda efectiva para posponer la unión y, por tanto, para apropiarse de los conocimientos, la información, y el acceso a métodos de anticoncepción que podrían coadyuvar a lograr tal propósito).

Retos para la política de población en salud sexual y reproductiva

Olga Rojas
El Colegio de México

Si hacemos un recordatorio de los cuatro principios básicos que orientaron la política de población en materia de salud sexual y reproductiva, nos podemos dar cuenta de que las metas no se han cumplido, pues todavía queda mucho camino por andar en el esfuerzo por:

- a) Promover la igualdad y equidad de género como principio básico y dominante que debe orientar los esfuerzos y acciones conducentes a empoderar a las mujeres para convertirlas en sujetos activos involucrados en las decisiones que son centrales para su propia vida, particularmente en los asuntos relacionados con su sexualidad y su reproducción.
- b) Integrar los conceptos de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de los hombres, haciendo referencia a la libertad sexual y de procreación, así como al derecho a la disponibilidad y acceso a servicios profesionales y calificados.
- c) Rescatar la dimensión de la sexualidad, reconociendo los distintos ámbitos donde se ejerce y que no necesariamente se limitan a la pareja conyugal o a personas de diferente sexo.
- d) Reconocer las necesidades y demandas de una vasta diversidad de grupos de población que con anterioridad eran dejados de lado, haciendo énfasis en la necesidad de involucrar a los varones como sujetos de derechos y obligaciones en la sexualidad y en la reproducción.

Los síntomas más claros de que poco se ha logrado pueden expresarse en datos alarmantes que atañen a la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres en México:

1) Las mujeres siguen muriendo de enfermedades prevenibles como los cánceres cérvico-uterino y de mama

Si bien ambos cánceres son curables si hay una detección en etapas iniciales, pero sobre todo una atención oportuna, hay que hacer un llamado de atención urgente sobre la vinculación comprobada del cáncer de cérvix con padecimientos crónicos del Virus del Papiloma

Humano (VPH) en las mujeres. Reportes científicos indican que este virus es una infección de transmisión sexual y que el 99 por ciento de los casos de tumores del cérvix está vinculado con el desarrollo de algunas cepas de este virus. Otras investigaciones señalan que entre el 50 y el 80 por ciento de las personas con vida sexual activa han estado en contacto con el VPH, y de ellas el diez por ciento tiene el riesgo de desarrollar un tumor incurable. Hay que señalar que mientras los hombres tienen un papel fundamental al ser portadores y transmisores de este virus, las mujeres son quienes mueren a causa de tumores malignos asociados a 15 cepas del VPH. Sin embargo, no existe suficiente información entre la población masculina infectada, ni entre las propias mujeres enfermas, como tampoco entre buena parte del personal de salud, sobre la necesidad de tratar a los dos miembros de la pareja en los casos de VPH. No son solamente las mujeres quienes pueden prevenir este padecimiento mediante alguna de las vacunas recientemente aprobadas, sino toda la población puede contribuir a la prevención en el ámbito de su propia actividad sexual. Hay que considerar que una gran cantidad de mujeres que en su vida adulta están padeciendo cáncer cérvico-uterino, muy probablemente se infectaron del VPH a edades tempranas, quizá en su iniciación sexual, por no haber usado ningún método de protección. De hecho, se sabe que hoy en día en México existe una prevalencia de este virus del 17 por ciento en mujeres menores de 25 años. Estas son claras evidencias de que las prevalencias de las ITS, y en particular del VPH, van en aumento y que representan un verdadero problema de salud pública al cual no se le ha dado la importancia que merece.

2) Las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluidos el VPH y el VIH/SIDA van en aumento

Tan sólo el año pasado se agregaron poco más de cinco mil nuevos casos de personas infectadas con el VIH/SIDA a los 102 mil casos que ya se habían acumulado en el país al iniciar el año 2006. Estas cifras son alarmantes, sobre todo si se considera que la mayoría de los casos de infección de VIH/SIDA ocurre alrededor de los 23 años, debido a la carencia de conocimientos respecto a un ejercicio responsable de la sexualidad, según lo reporta el propio *Censida*. Este dato nos obliga a considerar estrategias más adecuadas para promover prácticas sexuales más seguras entre los adolescentes y los jóvenes, y no únicamente en las escuelas, también en los lugares de trabajo de la población juvenil, en las calles y en los medios de comunicación. Se sabe, por otro lado, con información proveniente de encuestas demográficas, que los hombres declaran numerosos encuentros sexuales con parejas no conyugales, lo que determina que las mujeres unidas se vean afectadas por los encuentros sexuales previos y simultáneos de sus parejas y que ambos se vean afectados por las trayectorias sexuales previas de sus cónyuges. A estos elementos hay que agregar las abundantes evidencias científicas de hombres, que no identificándose como homosexuales, mantienen encuentros sexuales con otros hombres antes y/o durante su vida conyugal.

3) La desigualdad social entorpece cualquier avance en materia de salud sexual y reproductiva

Uno de los resultados más contundentes de la investigación académica sobre este tema se refiere a las desigualdades existentes entre hombres y mujeres para la toma de decisiones sobre su propio cuerpo y que atañen a la posibilidad de tener o no tener relaciones sexua-

les, de usar o no protección en dichos intercambios sexuales. Otra aseveración se refiere a la influencia de las desigualdades socioeconómicas en el acceso a información, a métodos de prevención eficaces, y a una detección y atención oportunas y de buena calidad cuando se ha adquirido alguna infección de transmisión sexual. En este sentido cabe la pregunta: ¿hasta qué punto es posible que la población mexicana ejerza sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva si México es uno de los países con mayores índices de pobreza y marginación, en donde poco más de 50 por ciento de la población no tenía acceso a ningún sistema de salud pública en el año 2005?

Ante este panorama los desafíos son varios y en diversos frentes:

- a) Trabajar decidida y eficazmente en la prevención tanto de los embarazos inesperados como de las infecciones de transmisión sexual, incluidos el VPH y el VIH/SIDA. Esta tarea de prevención pasa por varias acciones concretas:
 - i) Brindar oportunamente información científica sobre la sexualidad y las diversas maneras de protegerse y prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazos no esperados. La población adolescente representa el grupo más vulnerable por su desconocimiento de las ITS y de los métodos que los podrían proteger contra ellas.
 - ii) Garantizar el abasto y el acceso para toda la población, principalmente de la población adolescente y joven, de los diversos métodos anticonceptivos, pero fundamentalmente del preservativo como mecanismo protector ante las ITS.
- b) Ampliar las posibilidades para que la población en general –hombres y mujeres, adultos y adolescentes– tenga acceso a una detección oportuna y a un tratamiento eficaz de cualquier infección de transmisión sexual, sobre todo del VIH/SIDA y del VPH. Debe también garantizarse a todas las mujeres mexicanas las condiciones para una detección oportuna del cáncer de mama y del cáncer cérvico uterino, así como una atención eficaz y humana de estos padecimientos.
- c) Mejorar los criterios de evaluación de los programas de salud reproductiva, que parecen ahora “encogerse” en sus objetivos y alcances pues se les restringe nuevamente a la tarea de la planificación familiar y a la atención de la salud materno-infantil. Pero para ello se requiere una voluntad política y un consenso institucional para generar nuevos indicadores que monitoreen el progreso de los programas, de manera que se evalúe *la calidad y el nivel actual de servicios disponibles* para hombres y para mujeres, para adultos y para jóvenes, y no solamente se hable de la población atendida en términos numéricos.

