

Sociológica, año 19, número 54, enero-abril de 2004, pp. 125-153
Fecha de recepción 03/09/03, fecha de aceptación 24/11/03

La perspectiva de género en las políticas de salud reproductiva

*Gisela Espinosa Damián**

*Lorena Paz Paredes***

RESUMEN

Después de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo en 1994, el gobierno mexicano se comprometió a impulsar políticas públicas para superar las inequidades de género. El término se popularizó y se hizo común en el discurso oficial. Este ensayo muestra las divergencias oficiales en torno al tema y subraya la necesidad de una reflexión profunda que otorgue a la *perspectiva de género* su significado subversivo e igualitarista. Aquí examinamos si en realidad las políticas de salud en planificación familiar se orientan a mejorar la equidad entre hombres y mujeres.

PALABRAS CLAVE: perspectiva de género, equidad, planificación familiar, corresponsabilidad del varón, derechos reproductivos, métodos anticonceptivos, consentimiento informado.

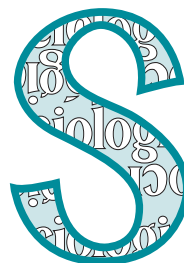
ABSTRACT

After the 1994 International Conference on Population and Development in El Cairo, the Mexican government made a commitment in order to urge public policies with the clear intention of overcoming gender inequities. The term got quite popular and it became officially accepted. This essay shows official divergences in regards to the mentioned topic and it enhances the necessity of a deep consideration in order to recover the subversive and egalitarian meaning of the term "gender perspective". This work examines whether health policies of familiar planification are actually oriented towards improving the equity between men and women or not.

KEY WORDS: gender perspective, equity, familiar planification, male corresponsability, reproductive rights, contraceptive methods, informed consent.

* Profesora investigadora del posgrado en Desarrollo Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Calzada del Hueso núm. 1100, col. Villa Quietud, 04960, Coyoacán, México, D. F. Correo electrónico: giselae@cueyatl.uam.mx

** Investigadora del Instituto de Estudios para el Desarrollo Rural Maya, A.C. Joaquín Romo núm. 54, col. Miguel Hidalgo, 14267, Tlalpan, México, D. F. Correo electrónico: lorenapaz@laneta.apc.org



INTRODUCCIÓN

EN EL CAMPO de las políticas públicas, el concepto género o la llamada *perspectiva de género*, utilizados de forma indistinta para referirse a desigualdades entre varones y mujeres, o a medidas que tienden a contrarrestar las desventajas genéricas, ha sido uno de los emergentes más novedosos y quizá permanentes en la actividad pública.

El concepto género, sintéticamente definido como la construcción sociocultural de lo masculino y lo femenino a partir de la diferencia sexual (Lamas, 1997), empezó a utilizarse en los años setenta en el discurso del movimiento feminista de países desarrollados. Su uso se extendió muy pronto a diversos países y, al cabo de unos años, también hacia otros movimientos sociales, partidos políticos, organismos civiles, instituciones académicas y, hace menos de una década, se empezó a mencionar en programas de gobiernos locales y de organismos supranacionales como el Banco Mundial.

Desentrañar la construcción sociocultural de la diferencia sexual en cualquier plano de la vida o de la actividad humana conduce a un análisis de las desigualdades que, casi siempre, son desfavorables para las mujeres. Pero la intencionalidad del feminismo no sólo es dar cuenta de una realidad injusta, sino trasformarla. De ahí que la perspectiva de género contenga un potencial subversivo y prometedor; y que si de acciones gubernamentales se trata, esta perspectiva debería contribuir a disminuir o erradicar las inequidades entre mujeres y varones.

En México, este concepto fue adoptado y promovido en sus inicios por el feminismo académico y político; aquí, igual que en otros países, muy pronto se abrió paso en múltiples campos del conocimiento y de

la actividad social, con una visión crítica y propositiva sobre las relaciones entre hombres y mujeres. En todas las áreas es un concepto en construcción, su mención en políticas gubernamentales trajo consigo un conjunto de preguntas cuya respuesta no siempre ha sido oportuna, clara o atinada. Y es que mirar la realidad a través de un nuevo filtro (el de género), complica cualquier análisis, pues se trata de articular a visiones anteriores –ciegas a las desigualdades genéricas– un nuevo enfoque que atraviesa y modifica el todo.

Pese a las dificultades, el florecimiento de los estudios de género, así como la difusión y presión ejercida por redes sociales y organismos civiles que trabajan en áreas interdisciplinarias (salud, educación, derechos humanos, derechos reproductivos, violencia, trabajo) y las directrices dadas por organismos internacionales condujeron en poco tiempo a que muchas personas desearan contrarrestar las desigualdades genéricas, aun cuando en un inicio el género fue un asunto feminista, y permeara cada vez más áreas e instituciones al grado que, al comenzar el nuevo siglo y en su primer año de gobierno, el presidente Vicente Fox diera la orden de incorporar la perspectiva de género en todas las políticas y programas impulsados en su sexenio.

El proceso de adopción del concepto muestra la posibilidad de convertir políticas gubernamentales diseñadas y definidas desde “arriba”, en políticas públicas, es decir, en propuestas que impliquen la participación de la ciudadanía y provengan de un diálogo entre gobernantes y gobernados. Sin embargo, tampoco hay que cantar victoria: aunque hoy es común que el presidente o el funcionario de más baja jerarquía hablen de “los y las” o que los programas gubernamentales estén salpicados con la palabra género por aquí y por allá, esto no significa que se haya adoptado el concepto feminista, sino la puesta en juego de un conjunto de posiciones e intereses que aún cuando comparten el término, no así el significado o la intencionalidad de sus creadoras.

Hay diversas interpretaciones: desde la visión utilitarista y tradicionalista de las mujeres presente en los programas de combate a la pobreza recomendados por el Banco Mundial,¹ hasta los mensajes del

¹ El Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), hoy Oportunidades, por ejemplo, considera que tiene una perspectiva de género porque reconoce las cualidades y funciones femeninas ligadas a la reproducción (*ética del cuidado de los otros*), pero esta valoración convierte a las mujeres en receptoras mas no en destinatarias finales de subsidios dirigidos a la familia. La feminización de estos programas reposiciona a las mujeres en la familia y la comunidad (al disponer de recursos que no dependen del varón); pero también las carga de

Consejo Nacional de Población (Conapo), también diseñados con el visto bueno de organismos internacionales, que promueven una relación más equitativa y libre entre los géneros.

El vocablo género se ha popularizado, pero en los diagnósticos con que inician los programas oficiales rara vez se identifican las inequidades de género como parte de los problemas a resolver; por lo mismo, en los objetivos, las acciones y metas casi nunca se propone disminuir o erradicar las desigualdades concretas entre ambos sexos. El reto es enorme, pues en sentido estricto no se trata de incorporar el ingrediente género a “recetas” (programas gubernamentales) elaboradas de antemano, sino de considerar esas diferencias, desde el diagnóstico hasta la evaluación de esas políticas, es decir, se trata de rehacerlas de principio a fin.

Se dice fácil, pero es una tarea compleja: gobernantes, planificadores, académicas y feministas tienen más preguntas y retos que respuestas cada vez que intentan adoptar el concepto en la actividad pública. Los planeadores tienen poca experiencia en cuanto al género y, pese a la instrucción presidencial, persisten resistencias y prejuicios ante un enfoque que no se comprende con facilidad y que está relacionado con el feminismo; la academia y los organismos civiles feministas tienen mucho por aprender sobre el diseño y evaluación de programas oficiales. Hay búsquedas y soluciones creativas, confusiones y dudas de todo tipo, aunque también resistencia, tensiones y divergencias en los enfoques, las prioridades, las formas en que se organizan o se intentan resolver los problemas.

En este sentido, el uso reiterado de la palabra género puede expresar una voluntad política por erradicar las desigualdades entre hom-

responsabilidades y tareas que amplían sus jornadas de trabajo, a la vez que controlan parte de su tiempo pues condiciona los subsidios a la realización de trabajo colectivo y, en algunos casos, hasta su cuerpo, al presionarlas para el uso de anticonceptivos o la aceptación de exámenes físicos como el papanicolau. Así sucedió en varias comunidades mixtecas y tlapanecas de Guerrero, donde “por medio de engaños, amenazas de quitarles las becas de Progresas y promesas de dinero, zapatos y despensas, médicos y técnicos de los servicios estatales de salud obligan a hombres y mujeres a dejarse esterilizar mediante operaciones de vasectomía y salpingoclasia” (“Mediante engaños y amenazas esterilizan a indígenas en Guerrero”, en *La Jornada*, 4 de mayo de 1999, pp. 60 y 37). En un estudio de 2003 (Espinosa, en prensa), indígenas de cinco estados reportaron la presión del personal de Oportunidades para practicarles el papanicolau sin explicación clara ni previo aviso, so pena de borrarlas de la lista de beneficiarias del programa. Así, un leve alivio a la pobreza va acompañado de pérdida de autonomía de las mujeres.

bres y mujeres, pero, cuando sólo se traduce en “los y las”, “mexicanos y mexicanas”, se convierte en una estrategia retórica que oculta la incompreensión, la incapacidad y hasta la resistencia para combatir las.

GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

La salud reproductiva es una de las áreas donde más se han discutido las implicaciones de esta perspectiva; quizá porque el concepto mismo nació con un enfoque de género, porque en esta área se resumen algunos de los problemas y reivindicaciones más sentidos y movilizadores del feminismo: los relacionados con la autonomía y autodeterminación sobre el cuerpo, la sexualidad, la maternidad; tal vez también porque en las instituciones públicas de salud y población —que inciden de manera central en la salud reproductiva— encontramos algunos funcionarios con mayor interés y apertura ante los problemas de género.

El concepto salud reproductiva² hizo su debut mundial en 1994, en la IV Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo. Es producto de un intenso debate entre funcionarios de gobierno, jerarcas de la Iglesia y feministas agrupadas en organismos civiles nacionales e internacionales. Y es que por primera vez en un foro mundial, se abrió un espacio para la sociedad civil en la conferencia oficial (no en foros paralelos como después se ha hecho). De este debate y apertura surgió una propuesta novedosa para enfrentar los problemas demográficos, de salud y desarrollo. Si en las conferencias anteriores se intentó regular el crecimiento demográfico mediante políticas que se apoyaron en el control del cuerpo femenino, la CIPD colocó el derecho universal a la salud reproductiva por encima de cualquier meta demográfica, y esto representó un giro cualitativo y una promesa para las mujeres: importarían como seres

² En El Cairo, la salud reproductiva se definió como un estado de bienestar físico, mental y social —y no la mera ausencia de enfermedades—, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, así como la libertad de cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo. Implica el derecho a la información y el acceso a métodos anticonceptivos seguros, a la planificación familiar y a recibir servicios adecuados de atención durante el embarazo y el parto. La salud reproductiva no sólo incluye el asesoramiento en materia de reproducción, sino también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales (Germain y Kyte, 1995: 22).

humanos, ya no sólo sus úteros y ovarios o la regulación de su capacidad de procreación. La salud reproductiva nació con un enfoque de género, pues reconoció que fortalecer la autonomía de las mujeres sobre su cuerpo, respetar sus decisiones en materia reproductiva y fomentar la equidad entre ellas y los varones en materia educativa, laboral y política eran fundamentales para hacer realidad los derechos reproductivos. A partir de la Conferencia de El Cairo, una red de organismos civiles con enfoque de género se ha empeñado en que la propuesta no se convierta en letra muerta.

El Programa de Acción de la CIPD fue firmado por México y por otros 183 países. A partir de 1994, el gobierno mexicano empezó a diseñar políticas y programas de salud sexual y reproductiva con una nueva visión y con la intención expresa de superar desigualdades de género. Equidad, corresponsabilidad del varón, ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, dignidad, autonomía, autodeterminación y mayor intervención de las mujeres en la toma de decisiones empezaron a ser parte de los discursos y programas del sector público.

Acasi una década de la Conferencia de El Cairo, nos preguntamos si esta perspectiva permea de verdad el campo de la salud reproductiva. Este artículo muestra la divergencia de interpretaciones “oficiales” y evidencia que la perspectiva de género en el discurso no garantiza equidad ni autonomía para las mujeres. Hace falta el análisis profundo y una ardua lucha para que el significado subversivo y el potencial transformador del concepto se reflejen en la aplicación de los programas públicos y en la acción gubernamental, pues éste no puede reducirse a un simple recurso lingüístico. Con esta preocupación nos internamos en un análisis en torno a la planificación familiar, uno de los componentes más antiguos y relevantes de la salud reproductiva, que aquí miramos desde la categoría género.

LOS PROGRAMAS, LOS CONCEPTOS

En 1995, por primera vez en un plan sexenal de la administración federal se creó el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 (PSR 95-00);³ y en el año 2001 se diseñó el Pro-

³ Otras instancias (normativas, de consulta, planeación y evaluación) creadas para atender este campo de la salud y responder a los compromisos adquiridos en El Cairo fueron la Di-

grama de Acción: Salud Reproductiva 2001-2006 (PSR 01-06).⁴ Parece que el término de salud reproductiva llegó para quedarse, pero vale la pena señalar que su significado y enfoque son distintos en cada programa; y aun cuando ambos se comprometen a incorporar la perspectiva de género, sus interpretaciones sobre el concepto son diferentes.

El PSR 95-00 incluía ocho componentes: planificación familiar; salud sexual y reproductiva de adolescentes; salud perinatal; riesgo preconcepcional; enfermedades de transmisión sexual; prevención y detección de neoplasias del tracto reproductor de la mujer; climaterio y posmenopausia; y perspectiva de género, que abarcaban casi todo el universo de la salud reproductiva. En la administración foxista se abandonó la intención holística (integradora) que supone el concepto, de modo que el PSR 01-06, como veremos adelante, se reduce a la planificación familiar y otros componentes se fragmentan en diversos programas.⁵

El PSR 01-06 tiene siete componentes: regulación de la fertilidad en el varón; atención a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente; fomento de la anticoncepción postevento obstétrico; introducción de tecnología anticonceptiva moderna; atención a la salud sexual y reproductiva de las comunidades indígenas; atención en el climaterio y la posmenopausia; y orientación para la prevención y diagnóstico de la infertilidad (Secretaría de Salud, 2001); sin embargo, basta echar un vistazo a sus metas de impacto: aumentar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos a 73.9% del total de mujeres unidas en edad fértil; aumentar 15% el número de usuarias activas de métodos anticonceptivos entre mujeres unidas en edad fértil; disminuir la tasa de fecundidad a 2.06 hijos por mujer; reducir la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos a 6.5%; reducir la tasa específica de fecundidad a 61 nacimientos por 1,000 mujeres de 15 a 19 años;

rección General de Salud Reproductiva (DGR) y el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva.