En todas estas tareas hace falta un decidido esfuerzo por involucrar a la *población masculina* con la finalidad de que sea partícipe, activa y comprometidamente, en las acciones preventivas de la transmisión de infecciones relacionadas con su actividad sexual y de los embarazos no esperados. Este esfuerzo de involucramiento informado en las tareas de prevención y atención debe también extenderse, y de manera intensa, a los proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva.

Los ciudadanos mexicanos tenemos derecho a vivir una vida sexual y reproductiva libre de infecciones y embarazos inesperados, y el Estado mexicano ha suscrito tratados internacionales que lo obligan a reforzar el compromiso con todos nosotros para crear y mejorar las condiciones para que este derecho fundamental se cumpla.

Las prácticas sexuales en el *Programa Nacional de Población*

Ivonne Szasz
El Colegio de México

En los estados modernos las políticas gubernamentales sobre población y salud se han transformado en un importante instrumento que contribuye a normar y organizar las sexualidades y las relaciones de género. Las normatividades hegemónicas dotan a algunas prácticas de legitimidad social y vías de expresión, a la vez que silencian y niegan otras, excluyéndolas y proscribiéndolas. Al hacerlo, establecen dificultades para su realización, niegan derechos y marginan a grupos numerosos de personas hacia situaciones de riesgo, en especial cuando la estigmatización y la negación afectan a personas carentes de recursos materiales y sociales.

El presente trabajo tiene por finalidad señalar la importancia de considerar los aportes de la investigación demográfica sobre las características de las actividades sexuales de la población mexicana y su influencia en la dinámica poblacional. Se proponen algunas interrelaciones entre prácticas sexuales y dinámica demográfica, algunas implicaciones del carácter socialmente construido de las prácticas sexuales y algunas orientaciones que podría contener un programa de población.

1. Las prácticas sexuales afectan la dinámica demográfica

Es importante que los programas de población tomen en consideración las condiciones sociales y culturales que configuran las prácticas sexuales si se busca regular la dinámica poblacional. Para sustentar este argumento se mencionan algunos ejemplos que ilustran la estrecha relación entre el orden social, las normas y prácticas sexuales y la dinámica demográfica:

Los patrones de deserción escolar y unión marital temprana de las mujeres

Las normas predominantes sobre la sexualidad circunscriben los deseos eróticos de las mujeres jóvenes al deseo de casarse, influyendo para que un elevado porcentaje de las mexicanas tengan patrones de nupcialidad temprana, desinterés por la escolaridad media y superior y una inserción esporádica, temprana y temporal en las actividades laborales y

en las migraciones.¹ La fusión entre inicio de la vida sexual y de la vida marital (ambas tempranas) en la casa de los padres del novio no solamente afecta a un importante grupo de mujeres jóvenes, sino que afecta también los patrones de residencia, de estudios, de migración y de actividad laboral de hombres y mujeres jóvenes.² De esta manera, una buena parte de las uniones maritales se inician en México entre jóvenes que no han cursado la enseñanza media ni han alcanzado autonomía económica ni residencial.

La fecundidad temprana

La edad promedio en que las mujeres mexicanas inician la maternidad es relativamente joven y la fecundidad se concentra también en edades jóvenes. Las normas sociales sobre la identidad entre vida sexual y vida matrimonial prevalecientes en sectores amplios de las mujeres mexicanas convierten al embarazo en una vía importante para precipitar uniones maritales y lo transforman en una opción inmediata al iniciarse la vida marital.³ Estos patrones de fecundidad concentrada en los primeros años de una unión marital (vinculados con el carácter relativamente temprano de esas uniones) afectan los patrones de uso de los servicios de salud, de anticoncepción, de inserción laboral, de migración y de división sexual del trabajo en el hogar.

La morbi-mortalidad y las infecciones de transmisión sexual (ITS)

Una serie de normas sociales y de género sobre la sexualidad influye sobre los patrones de morbi-mortalidad, especialmente en hombres y mujeres jóvenes. Estas normas presionan hacia el desempeño sexual y suponen un inexistente "imperativo biológico" de desahogo sexual en los varones, conjuntamente con un deber conyugal de las mujeres unidas de dar atención a esa "necesidad", independientemente de los deseos de ellas. También suponen el silenciamiento de los deseos, de las prácticas sexuales y del emparejamiento homoerótico, y la negación de los deseos y las prácticas sexuales de los jóvenes y de las personas que no están unidas maritalmente, así como la negación de la existencia de relaciones sexuales paralelas o simultáneas con una unión marital. Mediante estas creencias sobre impulsos bio-

¹ Sobre este vínculo entre sexualidad y dinámica demográfica basta recordar algunas cifras: cerca del 40 por ciento de las mujeres mexicanas inician su vida conyugal en la adolescencia; el 70 por ciento de las mujeres mexicanas maritalmente unidas (incluyendo las más jóvenes) dicen haber iniciado su vida marital sin experiencia de relaciones sexuales previas; más del 90 por ciento de las relaciones sexuales pre-nupciales se dieron en una relación de noviazgo y poco tiempo antes de la unión marital; cerca de la mitad de las mujeres mexicanas inician su vida marital viviendo en casa de parientes, generalmente los padres del esposo.

² Cerca de la mitad de los varones abandona la escolaridad alrededor de los 15 años y opta por la migración laboral o la inserción económica temprana, mientras que una proporción semejante de mujeres deja la escolaridad y por lo general no trabaja. Los jóvenes que dejan de estudiar en la adolescencia mantienen la residencia en casa de sus padres.

³ Más del 90 por ciento de la maternidad adolescente ocurre dentro de uniones maritales y la edad promedio en que las mujeres mexicanas tienen a su primer hijo es anterior a los 24 años. Una cuarta parte de las madres mexicanas ha concebido a su primer hijo antes (generalmente justo antes) de su primera unión conyugal. Casi la totalidad de los primeros hijos nacen en el primer o segundo año de vida marital de las mujeres.

lógicos imperativos en los hombres (y su ausencia en las mujeres), y sobre la inexistencia de las prácticas sexuales que ocurren al margen de la normatividad heterosexual conyugal, el orden social inserta a los encuentros sexuales en relaciones de poder que afectan las posibilidades de los sujetos de tomar decisiones autónomas sobre sus actividades corporales. A su vez, los empujan a tomar decisiones y emprender acciones que afectan sus capacidades de auto cuidado y de cuidado de sus parejas en los encuentros eróticos.

Las medidas de prevención de ITS expresan esas normas, pues son promovidas y provistas ignorando la presencia de diversas expresiones de las prácticas sexuales que ocurren al margen de la heteronormatividad conyugal y la relativa falta de autonomía de las mujeres en las relaciones sexuales conyugales. En especial, las medidas de prevención ignoran la simultaneidad de diversos tipos de encuentros sexuales, sus efectos en el tiempo (en términos de que una infección contraída en una relación de pareja o encuentro erótico previo puede permanecer activa en una relación posterior) y la complejidad de su uso en el contexto de relaciones de intimidad y amor que suponen la confianza mutua.