⁴ En 1995 se creó la Dirección General de Salud Reproductiva y el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva, que agrupaba a todas las instituciones del sector público relacionadas con esta área de la salud y a algunos organismos civiles que también trabajan en ese campo.

⁵ Los programas que atienden la salud reproductiva son: el Programa de Acción para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino y del Cáncer de Mama, el Programa Arranque Parejo en la Vida (orientado a salud perinatal). Otros que funcionan de modo independiente e inciden en la salud reproductiva son el Consejo Nacional de Población y el Centro Nacional para la Prevención y Atención del SIDA (Censida).

incrementar a 54% la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en menores de 20 años; y reducir 11% el total de nacimientos registrados en mujeres de 15 a 19 años (Secretaría de Salud, 2001: 41),⁶ para darse cuenta de que el climaterio, la posmenopausia, la infertilidad y la salud sexual para adolescentes e indígenas que se mencionan entre los componentes, no tienen contenido y que, en el mejor de los casos, éste es un programa de planificación familiar o, en el peor, de control natal.

En el PSR 01-06 se aclara que las metas demográficas y de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (o sea todas sus metas de impacto) fueron estimadas por el Conapo, de acuerdo con el Programa Nacional de Población 2001-2006, lo cual conduce a preguntar si éste es un programa de población con el nombre de salud reproductiva.

Los programas de 1995-2000 y de 2001-2006 concretaron el concepto género de distinto modo: en el PSR 95-00 se promete incorporar⁷ este componente en todas las acciones, normatividad y asistencia técnica, prestación de servicios, capacitación, comunicación educativa, evaluación e investigación. También se prevé que asumir el concepto, disminuirá las desigualdades en la relación médico-paciente y redundará en un cambio de actitudes y patrones culturales de quienes toman decisiones, de quienes prestan servicios, y de toda la población a favor de la autonomía de las mujeres y de su condición de salud. En este tono se afirma que comprometerse con la perspectiva de género implica mejorar la relación proveedor-usuario: escuchar a las mujeres y propiciar una relación cálida, personalizada y con alto contenido humanístico (Secretaría de Salud, 2001: 41). Sin embargo, las palabras no son los hechos, y en otro análisis (Espinosa, 2000) sobre la política

⁶ Aun cuando hay metas de PF similares en ambos programas (incrementar el uso de métodos anticonceptivos, el número de usuarias activas, la cobertura anticonceptiva postevento obstétrico y disminuir la tasa de fecundidad); en el programa 1995-2000 se incluye a varones y se menciona la necesidad de tratar casos de infertilidad, de fortalecer una cultura demográfica, de respetar las decisiones de las y los usuarios, de proporcionar información veraz, suficiente y oportuna sobre las ventajas de la planificación. En relación con los adolescentes se dice que el eje será la información, educación y comunicación, que las metas prioritarias serán que este grupo asuma su sexualidad de manera responsable y sin riesgos y que disminuyan los embarazos no deseados en mujeres menores de 20 años (Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva, 1995: 19-21).

⁷ Define la perspectiva de género como el conjunto de actitudes y acciones tendientes a alentar la apropiación y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; promover la responsabilidad de los varones en el ejercicio de su sexualidad y reproducción, incluyendo el cuidado de los hijos (Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva, 1995: 12).

de salud reproductiva en el periodo 1995-2000, se muestran los claros de una nueva acción gubernamental que, con escasos recursos financieros y muchísimos rezagos sociales e inercias culturales e institucionales, va abriendo paso de manera lenta y dificultosa a un concepto que exige recursos económicos y cambios profundos en el enfoque y la práctica cotidiana de las instituciones públicas e incluso en la actitud y cultura de las y los usuarios.

En el PSR 01-06 hay otra postura ante el concepto género: en la Introducción se reconoce la necesidad de “vincular la salud con el desarrollo económico y social en lo que se refiere a promover la perspectiva de género en el sector salud”, cita textual del Plan Nacional de Salud sobre la que no hay mayor reflexión. El PSR 01-06 también habla del respeto absoluto a los derechos reproductivos, a la libre decisión para el uso de anticonceptivos; menciona la salud sexual y muestra la disparidad entre varones y mujeres en el uso de anticonceptivos. No obstante, las metas del programa evidencian que su principal preocupación es reducir la fecundidad. Una revisión del diagnóstico, los objetivos y las estrategias permite ver que, más que acabar con las inequidades de género, se quiere contrarrestar las diferencias entre mujeres de distinta condición étnica, socioeconómica, etaria (por nivel de escolaridad, lugar de residencia e incluso por discapacidad), en cuanto a tasas de fecundidad, demanda insatisfecha y prevalencia de uso de métodos anticonceptivos.

Por ejemplo, el índice comentado del PSR 01-06 señala el compromiso de incrementar 25% la participación del varón en el uso de métodos anticonceptivos, el diagnóstico menciona la necesidad de cambiar el concepto tradicional de masculinidad, y se define el objetivo de aumentar la corresponsabilidad de los hombres en las decisiones reproductivas y en el uso de anticonceptivos, pero en la visión y la misión del programa se excluyen las diferencias e inequidades entre hombres y mujeres, donde sólo el uso de “los y las” encubre la falta de análisis en la materia. En el apartado IV, que expone las metas, los varones se “esfuman” y no se retiene el incremento de 25% prometido en el índice.

En las estrategias se concentran las diferencias y desigualdades entre distintos grupos de mujeres: adolescentes, rurales, indígenas y migrantes, y se proponen líneas de acción específicas para cada grupo, pero no hay trato específico o diferenciado para la población masculina o femenina en ninguno de éstos, es decir, no hay acciones dirigidas

a las diferencias, necesidades e inequidades de género. Los rezagos particulares de los distintos grupos de población femenina que se presentan en las estrategias no se expresan en las metas, allí no se precisa qué se espera lograr con mujeres indígenas, rurales, migrantes; las únicas metas específicas se refieren a los grupos de edad: unas metas están dirigidas a las menores de 20 años y otras a las mayores de esa edad. Estas fracturas entre cada parte del PSR 01-06 evidencia la falta de correlación entre diagnóstico, objetivos, líneas de acción y metas; de modo que ni las desigualdades de género ni las derivadas de otras condiciones—excepto las que privan entre mujeres de distinta edad—son tratadas con congruencia y consistencia.

Otros signos indican que en este programa la salud reproductiva puede adquirir un significado contrario al consenso de El Cairo. Por ejemplo, en el diagnóstico se dice que “El inicio temprano de la actividad sexual, las conductas de riesgo, el deterioro del tejido social y la falta de servicios apropiados para los adolescentes propician las infecciones de transmisión sexual, incluido el SIDA y los embarazos no planeados” (Secretaría de Salud, 2001: 24). Asombra que un programa oficial de un Estado laico propicie la confusión juntando verdades y mentiras, y asocie el inicio temprano de la actividad sexual con el SIDA, las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no planeados. No se trata de promover la precocidad, sino de reconocer que la población adolescente requiere información, respeto y acceso a servicios, de manera que pueda ejercer su autonomía y gozar de una vida sexual placentera, sana y responsable, como se dijo en El Cairo. Asustar con afirmaciones de esa naturaleza sólo conduce a una política conservadora que de ningún modo evita los problemas que quiere prevenir.

Así las cosas, el programa vigente incorporó parcialmente una perspectiva étnica, etaria, socioeconómica, pero carece de una visión y una política de género. Este somero análisis lleva a pensar que para hacer realidad las promesas contenidas en los conceptos salud reproductiva y género, habrá que luchar por su significado en el campo mismo de las políticas públicas.