Las características actuales de los mercados laborales se unen a esa complejidad de las convenciones sociales que silencian la abundante existencia de prácticas sexuales no normativas y el carácter simultáneo o sucesivo que suelen tener numerosos emparejamientos.⁴

Es importante que los programas de población reconozcan esas realidades en lugar de sumarse al silenciamiento social de las numerosas prácticas sexuales que ocurren al margen de las relaciones conyugales, pues el silencio dificulta aún más la prevención, tanto en las prácticas no normativas como en las propias experiencias conyugales.⁵ Además, los programas de población no suelen recomendar el uso de medidas preventivas de ITS en la sexualidad conyugal.

2. La sexualidad como un ámbito de poder y desigualdad

Las culturas y las estructuras sociales organizan las prácticas sexuales. Algunas características del orden social y cultural prevaleciente en México que configuran asimetrías y relaciones de poder en los encuentros sexuales son las siguientes:

Las desigualdades socioeconómicas, de género y étnicas, así como las jerarquías en las relaciones laborales, afectan la capacidad de distintos grupos de personas para constituirse como sujetos autónomos en la toma de decisiones relativa a su propio cuerpo. Esto es especialmente marcado en el caso de las prácticas sexuales de mujeres, jóvenes y niños

⁴ Así por ejemplo, una quinta parte de la fuerza laboral mexicana trabaja en los Estados Unidos, México es territorio laboral o de paso de miles de trabajadores centro-americanos y dentro del país la migración laboral afecta a millones de personas, determinando la separación temporal prolongada de un gran número de parejas sexuales y conyugales. Las normas de género prevalecientes se unen a esas separaciones motivadas por las necesidades de trabajo e ingresos, para propiciar tanto la formación de parejas alternativas como los encuentros sexuales ocasionales y sus consecuencias en los reencuentros con las parejas de origen, dificultando aún más las posibilidades de prevención.

⁵ En especial, las normas de género sobre la sexualidad de las mujeres unidas maritalmente vuelven particularmente difícil la prevención frente a las ITS para esas mujeres, pues tienen el deber normativo de confiar en sus parejas masculinas, de mantener su propia reputación y de responder a las demandas de atención sexual de sus cónyuges, independientemente de las experiencias sexuales anteriores o simultáneas de éstos.

de escasos recursos. Los programas de población no suelen tomar en cuenta los diferentes grados de autonomía de las personas, suponiendo que las decisiones individuales dependen únicamente de la información y consejería que tengan las personas.

2.2 En las relaciones interpersonales e incluso en las relaciones íntimas se presentan diferencias, negociaciones, conflictos y ejercicio de poder que afectan la autonomía de las personas para decidir sobre sus actividades sexuales

Las condiciones materiales y culturales desiguales determinan diferentes condiciones y posibilidades para el ejercicio de derechos en el ámbito de la sexualidad y de la reproducción. Los programas de población parecen partir de la base que en la medida que esos derechos son reconocidos, son igualmente accesibles para toda la población.

Las normas y estructuras sociales, en especial el orden de género que configura las características de las prácticas sexuales, coexisten con condiciones materiales y de reproducción social que no son siempre coherentes con esas normas, impulsando actividades, relaciones y condiciones que dificultan el auto cuidado y el cuidado de las parejas sexuales.⁶

La compleja interrelación entre cultura, poder y sexualidad se relaciona con la conservación y reproducción de un orden social jerárquico que estigmatiza, discrimina y establece sanciones sociales referidas a las numerosas actividades sexuales de amplios grupos de población. Las necesidades de silencio y secreto y la fugacidad de las relaciones que surgen en condiciones de estigmatización y discriminación ejercen importantes efectos en las conductas preventivas. Es conveniente que los programas tomen en cuenta las consecuencias de la negación y de las prácticas discriminatorias en las posibilidades de prevención.

Los grupos de personas que concentran mayor poder social están sobre representados en la construcción de las normas y condiciones que regulan las prácticas sexuales y hacen posible la autonomía, el cuidado y la responsabilidad hacia los otros. Tal es el caso de autoridades políticas y religiosas, generaciones mayores, directivos de maestros y comunicadores, por ejemplo. En cambio, los grupos de población que son más carentes de esas condiciones son quienes están más expuestos a riesgos en sus prácticas sexuales y son los que menos inciden con sus necesidades y experiencias en la definición de esas normas y posibilidades, incluyendo los propios programas de población.

3. Algunas orientaciones posibles

Finalmente, se señalan algunas orientaciones que podrían contener los programas de población si se desea abatir la morbi-mortalidad derivada de ITS, la maternidad en adolescentes solteras, la nupcialidad y fecundidad tempranas y las relaciones sexuales no consentidas:

⁶ Un ejemplo ya mencionado es la actual configuración de los mercados laborales y las migraciones (con las consiguientes separaciones conyugales) y su contraste con las normas sobre la sexualidad.

- Considerar una cobertura universal a nivel de enseñanza media con apoyos especiales para las jóvenes como alternativa a la unión marital temprana.
- Considerar medidas para reducir o impedir todo tipo de violencia o coerción sexual, tanto dentro como fuera de la familia, con énfasis en cuerpos armados y grupos vulnerables.
- Considerar medidas para un acceso amplio a la doble prevención entre jóvenes, sobre todo entre los no insertos en el sistema escolar, buscando que la prevención sea anterior al primer embarazo, a la primera unión conyugal o a adquirir una primera ITS.
- Considerar los efectos en las prácticas sexuales resultantes de los cambios en los mercados laborales y las migraciones.
- Promover la educación en equidad de género en las generaciones mayores y en los grupos de poder que influyen en las normas hegemónicas sobre la sexualidad.
- Considerar las diferencias en el acceso a recursos materiales y simbólicos y los diferentes grados de autonomía en las decisiones sobre el propio cuerpo que experimentan distintos grupos de la población mexicana.

Reflexiones de género sobre planificación familiar y demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en regiones rurales indígenas

Gisela Espinosa Damián
Universidad Autónoma Metropolitana

Preámbulo

Dos indicadores privilegiados para mostrar el avance y valorar el éxito de las políticas de población que están fuertemente sostenidas en los programas de planificación familiar han sido, por un lado, el aumento en el uso de anticonceptivos, y por otro, la disminución de la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos.

Los datos indican que en los últimos treinta años el incremento en el uso de métodos anticonceptivos ha sido espectacular (de 1976 a 2006, el porcentaje de mujeres en edad fértil unidas en pareja que usa algún método anticonceptivo pasó de 30.7 a 70.9% invirtiendo así la relación), consecuentemente, la demanda insatisfecha de tales métodos ha disminuido de manera notable y constante.

Ambos indicadores se utilizan para evidenciar los logros de las políticas de población, pero ni uno ni otro son, por sí mismos, garantía de que se están respetando los derechos reproductivos de las personas, ni tampoco de que hay mayor equidad de género.