INEQUIDADES DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

En la salud reproductiva existe una gran diversidad de planos en los que se manifiestan las inequidades de género y en los cuales se puede

propiciar un cambio positivo; sin embargo, estas desigualdades se conjugan con las de carácter social, étnico u otras, de modo que para alcanzar la salud plena y el estado de bienestar físico, mental y social que refiere el concepto, se deberán establecer líneas de acción que contribuyan a contrarrestar todo tipo de inequidades.

Cada componente de la salud reproductiva exige un análisis concreto, y la visión holística exige su articulación conceptual y programática. Por ejemplo, en salud perinatal urge incrementar la consulta prenatal y la atención profesional en complicaciones de parto, también es necesario el trabajo intenso con parteras y médicos y mejores retribuciones para ellos; pero eso no es suficiente, pues la violencia intrafamiliar, el descuido, la indiferencia o el prejuicio con que muchos hombres asumen la concepción, gestación, nacimiento y crianza de sus hijos, son motivo de desigualdad, sufrimiento y problemas de salud para embarazadas y madres. En una perspectiva de género son apremiantes las acciones que reduzcan la violencia hacia las mujeres y propicien una mayor responsabilidad y participación de los varones durante el embarazo, el parto y la crianza de los hijos.

La prevención del cáncer cérvico uterino, precedido en la mayoría de los casos por el virus del papiloma humano (VPH) y transmitido generalmente por hombres con múltiples parejas, demanda una mayor cobertura del papanicolau y tratamiento en casos positivos; pero esto no basta, se requiere dar más información a la población sobre acciones preventivas relacionadas con el VPH y fomentar una cultura de respeto y cuidado tanto en mujeres como en varones, hacia sí mismos y hacia su pareja.

La necesidad de una construcción específica y concreta de la perspectiva de género no se resuelve con ordenar que ésta se adopte. La diversidad de componentes de la salud reproductiva, la variedad de ámbitos en los que se manifiestan diferencias e inequidades genéricas, así como las acciones para contrarrestarlas mediante las políticas, obliga a un ejercicio complejo cuyas aristas y repercusiones apenas empiezan a comprenderse.

Enseguida analizamos, a la luz de la categoría género, la planificación familiar, componente clave de la salud reproductiva, y proponemos algunos indicadores que demuestren si los programas públicos están mejorando la equidad entre hombres y mujeres en este campo.

LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR VISTA DESDE EL GÉNERO

La planificación familiar (PF) es la acción más difundida de la salud reproductiva. Aunque desde los años setenta, cuando se impulsaron los primeros programas de PF y se empezó a promover de forma masiva el uso de anticonceptivos, ya estaba presente la idea de que los hombres debían participar corresponsablemente en el control de la fecundidad,⁸ las mujeres han sido los sujetos privilegiados de la información, los servicios y la promoción de esos métodos. No es de extrañar entonces que la disminución de las tasas de crecimiento demográfico, asociadas sobre todo al uso de métodos modernos, se explique por el creciente número de usuarias. Así, los programas de PF—articulación entre los servicios de salud y las políticas demográficas—se han apoyado en el control del aparato reproductivo de las mujeres y han marginado a los varones de la responsabilidad y de los servicios.

Una larga historia en la que el cuerpo de las mujeres ha sido sometido a decisiones de progenitores, maridos, curas o gobernantes, ha naturalizado su falta de autonomía y autodeterminación, y hace posible que hoy, políticos, planeadores del desarrollo o médicos intenten tomar ese control. No obstante, los programas y directrices de PF no operan sobre una población objetivo dócil, la rebeldía individual o la acción colectiva cuestionan el discurso y la práctica que pretenden subordinarlas. Por otra parte, si bien las políticas de PF pueden utilizar el cuerpo de las mujeres, también difunden información sobre reproducción y sexualidad y coadyuvan a que muchas de ellas y sus parejas decidan de manera consciente y planificada su reproducción, en lugar de asumirla como destino ineludible o azaroso. Una reproducción planificada también incide en una vida sexual más libre. Tan difundida está la posibilidad de tomar decisiones reproductivas que, pese al notable incremento en el uso de anticonceptivos, desde hace algunos años hay una demanda insatisfecha de procedimientos que eviten la concepción.

Sin embargo, en aras de alcanzar metas demográficas, se sacrifican las ventajas de una verdadera planificación familiar. Muchos prestadores de servicios, antes que orientar a las usuarias sobre los beneficios

⁸ En 1973 empezó a impulsarse el primer programa de control de la fecundidad (Programa de Paternidad Responsable), en el que ya se hablaba de la responsabilidad de hombres y mujeres en esa materia.

de la planificación, antes que preguntar por necesidades y preferencias o resolver sus dudas acerca de los métodos de anticoncepción, las inducen o presionan para que adopten alguno. Aquí resulta ilustrativa la encuesta a prestadores de servicios, realizada por la Dirección General de Salud Reproductiva, donde sólo 47% de los médicos declaró dar prioridad a las preferencias de las usuarias cuando prescribe un método de planificación familiar (Secretaría de Salud, 1997b: 8). Así, al objetivo de que la mujer o la pareja planifiquen con libertad sobrepone el de disminuir las tasas de fecundidad, este hecho se refleja en que los métodos más adoptados en los últimos años son los que dan mayor seguridad al prestador de servicios o a las instituciones públicas de salud de que la mujer no quedará embarazada o que cancelará definitivamente su posibilidad de procrear.⁹

Conforme a lo expuesto y en la perspectiva de género, creemos que las políticas de planificación familiar adolecen de problemas: el control de la fecundidad ha recaído en las mujeres, aun cuando las actividades sexuales y reproductivas implican por igual a los varones; pero además no hay plena garantía de que fluya la información y se respete la demanda, preferencia y decisión de las mujeres sobre el tipo de método que desean utilizar y el momento de elegirlo.

Una política de planificación familiar con enfoque de género tendería a modificar las inequidades entre hombres y mujeres en la responsabilidad de la planificación, pero implicaría otras acciones concretas que garantizaran la información, la orientación y la escucha, así como el acceso a una amplia diversidad de métodos, para que la población pudiera decidir con conocimiento de causa y libertad lo relativo a su reproducción y compartiera con equidad el uso de anticonceptivos.

A partir de esta propuesta analizamos cuatro aspectos que inciden en la autonomía de las mujeres y en la equidad de género en el campo de la planificación familiar: demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos; usuarias y usuarios de métodos anticonceptivos; tipo de métodos de anticoncepción más promovidos; y consentimiento informado y acceso a métodos anticonceptivos.

⁹ Otro claroscuro de la PF es que si bien ha disminuido el número de abortos inducidos (cifra siempre difícil de estimar), que quizá indique un número menor de embarazos no deseados, aún hay una cantidad significativa de mujeres que optan por interrumpir el embarazo. Tal vez esta delicada decisión se asocie a la falta de información y de orientación oportunas o a un difícil acceso a métodos anticonceptivos.

DEMANDA INSATISFECHA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS¹⁰

La disminución de la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de 25.1 a 12.1% (entre 1987 y 1997) representa un logro de los programas oficiales de planificación familiar; sin embargo, este exitoso indicador oculta una enorme inequidad de género, ya que sólo considera a un universo femenino: “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). Si en 1999, de manera precisa en una evaluación de los avances del programa de acción de El Cairo, se concibe que esta demanda sólo compete al género femenino, es evidente que los varones continúan siendo secundarios en la planificación familiar y que sigue depositándose en las mujeres esta responsabilidad. ¿Acuánto ascendería el cálculo si se concibiera que los hombres son corresponsables del control de la fecundidad?