Una mirada de género construida desde las zonas rurales indígenas arroja reflexiones críticas sobre estos dos indicadores, a la vez que permite sugerir propuestas orientadas a que la salud, la equidad entre varones y mujeres y el ejercicio de los derechos reproductivos sean fundamento de las políticas demográficas.

Con base en una investigación cualitativa sobre maternidad y sexualidad realizada con población indígena rural de cinco estados del país realizada en 2003 (por razones de tiempo no incluiré los testimonios en la ponencia), así como en la información de la *Encuesta de salud reproductiva*, realizada por el CONAPO y el IMSS-Solidaridad en 1999 y de la *Encuesta de salud reproductiva entre jóvenes indígenas* realizada por el IMSS-Solidaridad en 2000, presento algunas reflexiones críticas y sugerencias con la intención de mejorar el ejercicio de los derechos reproductivos en regiones rurales indígenas.

¿Sexismo y ficción en la “demanda insatisfecha” de métodos anticonceptivos?

La tendencia descendente de la “demanda insatisfecha” se presenta como un logro indiscutible de las políticas de población apoyadas en la planificación familiar, sin embargo, este “éxito” oculta una enorme inequidad de género, ya que el indicador sólo incluye a “mujeres expuestas a un embarazo que no hacen uso de método anticonceptivo alguno a pesar de su deseo expreso de querer limitar o espaciar su descendencia” (CONAPO, 1999, 139).

El discurso sobre sexualidad y paternidad responsable dirigido a los varones parte del reconocimiento de que la reproducción implica, en general y todavía, la participación de una mujer y un varón, lo cual se traduce en la intención de incorporar responsable y activamente a los varones en la planificación familiar, pero en la práctica las mujeres siguen siendo la población objetivo prioritaria, y sobre ellas se deposita la responsabilidad anticonceptiva y la regulación de la fecundidad.

O ¿de qué manera explicar que sólo se cuantifique a mujeres que quieren limitar o espaciar su prole y no usan anticonceptivos? ¿Qué perspectiva de género está contenida en un concepto de demanda insatisfecha que, a más de diez años de El Cairo, no cuenta a los varones? Si el concepto no se modifica, creo que refuerza, desde la política pública, la idea de que los varones pueden desentenderse del asunto y que la reproducción es cosa de mujeres, lo cual no sólo es una inequidad para las mujeres, sino una política excluyente para los hombres.

La importancia del dato radica sobre todo en que conocer el porcentaje de varones que desean limitar o espaciar su descendencia y no usan anticonceptivos, conocer sus edades, condiciones laborales, educativas, étnicas, etcétera, permitiría diseñar programas de planificación familiar con mayor equidad de género y más adecuados a las condiciones de mujeres y varones.

En todos los programas oficiales, las mujeres deseosas de espaciar o limitar su descendencia se consideran y cuentan automáticamente como demandantes de métodos anticonceptivos, es decir, se consideran la “demanda insatisfecha”, como si desear y demandar fuera lo mismo. Creo que no: entre el deseo y la demanda median obstáculos que llegan a impedir que el deseo se exprese en demanda. La satisfacción o insatisfacción de ésta es otro asunto. El primero exige explorar un espacio, descubrir quizá que el deseo no siempre se convierte en demanda. Focalizar este espacio permitiría un diseño de programas que diferencien una cosa de otra y que propicien la conversión de los deseos de regular la fecundidad en demanda efectiva de métodos anticonceptivos.

Deseo reproductivo y embarazos no planeados

En las áreas que atiende IMSS-*Solidaridad* (hoy *Oportunidades*), más de la mitad (57%) de los varones y de las mujeres indígenas encuestados está a favor de tener pocos hijos, un porcentaje aún mayor (el 79%) coincide en que tener muchos hijos empeora la salud de las mujeres, y sólo el diez por ciento opina que “no pasa nada” por tener muchos hijos o que “mejora la salud de las mujeres” (6%).¹

² El ideal reproductivo de indígenas y no indígenas se concentra entre dos y cuatro hijos, lo que indica el deseo de formar familias pequeñas y medianas en el medio rural; por encima de cuatro hijos estaría el

El deseo de tener pocos hijos no siempre va de la mano con el uso de anticonceptivos: el 65 por ciento de las indígenas y el 38 por ciento de las no indígenas en edad reproductiva que alguna vez han estado unidas o embarazadas dijeron no estar haciendo nada por regular su fecundidad.

Otros datos muestran la brecha entre el deseo de no embarazarse y el uso de anticonceptivos. Con respecto al último embarazo, el 84 por ciento de las indígenas dijo no haber planeado o no estar segura de querer embarazarse; o “sí” haber planeado, aunque habría preferido esperar más o no estaba segura de su decisión. De las no indígenas, el 70 por ciento dijo no haber planeado o no estar segura de querer embarazarse; o “sí” haber planeado, aunque habría preferido esperar más o no estaba segura de su decisión. En resumen: sólo el 16 por ciento de los últimos embarazos de las indígenas y el 30 por ciento de las no indígenas fue decidido con toda seguridad; 84 y 70 por ciento de los últimos embarazos de mujeres de cada grupo han sido no deseados o cuando menos no planeados, respectivamente.

¿Cómo explicar la incongruencia entre el deseo de limitar o espaciar la descendencia y la experiencia de un embarazo no deseado? La frase: “Tenemos información pero no tenemos métodos”,³ expresa en efecto una “demanda insatisfecha” y describe una situación común en el medio rural e indígena, pues el 30 por ciento de las mujeres indígenas unidas o alguna vez unidas o embarazadas, y el 14 por ciento de las no indígenas en la misma situación, que no están haciendo nada para controlar su fecundidad, declaran que la falta de métodos es la razón por la que no hace nada. En el desabasto resulta decisivo el sector salud, pues a él recurre casi la totalidad de las mujeres rurales: 96.45 por ciento de las indígenas y 90.29 por ciento de las no indígenas; el sector privado sólo atiende al 3.5 por ciento de las primeras y al 9.7 por ciento de las segundas (ESR).

Pese a todo, la demanda insatisfecha sólo es una explicación parcial y limitada sobre el por qué pese a no desear un embarazo tampoco se utilizan anticonceptivos.

Otros motivos completan esta incógnita y obligan a pensar en una política que no sólo ofrezca métodos sino atienda otros problemas. La deficiencia en información anticonceptiva es uno de ellos: pese a que el 94 por ciento de las mujeres rurales no indígenas unidas en pareja también conoce cuando menos un método anticonceptivo, entre las indígenas unidas este indicador es de apenas al 68.6 por ciento. El rezago de las indígenas nos retorna un cuarto de siglo.

Indígenas y no indígenas conocen poco de los métodos en los que el varón tiene mayor responsabilidad o participación, como la operación masculina, o en los que ellos o la pareja

ideal reproductivo de una quinta parte de las no indígenas y de un tercio de las indígenas (12.63 puntos porcentuales por encima de las no indígenas); estos datos indican que aún hay un segmento importante de mujeres rurales e indígenas que prefiere una prole relativamente numerosa. Sobre las ventajas y desventajas de tener muchos o pocos hijos, las opiniones de las mujeres indígenas fueron en el siguiente sentido: más de la mitad, el 51.49 por ciento, declaró que “no sabe” o no encuentra “ninguna” ventaja en tener muchos hijos; sólo el 17.39 por ciento identificó como ventaja el que los hijos ayudan en la casa. En cuanto a las desventajas de tener muchos hijos, las económicas concentraron la mayor frecuencia (51.17%); y entre las ventajas de tener pocos destacó la alimentación con un 23.37 por ciento y la buena vida con un 19 por ciento (ENSARJI).

³ Quizá la escasez se haya acentuado por el desconcierto que trajo consigo el proceso de descentralización del sector salud, pues las instancias estatales de salud tuvieron que hacerse cargo abruptamente de la compra de anticonceptivos; esta situación pasajera no puede anular el hecho de que el presupuesto para salud es insuficiente y que la tendencia en los últimos años noventa fue a reducir el gasto en planificación familiar.

tienen mayor margen de control, como el retiro, los métodos locales, el ritmo o la abstinencia; pese a esta carencia general de información, es notable la desventaja étnica: por cada cien no indígenas que han oído hablar de los métodos locales, el ritmo o la abstinencia, apenas hay 30 indígenas en la misma condición.

Si la información sobre anticoncepción es básica para ejercer los derechos reproductivos, y es elemento clave para lograr el consentimiento informado, es obvio que para las mujeres rurales, especialmente para las indígenas, es muy limitado el ejercicio de estos derechos. Sin embargo, como veremos en seguida, aunque indispensable, la información no es el único factor que permite tomar decisiones, pues en la investigación cualitativa, como en la encuesta, muchas mujeres dijeron saben que se puede evitar el embarazo, y a la vez reconocieron haber tenido uno o varios embarazos no planeados.

De las mujeres en edad fértil, unidas en pareja o alguna vez embarazadas que no están haciendo algo para no tener hijos (65% de las indígenas y 38% de las no indígenas), el 25 por ciento de las indígenas y el 53 por ciento de las no indígenas lo asocian a no estar casada; el tres por ciento de indígenas y el seis por ciento de las no indígenas a no tener relaciones sexuales aunque tengan pareja (sobre todo por ausencia temporal del marido). Pero si las normas comunitarias prohíben las relaciones sexuales en estas circunstancias, la vida comunitaria muestra que la norma no es la práctica, y que si no todas, muchas mujeres que "no debieran tener" relaciones sexuales las tienen: el embarazo adolescente, pre y extramarital, son ejemplos vivo de ello. Su prohibición, penalización y negación dificulta o impide el uso de anticonceptivos y repercute en embarazos no planeados o no deseados. Reconocer las normas culturales, y reconocer la diferencia entre las normas y las prácticas en materia sexual, sería clave para el diseño de programas de población que no sólo informen, promuevan y provean métodos anticonceptivos, sino incorporen una dimensión cultural.

La investigación cualitativa permitió detectar que la oposición de la pareja es una razón importante para que las mujeres no usen anticonceptivos, pues el embarazo es visto como prueba de virilidad en muchas comunidades, o como una especie de cinturón de castidad, sobre todo para quienes migran y dejan a las mujeres por largos periodos. La ESR indica que la oposición de la pareja es motivo de que el 17.5 por ciento de las indígenas y el 6.3 por ciento de las no indígenas no hagan nada para no tener hijos.

Otro motivo que dificulta o impide el uso de anticonceptivos es la sospecha de infidelidad que cae sobre las mujeres que usan anticonceptivos, y las presiones de la familia y de la comunidad para que no lo hagan. Problema que se acentúa si la mujer es soltera o está sola. Las presiones de la comunidad para que solteras y casadas no usen anticonceptivos puede interpretarse como una falta de legitimidad social para el ejercicio de la sexualidad sin fines reproductivos y como un mecanismo de control y apropiación del cuerpo y la sexualidad de las mujeres por parte de sus parejas masculinas. Dicen Amuchástegui y Rivas (2004) que el débito conyugal, figura moral creada por la normatividad religiosa asociada a la heterosexualidad reproductiva y monogámica, única autorizada socialmente y considerada ejemplo de normalidad, persiste como una prescripción moral que culpabiliza al que no la atiende y justifica no atender al propio deseo.

La religión y las presiones de curas y pastores también pesan: la mitad de las indígenas encuestadas opina que una persona debe tener los hijos que Dios mande, pero un significativo 38 por ciento está en desacuerdo con esta idea; las no indígenas definitivamente han disentido de esta norma, 70 por ciento está en desacuerdo y sólo 29 por ciento la acepta.

Otras creencias también frenan el uso de anticonceptivos: de las indígenas y de las no indígenas que no estaban haciendo algo para no tener hijos, el 10 por ciento de las primeras y el 5 por ciento de las segundas confía en que dar pecho evitará la concepción aunque tengan relaciones sexuales, falsa idea que puede acabar en un embarazo no planeado; 5 por ciento de las indígenas y 4 por ciento de las no indígenas no hacen nada porque tiene miedo a efectos colaterales al usar algún anticonceptivo (ESR). Aunque esta respuesta tiene un porcentaje relativamente bajo, la investigación cualitativa da la idea de que la proporción es mayor, muchas mujeres expresaron dudas, temores y rumores sobre la eficacia y los efectos de los métodos anticonceptivos, lo cual desalienta su utilización: que si el DIU y la “operación” producen cáncer; que si las mujeres engordan o adelgazan rápidamente con la operación; que si los anticonceptivos producen fuertes dolores de cabeza o en el vientre, que si luego ya no podrán embarazarse aunque quieran, que fulanita se embarazó con todo y DIU.

Por todas estas razones es que no puede identificarse el deseo de espaciar o limitar los embarazos con la demanda de algún método. Si así fuera, la solución radicaría simplemente en ofrecer anticonceptivos.

Entre el deseo de regular los embarazos y la demanda de anticonceptivos median temores, ignorancia, dudas, rumores sobre la efectividad o inocuidad de los anticonceptivos y malas experiencias; o bien se atraviesa la oposición de sus parejas, las presiones familiares y comunitarias, el miedo al estigma.

Todo ello puede disociar el deseo de controlar la fecundidad de la demanda efectiva (posiblemente insatisfecha) de métodos anticonceptivos. Distinguir la “demanda potencial” (mujeres que desean espaciar o limitar sus embarazos y no están usando ningún método anticonceptivo) de la “demanda efectiva” (mujeres que realmente solicitan algún método), obligaría a analizar la franja que media entre una y otra y atender el cúmulo de problemas que allí se ubican. Es evidente que una política de planificación familiar que perciba esta diferencia, implica incorporar a la reflexión institucional y al universo de temas que se trabajan en las comunidades cuestiones culturales, no sólo médicas, que permitan a mujeres y varones reflexionar sobre las concepciones y prácticas que favorecen o dificultan las decisiones reproductivas en un marco de libertad y de derechos. Los programas de población y planificación familiar debieran contemplar estos elementos.