Una aproximación al tema por grupos de edad, lugar de residencia y condición socioeconómica de las mujeres, revela otros desequilibrios y muestra incluso que, para ciertos sectores, las cosas han empeorado. Por ejemplo, entre 1987 y 1997 incrementó la demanda insatisfecha (de 8.3% a 11.8%) entre las mujeres jóvenes sin hijos (Zúñiga y Zubieta, 2000: 47). Otros datos confirman esta hipótesis: en 1997 las mujeres con menor acceso a los métodos tenían entre 15 y 24 años, mismas que en El Cairo se identificaron como prioritarias para las políticas públicas de salud reproductiva.

Al tomar como eje de análisis el grado de escolaridad, resulta que las mujeres sin instrucción (en su mayoría ubicadas en zonas rurales e indígenas) sufren de mayor rezago, pero entre 1987 y 1997 disminuyó a menos de la mitad la demanda insatisfecha de aquellas que ni siquiera asistieron a la primaria (de 45.8% a 21.8%); y también se

¹⁰ Las cifras que se incluyen a partir de este inciso fueron tomadas de Zúñiga y Zubieta (2000), de la *Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica* (Enadid) y del *Boletín de información estadística de la Secretaría de Salud*. La fecha más reciente a la que hacen referencia dichos datos es 1997 en Zúñiga y Zubieta y la Enadid y 1998 en el *Boletín de información estadística*. Aunque existe información aislada más reciente, la desagregación estadística base de nuestro ejercicio analítico no existe para fechas más próximas.

acortó la brecha entre éstas y las que tienen secundaria o más (45.8% contra 10.4% en 1987; y 21.8% contra 8.0% en 1997). Los datos permiten ver que las desigualdades asociadas al nivel de escolaridad de las mujeres están atacándose, pero aún persisten atrasos.

Los desequilibrios son más acentuados entre la población urbana y la rural; en 1997 la demanda insatisfecha en las zonas rurales era más del doble, 22.2%, que en áreas urbanas, 8.9% (Zúñiga y Zubieta, 2000: 46). Al igual que en el caso anterior, la brecha entre lo urbano y lo rural se acortó, pues, entre 1987 y 1997, la demanda insatisfecha en el campo decreció 51%, mientras que en las ciudades disminuyó 44%. En otras palabras, pese a los rezagos, aquí también se redujeron las desigualdades.

Si adoptamos un filtro étnico la desproporción es mayor, ya que en 1997 la demanda insatisfecha entre hablantes de lengua indígena alcanzaba 25.8% (porcentaje semejante a la media nacional de 1987), mientras que entre no hablantes era de 11%. El rezago es enorme y no hay datos que permitan saber si en los últimos años las cosas mejoraron o empeoraron.

Las inequidades también se pueden localizar en el mapa, y son las entidades más pobres y marginadas, ubicadas en el centro, sur y sureste del país, como Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Puebla y Guanajuato donde hay entre 20 y 25% de mujeres con demanda insatisfecha; mientras que en Nuevo León, el Distrito Federal, Baja California Sur, Sinaloa o Sonora este porcentaje disminuye a 6 o 7% (Zúñiga y Zubieta, 2000: 64).

La información vertida indica que la demanda no cubierta de métodos anticonceptivos se concentra entre mujeres jóvenes, sin instrucción, rurales e indígenas; y en entidades pobres y marginadas del centro, sur y sureste del país. Se constatan desigualdades y rezagos, pero la información también permite advertir que las inequidades asociadas a la escolaridad, al lugar de residencia y a la condición étnica y socioeconómica se han atenuado —a excepción de las relacionadas con la edad, donde las mujeres de 15 a 24 años ven su demanda menos satisfecha que antes—. En resumen, persisten rezagos pero han disminuido las disparidades. Vale la pena remarcar que la mayor desigualdad de género en este renglón no puede expresarse con datos, pues se ignora cuántos varones, deseosos de limitar o espaciar su descendencia, no usan método anticonceptivo alguno.

USUARIAS Y USUARIOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Partimos de la idea de que una política que tiende a la equidad de género debe fomentar la corresponsabilidad del hombre en la reproducción y la planificación familiar, que a su vez debería reflejarse en el uso equilibrado de anticonceptivos entre varones y mujeres. Sin embargo, los datos indican que las mujeres siguen asumiendo de modo abrumador la carga del control y regulación de la fecundidad y que la proporción de varones participantes no ha aumentado de forma significativa, lo cual muestra que la desigualdad continúa en este aspecto.

Del total de usuarios y usuarias, el porcentaje de varones que usa condón, que se ha practicado la vasectomía o que emplea métodos naturales junto con su pareja era de 18.2% en 1992, y cinco años después, en 1997, esta proporción apenas se elevó a 19.6%. Por ser el cuerpo femenino donde se desarrolla el embarazo, es de esperar que las mujeres sean quienes más utilizan los métodos, pero la diferencia es abismal y el ritmo al que crece la participación del hombre indica, pese a la voluntad por incorporarlo a la PF, dos cosas: las acciones dirigidas no han tomado suficiente impulso o han sido poco eficaces.

En la mayoría de las parejas, las mujeres son las que asumen el control de la fecundidad sin participación del varón. Entre 1992 y 1997 se incrementó mínimamente el porcentaje de hombres que usa condón, practica el retiro o se ha hecho la vasectomía.

A excepción de los métodos anticonceptivos naturales (el retiro o el ritmo) que comparten con sus parejas, los varones sólo pueden re-

CUADRO 1
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES UNIDAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS
POR TIPO DE PARTICIPACIÓN DEL VARÓN Y LUGAR DE RESIDENCIA, 1992 Y 1997

	1992			1997		
	Rural %	Urbano %	Total %	Rural %	Urbano %	Total %
Sin participación	80.4	81.3	81.1	80.0	79.4	79.5
Participación indirecta	10.1	9.0	9.2	8.3	7.9	8.0
Participación directa	9.4	9.7	9.7	11.7	12.7	12.5

Fuente: Zúñiga y Zubieta (2000: 54).

CUADRO 2
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS POR MUJERES EN EDAD FÉRTIL Y HOMBRES,
SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA, 1992 Y 1997

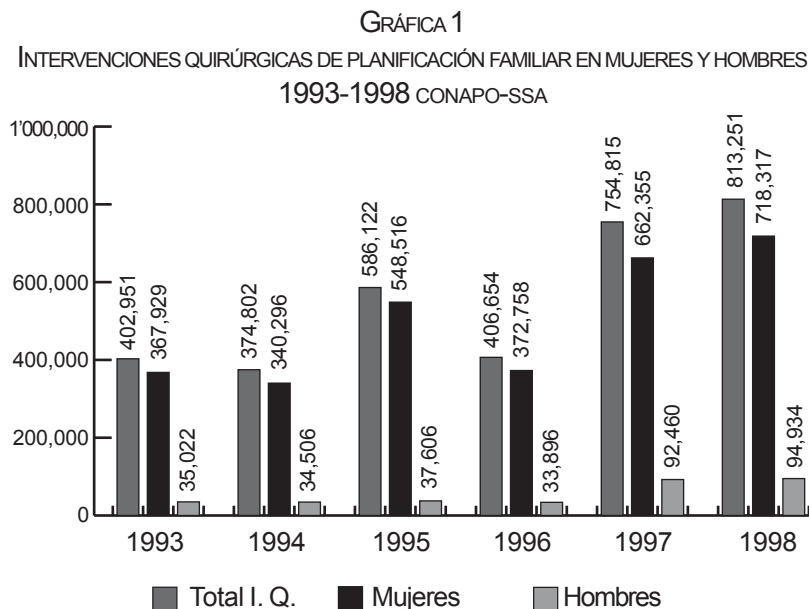
Método	1992			1997		
	Total %	Lugar de residencia Rural %	Lugar de residencia Urbano %	Total %	Lugar de residencia Rural %	Lugar de residencia Urbano %
OTB	43.3	41.2	43.8	44.7	43.4	45.0
DIU	17.7	12.9	18.8	20.8	20.5	20.9
Pastillas	15.3	19.5	14.4	10.0	10.8	9.9
Inyecciones	5.1	6.8	4.7	4.6	5.8	4.3
Norplant	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1
Locales	0.5	0.2	0.5	0.2	0.1	0.2
Naturales	12.2	15.2	11.5	12.3	15.0	11.7
Condomes	4.6	3.9	4.7	5.5	4.0	5.8
Vasectomía	1.4	0.4	1.6	1.8	0.5	2.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la *Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica*, 1992 y 1997.