El porcentaje relativamente bajo de usuarias indígenas de métodos anticonceptivos no responde exactamente a un ideal reproductivo alto, sino, como dijimos arriba, a la prevalencia de dudas y temores, a presiones comunitarias y familiares, a una posición subordinada ante su pareja, a la carencia de información adecuada y oportuna, y a la imposibilidad de disponer de métodos anticonceptivos cuando se desea.

Convertir en demanda efectiva la demanda potencial implica visualizar todos estos factores, en caso de no hacerlo se corre el riesgo de que los derechos reproductivos sean más retóricos que reales en comunidades indígenas, o que los programas de población y planificación familiar estén alejados de las realidades sociales y culturales que se viven en las regiones rurales e indígenas.

Fuentes consultadas

Espinosa Damián, Gisela (2004), "Doscientas trece voces contra la muerte: mortalidad materna en zonas indígenas", en Martha Castañeda *et al.*, *La mortalidad materna en México. Cuatro visiones críticas*, Fundar Centro de Análisis AC, Kinal Antzetik AC, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas y UAM-Xochimilco.

Encuesta de salud reproductiva 1999, realizada por el Consejo Nacional de Población y el *Programa IMSS-Solidaridad*.

Encuesta sobre salud reproductiva entre jóvenes indígenas 2000, realizada por el *Programa IMSS-Solidaridad*

Relatoría

Cecilia Gayet

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

Las presentaciones de la mesa tuvieron un hilo conductor común: la necesidad de recuperar las dimensiones sociales y culturales en las políticas de salud reproductiva, y de atender a los distintos grupos de la población mexicana según sus necesidades. Los temas que se trataron fueron los deseos y demandas insatisfechas de anticoncepción, el embarazo adolescente, las prácticas sexuales que impactan la dinámica demográfica, la falta de cumplimiento de las metas de salud reproductiva, los derechos reproductivos desde la visión de los excluidos de los derechos, el aborto inducido, y la mortalidad materna. Se estableció la necesidad de un cambio cultural que acepte como legítima la disociación de la sexualidad de la reproducción, y la disociación de ambas de la religión, así como el paso a una cultura de derechos y equidad.

La presentación de Gisela Espinosa Damián centró su mirada sobre las poblaciones indígenas y rurales, y reflexiona críticamente sobre dos indicadores utilizados para mostrar el avance y valorar el éxito de las políticas de población: aumento de uso de anticonceptivos y disminución de la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. Una mirada de género construida desde las zonas rurales indígenas obliga a matizar el éxito obtenido entre 1976 y 2006 en estos dos indicadores.

- Demanda insatisfecha: se advierte una enorme inequidad de género. El indicador sólo considera a las mujeres expuestas a un embarazo que no hacen uso de método anticonceptivo alguno a pesar de su deseo expreso de querer limitar o espaciar su descendencia. Los varones, incluidos en el discurso sobre sexualidad y paternidad responsable, siguen quedando fuera en la práctica de la responsabilidad anticonceptiva y de la regulación de la fecundidad. Conocer el porcentaje de varones que desean limitar o espaciar su descendencia aunque no usan anticonceptivos, conocer sus edades, condiciones laborales, educativas, étnicas, etcétera, permitiría diseñar programas de planificación familiar con más equidad de género y más adecuados a las condiciones de mujeres y varones.
- Distinguir entre el deseo de espaciar o limitar y la demanda. Entre ellos median obstáculos que llegan a impedir que el deseo se exprese en demanda. Entre ambos median temores, ignorancia, dudas, rumores sobre la efectividad o inocuidad de los anticonceptivos y malas experiencias, o bien se atraviesa la oposición de sus parejas, las presiones familiares y comunitarias, el miedo al estigma.

Motivos de la brecha:

- 1) La falta de métodos anticonceptivos, donde el desabasto en el sector salud resulta relevante.
- 2) Deficiencia de información anticonceptiva: sobre todo respecto a los métodos en los que el varón tiene responsabilidad o participación, como la operación masculina, o en los que ellos o sus parejas tienen mayor margen de control, como el retiro, los métodos locales, el ritmo o la abstinencia.
- 3) Reconocer las normas culturales, y la diferencia entre las normas y las prácticas en materia sexual, para que no sólo informen, promuevan y provean métodos anticonceptivos, sino que incorporen una dimensión cultural.
- 4) La oposición de la pareja es una razón importante para que las mujeres no usen anticonceptivos, pues el embarazo es visto como prueba de virilidad en muchas comunidades, o como cinturón de castidad, sobre todo para quienes migran y dejan a las mujeres por largos períodos.
- 5) La sospecha de infidelidad que cae sobre las mujeres que los usan, y las presiones familiares y de la comunidad para que no lo hagan, acentuado especialmente sobre mujeres solteras o que están solas.
- 6) La religión y las presiones de sacerdotes y pastores también pesan.
- 7) Otras creencias como la confianza en que la lactancia evitará la concepción o el temor a los efectos colaterales de los anticonceptivos también frenan el uso.

Para convertir la demanda potencial de métodos en demanda efectiva se requiere considerar estos factores a fin de que los programas de población y planificación familiar no estén alejados de las realidades sociales y culturales que viven las regiones rurales e indígenas.

La ponencia de Claudio Stern resaltó las diferencias en el embarazo adolescente entre estratos de población. Los resultados de distintas encuestas muestran que el embarazo adolescente se concentra en gran medida en los estratos bajos de la población, en las localidades rurales y entre mujeres unidas que no habían terminado la secundaria. En dichos contextos, más de dos terceras partes ocurren después de que las muchachas habían abandonado los estudios. En contraste, en el estrato alto predominan las mujeres que se encontraban estudiando cuando se embarazaron y que tenían una escolaridad de secundaria o más; la mayor parte era soltera y un elevado porcentaje afirmó que había dejado la escuela por el embarazo. En el estrato alto parecen ser más elevadas las concepciones pre-matrimoniales. La diferencia entre los estratos bajos y alto sugiere que podría tratarse de situaciones cualitativamente diferentes. En este sentido, el problema del embarazo adolescente es mucho más complejo de lo que aparenta ser. Se trata de varios problemas que deberían pensarse no en una política pública, sino en varias políticas.

En el caso del embarazo adolescente que ocurre en estratos bajos, para disminuir su incidencia sería necesario fortalecer las medidas de política económica y social que propicien que esta población salga de la pobreza, entre ellas, la extensión de la escolarización, particularmente para las mujeres; apoyo para el mejoramiento de la agricultura y de otras actividades que proporcionen trabajo y mejores ingresos; empoderamiento de la mujer y disminución de la inequidad de género. También habría que notar que en estos sectores de población es donde se concentra la mayor carga de problemas de salud derivados del embarazo adolescente (porque ocurren a una menor edad y la prevalencia de desnutrición es elevada). Además, son menores en los estratos bajos el cuidado prenatal y el acceso a servicios profesionales de salud. Habría que extender y mejorar los servicios de salud y las campañas de concienciación relacionadas con los riesgos del embarazo adolescente.