currir a la vasectomía y al condón. Salta a la vista la escasez de opciones para ellos. La participación porcentual de ambos métodos apenas se incrementó en 1.5% en el quinquenio 1992-1997; mientras que los utilizados por las mujeres (dispositivo intrauterino, DIU y oclusión tubaria bilateral, OTB), cuyo uso también creció en este periodo, elevaron su porcentaje en 4.4%. En 1997 el total de usuarias de métodos femeninos fue de 80.4%, en tanto que su contraparte masculina apenas alcanzó 7.3%. Por cada usuario había once usuarias.

Una serie estadística de 1993 a 1998 sobre intervenciones quirúrgicas de planificación familiar en mujeres y hombres también resulta reveladora de la inequidad de género (véase gráfica 1).

Destaca en primer lugar que las intervenciones quirúrgicas en mujeres representan alrededor de 90% del total, pero mientras que de 1993 a 1998 estas cirugías casi se duplicaron, en hombres casi se triplicaron. Por esa causa la proporción entre OTB y vasectomías tuvo un ligero incremento en los últimos años: en 1993 se realizaba una vasectomía por cada 10.5 OTB, en 1998 la relación era de una a ocho.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Conapo (1999) y Secretaría de Salud (1993, 1994, 1995, 1996, 1997a y 1998).

Esta desigualdad es más marcada en la población abierta (no derechohabiente) y ha empeorado con el tiempo. Por ejemplo, en 1994 se hacían 11 *отв* por cada vasectomía, mientras que en 1998 se duplicó el número de cirugías femeninas: 22 contra una vasectomía. Esta involución sugiere que se han debilitado las políticas de promoción hacia el varón, cosa contraria a los programas y declaraciones. El cuadro 3 ilustra el caso.

Destacan las desigualdades de género: son más numerosas las intervenciones en mujeres que en varones. Pero entre los derechohabientes (más urbanos y con mayor información y acceso a los servicios), el porcentaje de hombres con vasectomía casi triplica al de no derechohabientes que adoptan este procedimiento. Nos preguntamos si la desigualdad relativa en los ámbitos rurales y urbanos obedece a distintas preferencias y culturas, a la inaccesibilidad de los servicios para hombres del campo, o a que en el medio rural se prioriza la operación femenina marginando sin más ni más las opciones anticonceptivas masculinas. En cualquier caso, el menor acceso a los servicios, asociado generalmente a condiciones socioeconómicas precarias y a

CUADRO 3
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES Y HOMBRES
POBLACIÓN ABIERTA Y DERECHOHABIENTE, 1997 Y 1998

Población	1997			1998		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Abierta	164,503 (100%)	7,683 (4.6%)	156,820 (95.3%)	158,689 (100%)	6,659 (4.19%)	152,030 (95.8%)
Derechohabiente	590,312 (100%)	84,777 (14.3%)	505,535 (85.6%)	654,562 (100%)	88,275 (13.4%)	566,287 (86.52%)
Total	754,815 (100%)	92,460 (12.2%)	662,355 (87.75)	813,251 (100%)	94,934 (11.7%)	718,317 (88.3%)

Fuente: Elaboración propia con base en Secretaría de Salud (1997a y 1998).

zonas rurales e indígenas, acentúa las disparidades de género y entre sectores pobres es más promovida la operación femenina que la vasectomía.

En resumen, aunque algunos indicadores se mueven con lentitud hacia la equidad en el uso de anticonceptivos, la desigualdad de género en el número de usuarias y usuarios de métodos sigue siendo enorme. Esta situación indica que la reiterada idea de incorporar una perspectiva de género ha tenido escasa repercusión en este aspecto.

MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN MÁS PROMOVIDOS¹¹

De 1976 a 1997 el tipo de métodos que usan las mexicanas ha cambiado radicalmente: en 1976, las pastillas y los naturales representaban 59.2% del total; en 1997, 65.5% de las usuarias recurría a la OTB (44.7%) y al DIU (20.8%). Así, hasta ese año, los métodos definitivos y los de mayor permanencia desplazaron a todos los demás.

La tendencia se acentúa en algunos estados con gran rezago socio-económico y altas tasas de fecundidad como Chiapas (el tercero entre

¹¹ Los datos utilizados en el apartado provienen de Zúñiga y Zubieta (2000), quienes destacan inequidades étnicas, etarias, geográficas y educativas. No obstante, nuestra preocupación es subrayar las relativas al género en cada tema del análisis, en general ausentes en varias de estas interpretaciones estadísticas. En este sentido, aunque la información proviene del Conapo, la interpretación es original y las reflexiones y conclusiones son de nuestra responsabilidad.

los de más alta fecundidad), donde en 1997 las usuarias de OTB representaban 56% del total de mujeres en edad fértil que empleaba algún método; en Guerrero (primer lugar en alta fecundidad) este indicador fue de 52.6% en el mismo año; y Michoacán (sexto en alta fecundidad) con 50.2% de usuarias de OTB (Zúñiga y Zubieta, 2000: 55). Estas coincidencias hacen pensar que el alto porcentaje de OTB responde más a una estrategia de control natal que a la decisión libre y autónoma de las mujeres. Justo en estas entidades de alta marginación predomina la población rural y los pueblos indígenas son significativos.

Pero no siempre hay relación directa entre las tasas de fecundidad y las de OTB, por ejemplo, Baja California Sur es el tercero con menores tasas de fecundidad y, sin embargo, la cifra de usuarias de OTB es muy alta (52.5%), semejante a la de Guerrero. Por su parte, Veracruz tiene una tasa de fecundidad inferior a la media nacional y la de OTB es muy alta (54%). Las usuarias de OTB en Zacatecas y San Luis Potosí son menos que el promedio nacional (36 o 37% contra 44.7%), y sus entidades se encuentran entre las diez con tasas de fecundidad más altas (Zúñiga y Zubieta, 2000: 55). La diversidad de relaciones entre tasas de fecundidad y de OTB obliga a elaborar más de una hipótesis, pues si por un lado este método podría ser utilizado con fines de control natal, por otro, parece que hay entidades donde su adopción acelerada propició hace tiempo una caída de los índices de fecundidad; o bien algunas otras donde no se ha impulsado la misma política de promoción de OTB o no se ha asimilado de la misma forma.

Uno de los momentos de mayor promoción de la OTB, es el postevento obstétrico, especialmente en el posparto, ya que, como afirma el Conapo, se “establece la conveniencia de que el personal de salud promueva el inicio de un método anticonceptivo (OTB y DIU) antes del egreso hospitalario” (Zúñiga y Zubieta, 2000: 62). En 1997, 46.5% de las mujeres en edad fértil empezó a usar un método en el posparto. El 75% de las usuarias de OTB y más de la mitad de quienes empleaban el DIU (55.1%) comenzaron a utilizar estos métodos en el posparto (Zúñiga y Zubieta, 2000: 60). Se supone que la OTB se fomenta entre mujeres de paridad satisfecha y el DIU entre las que desean espaciar sus embarazos. Y no está mal que en esa etapa una mujer adopte un método, incluso uno definitivo. El problema es en qué momento y bajo qué circunstancias se elige, pues quizá muchas de las nuevas usuarias han carecido de suficiente información y orientación durante el embarazo (sobre todo en el medio rural, donde la consulta prenatal es escasa o nula). De modo que en el posparto inmediato ni sus condi-

ciones emocionales y físicas, ni la información con que cuentan son las idóneas para tomar una decisión que no podrá rectificarse en el futuro. En países desarrollados esta práctica se considera contraria a los derechos reproductivos, mientras en México es la que más se promueve y desplaza a otros métodos y momentos de elección.

Las instituciones de salud declaran que la atención prenatal es un espacio privilegiado para la consejería y oferta de métodos, y, según estimaciones del Conapo, ocho de cada diez mujeres que reciben atención obstétrica en el sector público también obtienen información de planificación familiar, y a siete se les sugiere un método posparto; sin embargo, algunos hechos hacen pensar que la adopción de la OTC y el DIU en este momento, no siempre cuenta con el consentimiento informado de las mujeres y tal vez su promoción obedece más a intereses demográficos que de salud. Por ejemplo en 1997, el estado de Guerrero, donde sólo 55% de las mujeres declaró haber recibido información y oferta de métodos durante la atención prenatal –la media nacional es de 80%– (Zúñiga y Zubieta, 2000: 62-63), tuvo 5.2% más de aceptantes de métodos posparto que cualquier otra entidad. Además de la desinformación, Guerrero ocupa el tercer lugar en alta marginalidad, tiene el menor número de usuarias de métodos anticonceptivos del país, altos porcentajes de demanda insatisfecha y bajo acceso a servicios de PF, ¿por qué precisamente ahí se logran los índices más altos de aceptantes posparto?, ¿será consentimiento informado o política de control natal?

Casos como éste hacen sospechar que el objetivo de reducir la fecundidad se sobrepone a los derechos reproductivos. Una estrategia de este tipo conjugaría desventajas sociales y de género. De nuevo señalamos que el problema no radica en que las mujeres elijan un método después de algún evento obstétrico, sino en la combinación de factores que acompañan al hecho. En la perspectiva de género, el alto índice de aceptantes postevento obstétrico no indica necesariamente mayor autonomía y autodeterminación de las mujeres sobre su cuerpo y sobre su maternidad.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El consentimiento informado implica que las mujeres conozcan varios métodos, sus ventajas, riesgos probables y cuidados necesarios, tam-

bién la forma de emplearlos con seguridad y eficacia, cómo y dónde obtenerlos. Sólo así podrán elegir con libertad y se respetarán sus derechos reproductivos.

De acuerdo con el Conapo, el conocimiento de métodos entre mujeres en edad fértil, se ha incrementado de manera notable: en 1976, 89% conocía al menos un método anticonceptivo, en 1997 la cifra alcanzó casi al total de ellas (97%). Desde cualquier característica que se tome como base (edad, paridad, escolaridad, lugar de residencia), se observa un aumento en el porcentaje de aquellas que conocen por lo menos un método anticonceptivo. Sin embargo, existen diferencias (véase cuadro 4).

Las mujeres que no conocen ningún método de control de natalidad se concentran en los grupos de 15 a 19 años, que no han tenido hijos, que no cursaron la primaria, que viven en áreas rurales y las hablantes de lengua indígena. Mientras, el grupo de 25 a 29 años, que ha tenido dos hijos, cursaron secundaria o más, residen en zonas urbanas y no hablan lengua indígena son las que más métodos conocen. Destacan algunas diferencias, por ejemplo entre las mujeres sin escolaridad y las que cursaron secundaria o más, hay una brecha de 17 puntos (82.4 contra 99.4%); y también se advierte que el sector más rezagado es el de las hablantes de lengua indígena, cuya información al respecto es 18 puntos porcentuales menor que el de las no hablantes—un porcentaje semejante al del grupo más desinformado de hace 25 años—. En el sector rural se concentran los rezagos y son los estados de Oaxaca, Chiapas y Guerrero, donde las mujeres tienen un conocimiento sobre métodos anticonceptivos menor al promedio nacional.

Estas disparidades indican la necesidad de actuar sobre todo en el medio rural, en grupos de baja escolaridad y entre mujeres indígenas. Sin embargo, entre 1997 y 1998, las pláticas sobre salud reproductiva decrecieron en 66% al pasar de 1 millón 919 mil a 656 mil (Secretaría de Salud, 1997a y 1998).

Y mientras el Conapo estima que entre 1994 y 1997, 80.8% de mujeres en edad fértil recibió información de planificación familiar y a 67% se les sugirió algún método (Zúñiga y Zubieta, 2000: 62), una encuesta realizada en 1997 por la Dirección General de Salud Reproductiva a usuarias de 25 centros de salud de ocho entidades, muestra otra tendencia: cerca de la mitad de mujeres unidas y una tercera parte de las no embarazadas, que no querían tener hijos o desea-

CUADRO 4
PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE CONOCE AL MENOS UN MÉTODO
ANTICONCEPTIVO, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS, 1976-1997

	1976	1987	1992	1997
Total	89.0	92.9	94.9	96.6
GRUPOS DE EDAD				
15-19	79.8	89.8	90.9	93.4
20-24	88.8	94.0	96.1	96.8
25-29	93.1	95.2	97.1	98.2
30-34	91.3	94.3	97.5	97.9
35-39	89.7	92.6	95.9	97.4
40-44	86.1	93.3	95.4	97.4
45-49	85.9	92.5	93.1	95.8
PARIDAD				
0	86.6	91.3	92.5	94.1
1	89.7	94.3	96.7	98.2
2	91.8	95.5	97.8	99.0
3	91.3	95.2	97.6	98.8
4 y más	88.6	92.4	94.7	96.5
ESCOLARIDAD				
Sin escolaridad	73.7	72.9	79.5	82.4
Primaria incompleta	88.9	90.3	92.7	93.8
Primaria completa	95.6	95.4	95.1	95.8
Secundaria y más	99.1	98.9	98.7	99.4
LUGAR DE RESIDENCIA				
Rural	78.6	83.1	86.5	90.0
Urbano	95.8	96.4	97.7	98.5
CONDICIÓN DE HABLA DE LENGUA INDÍGENA				
Habla	n.d.	n.d.	n.d.	79.5
No habla	n.d.	n.d.	n.d.	97.8