En el caso de los estratos medio y alto, en los cuales pensamos que no son ya necesarias políticas que estimulen la permanencia en la escuela ni la postergación de la unión, aspiraciones incorporadas en estos sectores y cada vez más convertidas en realidad, ni tampoco campañas de concienciación sobre los riesgos de un embarazo temprano porque no ocurren tan temprano, se debe concentrar el esfuerzo decidido en acelerar el cambio cultural que implica pasar de una sociedad en que la legitimidad de las relaciones sexuales se encontraba vinculada directamente con la reproducción –y la legitimidad de ésta vinculada con la unión sancionada por la religión y acaso por el Estado– a una sociedad que acepte como legítima la disociación de la sexualidad de la reproducción, y la disociación de ambas de la religión. En este sentido, se hace un llamado a los sectores adultos de la sociedad (padres, maestros, médicos, comunicadores, etcétera) para que acepten la sexualidad como legítima a fin de contribuir a educar, informar y preparar adecuadamente a los púberes y adolescentes para que asuman con placer y responsabilidad su sexualidad y puedan acudir sin vergüenza o remordimientos de manera voluntaria a solicitar consejería y apoyo para ejercerla. El llamado se extiende a los adolescentes para que se informen y preparen adecuadamente a fin de dejar de ser víctimas de una sexualidad ejercida a pesar suyo y sin la protección adecuada.

La ponencia de Ivonne Szasz trató la importancia de la sexualidad en el *Programa Nacional de Población*.

En la primera parte de su presentación, la investigadora identificó cinco aspectos de la dinámica demográfica que dependen de las prácticas sexuales de la población, desde una mirada de género.

- 1) El primer aspecto es la nupcialidad temprana en las mujeres y la residencia en casa de parientes. Una proporción importante de las uniones de las mujeres empieza antes de los 20 años, quienes inician relaciones sexuales al momento en que se van a vivir con un hombre a la casa de padres o parientes de él o ella.
- 2) El segundo es la fecundidad temprana en las mujeres unidas maritalmente. El comienzo de la vida en pareja y de las relaciones sexuales se da sin protección anticonceptiva, determinando que en el primer o segundo año de iniciada la vida sexual las mujeres mexicanas dan a luz a su primer hijo.
- 3) El tercero se refiere a la maternidad en adolescentes solteras. Destaca que las madres adolescentes solteras ya habían dejado de estudiar cuando se embarazaron.

- 4) El cuarto es la mortalidad masculina derivada de las infecciones de transmisión sexual. En los últimos años las tasas de mortalidad por VIH/SIDA en grupos de edades jóvenes se han mantenido altas, sugiriendo que estos hombres contrajeron el VIH en la adolescencia y juventud temprana.
- 5) El quinto aspecto es la mortalidad femenina derivada de infecciones de transmisión sexual. Se registran varios miles de muertes de mujeres a causa del cáncer cérvico-uterino. Es casi inexistente el conocimiento de que el origen de la transmisión es sexual. Se advierte la ausencia de medidas para prevenir la infección, misma que en condiciones de pobreza o marginalidad puede ocasionar enfermedad que puede llegar a ser mortal.

En la segunda parte de la presentación, Ivonne Szasz argumenta sobre las dificultades para la prevención de las ITS y los embarazos tempranos. Se mencionan las normas de género que atribuyen a las mujeres una sexualidad orientada exclusivamente hacia la unión marital y la procreación. Estas normas impiden la protección de ITS y embarazos, empujan a una unión temprana y a una sexualidad reproductiva poco voluntaria y poco placentera. Las normas de género que atribuyen a los hombres una "necesidad biológica" o "naturaleza alta" que los presiona a tener relaciones sexuales de manera constante, independientemente de si desean o no esas relaciones, de si tienen o no una pareja estable que también las desee. Además, la diferencia en las normas sexuales para hombres y mujeres determina que en un número importante de encuentros sexuales ocurra fuera del contexto conyugal e incluso fuera de una relación estable de pareja. También influye en la imposibilidad para las mujeres sexualmente activas de protegerse frente a una posible transmisión sexual de VIH o VPH, puesto que puede depender más de la biografía sexual de sus parejas sexuales que de las propias prácticas. Asimismo, se debe considerar el hecho de que casi la totalidad de los hombres y una proporción importante de las mujeres han tenido más de una pareja sexual a lo largo de su vida y que una proporción importante de los encuentros ocurre sin protección, que expone a proporciones amplias de la población a la transmisión de ITS y a embarazos no buscados. Debe señalarse la importante presencia de violencia sexual hacia mujeres, jóvenes y niños.

En la tercera y última parte de la ponencia se enumeran algunas medidas imprescindibles para evitar las relaciones sexuales no voluntarias, las uniones y fecundidad tempranas y la fecundidad en adolescentes solteras: cobertura universal de enseñanza media con apoyos especiales para las mujeres jóvenes como alternativa a la unión temprana; medidas para impedir todo tipo de violencia sexual, dentro y fuera de las familias; amplio acceso a doble protección gratuita para mujeres y hombres jóvenes, sobre todo antes de su primer embarazo, de su primera unión o de su primera infección sexual; educación en equidad de género enfocada en los hombres; amplio acceso a análisis clínicos para detectar presencia de VIH y VPH, orientados especialmente a población masculina; idear mecanismos de protección para parejas sexuales de personas diagnosticadas con ITS, y atención médica y psicológica gratuita y de calidad para personas víctimas de violencia sexual.

El trabajo de Olga Rojas argumentó que no se han cumplido las metas relacionadas con los cuatro principios básicos que orientaron la política de población en materia de salud sexual y reproductiva: promover la igualdad y equidad de género, integrar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los hombres, rescatar la dimensión de la

sexualidad y reconocer las necesidades y demandas de una vasta diversidad de grupos de población, con énfasis en involucrar a los varones como sujetos de derechos y obligaciones. Los síntomas más claros de que poco se ha logrado pueden expresarse en los siguientes datos alarmantes: las mujeres siguen muriendo de enfermedades prevenibles como cánceres cérvico-uterino y de mama; las infecciones de transmisión sexual, incluidos el VPH y el VIH/SIDA van en aumento; y la desigualdad social entorpece cualquier avance en materia de salud sexual y reproductiva. La autora propone: 1) trabajar en la prevención de embarazos inesperados y de ITS, con acciones concretas como brindar oportunamente información científica sobre la sexualidad y diversas maneras de protegerse de ITS y embarazos no deseados, y garantizar el abasto y acceso para toda la población, especialmente adolescente y joven, a los diversos métodos anticonceptivos, pero fundamentalmente al preservativo; 2) ampliar las posibilidades para que la población en general tenga acceso a una detección oportuna y un tratamiento eficaz de cualquier infección sexual, especialmente VPH y VIH/SIDA, así como detección de cáncer de mama y cérvico uterino, con atención eficaz y humana; 3) mejorar los criterios de evaluación de los programas de salud reproductiva, que parecen encogerse en sus objetivos y alcances pues se les restringe nuevamente a la tarea de planificación familiar y a la atención de la salud materno-infantil. Se requiere generar nuevos indicadores que monitoreen el progreso de los programas, de manera que se evalúe la calidad y el nivel actual de servicios disponibles para hombres y mujeres, adultos y jóvenes y no se hable de población atendida en términos numéricos, sino en términos de población con salud en su sexualidad y reproducción. Hace falta esfuerzo decidido para involucrar a la población masculina a fin de que sea partícipe en las acciones preventivas de la transmisión de infecciones relacionadas con su actividad sexual y de los embarazos no esperados.

Juan Guillermo Figueroa recordó que en los programas de población siempre se ha planteado la dimensión de los derechos. En este sentido, la nueva propuesta, más que retórica ya conocida, debe apuntar hacia cómo ponerlos en práctica. Desde hace más de 30 años tenemos derechos, pero no todas las personas tienen las condiciones de llevarlos a la práctica. La tarea es ahora identificar a las personas que han sido excluidas de ese derecho y proponer acciones para que los ejerzan. Revisar la teoría de los derechos humanos, ya que son más que decidir el número de hijos. Los derechos humanos son una reivindicación ante la discriminación. Es una figura jurídica que genera obligaciones y apunta a la dignidad. Recuperar la visión del feminismo de los derechos reproductivos: derecho a decidir si quieres o no tener hijos, y acceso a condiciones para ejercer este derecho. Existe una paradoja: derechos iguales con posibilidades diferentes de ejercerlos.

Se puede atentar a los derechos por invasión o abuso, por negligencia, por discriminación y por omisión.

Para que los derechos sean universales no alcanza con enunciarlos sino que hay que construirlos como punto de llegada. El aporte que se puede hacer es mostrar quiénes han sido discriminados de los derechos reproductivos.

No es fácil ejercer los derechos reproductivos para:

- Mujeres como individuos. El empoderamiento no es generalizado.
- Mujeres como grupos: indígenas, de zonas rurales, pobres.
- Personas no heterosexuales, con todas sus variantes. ¿qué respuesta hemos dado a sus derechos reproductivos?

- Personas infértiles.
- Personas solteras o no casadas.
- Personas que quieren cambiar sus preferencias reproductivas (y esto se relaciona con el aborto) o que quieren modificar sus patrones reproductivos. ¿Cómo le ha respondido la política de población?
- Personas con VIH que quieren reproducirse.
- Población masculina. Derechos reproductivos de los varones a la luz de relaciones de género equitativas. Los programas de salud reproductiva siguen centrados en las mujeres. Los programas de población tienen metas de impacto centradas en crecimiento de la población, uso de anticonceptivos de mujeres. Se legitiman discursos que los marginan y excluyen de la noción de toma de conciencia.
- Creyentes de ciertas tradiciones religiosas. Cuando se enfrentan a los discursos institucionales el programa de población no los acompaña. Pactos entre instituciones.

¿Qué le sugiere al programa de población? Generar acciones afirmativas para hacer efectivos los derechos de las personas excluidas.

Susana Lerner, quien coordinó la mesa, resaltó el tema de la interrupción del embarazo no deseado o inesperado (aborto inducido). A pesar de la aparente abundancia de literatura sobre el aborto inducido, permanece insuficientemente documentado, es parcial y poco preciso.

El marco jurídico varía entre las diversas entidades federativas, y en general se caracteriza por ser restrictivo. Existen diversos obstáculos y restricciones de índole institucional como moral que hacen que el aborto, aún en los casos permitidos por la ley, sea un derecho *de jure* y no *de facto*.

La prohibición del aborto no excluye su práctica extendida, sino que propicia que se realice de manera clandestina con mayores riesgos para la salud de las mujeres de menores recursos.

Es causa de mortalidad materna y tiene consecuencias sobre la salud mental de las mujeres, sobre la escolaridad y actividad económica, y representa altos costos económicos, sociales para las mujeres y familias y costos para los servicios de salud.

La fuerte influencia masculina sobre la vida sexual y reproductiva de las mujeres en el ámbito de la pareja, familia, como legal, médico, jurídico y religioso se traduce en barreras que dificultan que la interrupción del embarazo sea un derecho ejercido libre y responsablemente por las mujeres y sea realizado en condiciones menos riesgosas.

Propuestas para las políticas de población en torno al aborto inducido:

- 1) Contar con un conocimiento más preciso y rigor científico sobre intensidad, causas y motivos, consecuencias y papel de distintos actores.
- 2) Conocimiento indispensable para definir políticas de salud, revisar y modificar leyes y sensibilizar a los diversos actores sociales de las consecuencias negativas del marco jurídico que penaliza el aborto.
- 3) Propiciar y apoyar leyes y reglamentos que garanticen la calidad, integralidad y cobertura de los servicios de salud para que las mujeres puedan interrumpir sus embarazos de acuerdo con las causales permitidas por la ley.

- 4) Elaborar una agenda política para su despenalización, que sea coherente con los derechos sexuales y reproductivos reconocidos por el gobierno mexicano y el ejercicio de los mismos en la realidad.
- 5) Propiciar, facilitar y fortalecer el intercambio y cooperación entre investigadores, legisladores, responsables de CONAPO y de los servicios de salud, sector educativo y judicial para la elaboración de la agenda y cumplimiento.
- 6) Fortalecer el papel de la SOMEDE en esta propuesta.

Participación de los asistentes:

Se solicitó incluir dentro de las poblaciones excluidas de los derechos reproductivos enunciadas por Juan Guillermo Figueroa a las mujeres casadas cuyos esposos migran, diferenciando a las recién incorporadas a la vida conyugal de las que tienen varios hijos. También a las propias mujeres migrantes que son violentadas en el tránsito hacia Estados Unidos.

Sobre el embarazo adolescente se acordó con la ponencia de Claudio Stern acerca de la existencia de dos escenarios polarizados. En el área rural el embarazo se asocia a la unión, y en los sectores medios urbanos no hay matrimonio de reparación.

Se reforzó la idea de que el programa incluya la necesidad de hacer un cambio cultural, pasando de la cultura patriarcal a la cultura de derechos y equidad.

Se llamó la atención sobre la necesidad de mejores indicadores, por ejemplo, de mortalidad materna, que refleja la enorme desigualdad y los problemas de acceso. Reforzar los sistemas de información para tener un panorama completo y cabal, y ser más creativos en la generación de fuentes de información y su explotación. Sobre mortalidad materna se indicó que existen compromisos internacionales que no van a ser cumplidos. Es el indicador con mayor rezago.

Por otra parte, se puso en evidencia que el marco legal no reconoce los derechos sexuales, sino sólo el número y espaciamiento de los hijos. Por otra parte, que muchos de los derechos no son conocidos por la población, y que los derechos no conocidos son derechos no ejercidos.

Se indicó la necesidad de desarrollar indicadores que midan el avance de los programas con la inclusión de los cambios culturales, y de que esta medición sea obligatoria para el Estado para evaluar el cumplimiento.

Finalmente, se señaló la necesidad de que la dimensión de salud reproductiva sea tomada en cuenta no sólo en el programa de población sino también en el *Plan Nacional de Desarrollo*. Es necesario que siga vigente como tema emergente, incluyendo la dimensión cultural y de derechos. Y desde una perspectiva integral, no sólo reproductiva sino también sexual, no sólo médica sino cultural, no sólo mujeres sino también hombres.