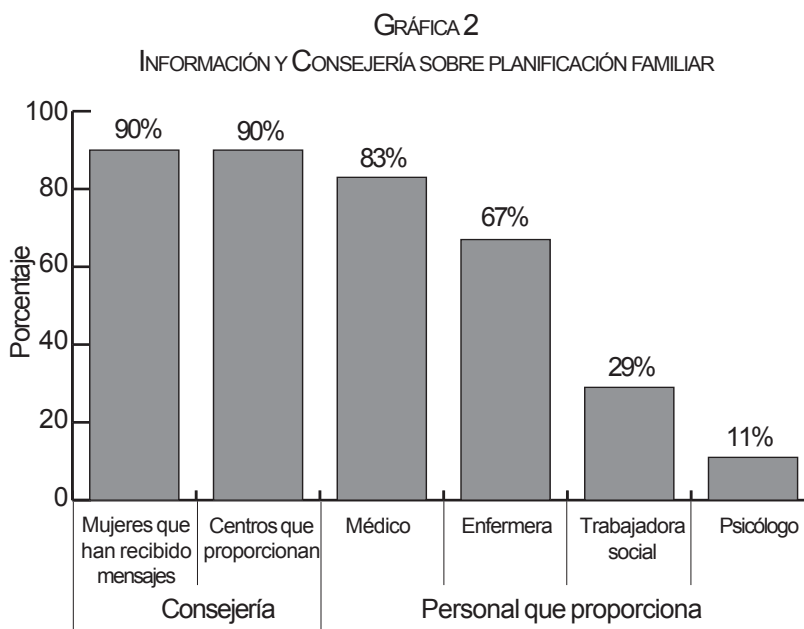
Fuente: Zúñiga y Zubieta (2000: 47). Estimaciones del Conapo con base en *Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976; Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud, 1987; Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica, 1992 y 1997.*

ban espaciarlos, declararon que nunca se les había ofrecido un método anticonceptivo, y sólo a cuatro de cada diez gestantes se les había hablado de planificación familiar (Secretaría de Salud, 1997b: 8).

Además, la propia DGSR reconoce que “hay una proporción importante de usuarias de los centros de salud que tienen embarazos no

deseados, que no usan un método pero quisieran usar uno, y que usan un método pero que preferirían otro” (Secretaría de Salud, 1997b: 8).¹² Esto no sólo habla de deficiencias en la información y el acceso a las diversas posibilidades, sino en la capacitación y desempeño de los consejeros en planificación familiar y prestadores de servicios que no siempre propician el consentimiento informado.

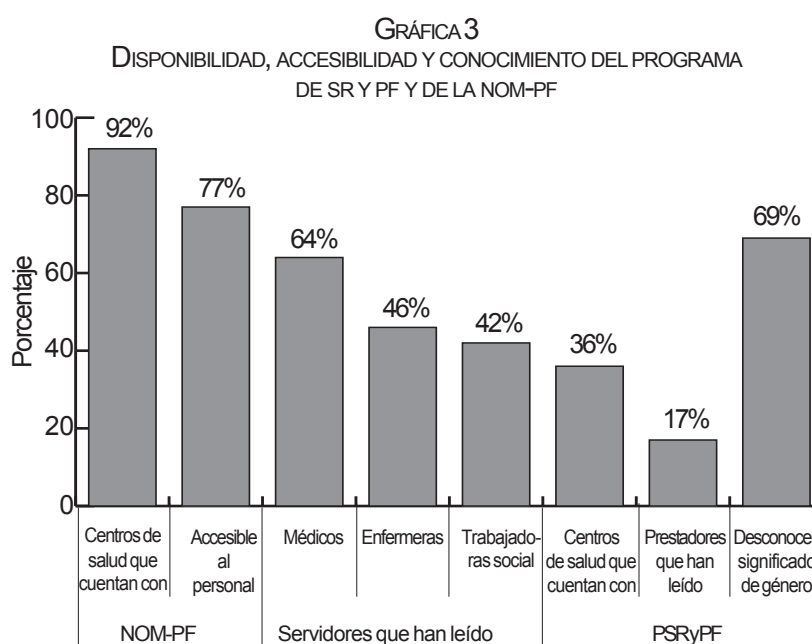
Esta actitud médica es clave, porque la información, consejería y orientación sobre métodos de planificación familiar y en general sobre salud reproductiva, es proporcionada en su mayoría por personal médico, como se muestra en la siguiente gráfica:



Fuente: Elaboración propia con base en Secretaría de Salud (1997c).

¹² La encuesta se refiere a los métodos más usados y los que quisieran usar o prefieren las mujeres que asisten al centro de salud: cerca de 40% empleaba DIU, y sólo 18.4% deseaba usarlo; 25% tenía OVB, pero 47% quería hacerse esta intervención; sólo una de cada diez mujeres recurría a las inyecciones y 20.5% las preferirían a otras alternativas; sólo 1.2% de ellas se refirió a la vasectomía como método activo, pero 4% querían que su pareja se operara; en cambio el condón, que usado por 7.4% de las encuestadas, registraba pocas preferencias—de apenas 2%—, seguramente porque involucra el consentimiento del varón.

El personal médico es el principal consejero e informante de las y los usuarios de planificación familiar. El papel decisivo que juegan los médicos entre el conjunto de consejeros y orientadores, no corresponde a la capacitación que reciben o al conocimiento que tienen de la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar (NOM-PF) y del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (PSR-PF), como se observa en la siguiente gráfica:



Fuente: Elaboración propia con base en Secretaría de Salud (1997b y 1997c).

Como vemos, aunque más de 90% de los centros de salud cuenta con la NOM-PF, sólo en 76% de los casos está disponible o es asequible al personal. De los prestadores de servicios, únicamente 64% de los médicos y menos de la mitad de enfermeras y trabajadoras sociales la han leído.

Con respecto al Programa de Salud Reproductiva, poco más de la tercera parte de los centros de salud cuenta con él, pero sólo dos de cada diez médicos lo han leído. Además, la incidencia del concepto salud reproductiva es dudosa, pues en la citada encuesta de la DGSR

33% de los médicos dijo comprender su significado, mientras que otro tercio consideró que salud reproductiva era igual a planificación familiar; el resto identificó el concepto con salud de la mujer, atención al embarazo, parto puerperio y niño sano (Secretaría de Salud, 1997c). Por último, resulta preocupante que casi 70% del personal médico desconozca el significado de “género”. ¿Cómo adoptar una perspectiva de género si el término resulta confuso o es desconocido por la mayoría de médicos?

Los datos sugieren que la observancia de la NOM-PF y de los nuevos propósitos y enfoques del programa de salud reproductiva todavía están lejos de ser una realidad; que la perspectiva de género y la calidad de la atención que ésta exige, requieren aún de capacitación al personal que ofrece los servicios de PF, en especial a los médicos por su papel central en esta área.

REFLEXIONES FINALES

Este breve ejercicio muestra que existen enormes rezagos y retos, y que reorientar los programas y prácticas de la planificación familiar de acuerdo al enfoque de género es una tarea que aún está en construcción.

En algunos aspectos se han atenuado las desigualdades sociales y étnicas, por lugar de residencia, grupo de edad y nivel de escolaridad, y gracias a ello también se han aminorado algunas desventajas de género; pero no siempre una cosa implica a la otra; por ejemplo, abatir la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos entre las mujeres no se ha acompañado de una mayor participación de los varones en este aspecto, lo cual pone de manifiesto lo poco que se ha avanzado.

Aumentar la prevalencia en el uso de anticonceptivos no conlleva automáticamente mayor autonomía o autodeterminación de la mujer sobre su cuerpo, ni garantiza el consentimiento informado de todas las usuarias, pues muchas reportan que no están utilizando el método de su preferencia. La voluntad de cumplir los compromisos adquiridos en El Cairo e incorporar una perspectiva de género, ratificada en los programas centrales de salud reproductiva y planificación familiar, no corresponde a la capacitación y al conocimiento que tienen los prestadores de servicios sobre los nuevos enfoques y programas.

El caso de la planificación familiar ejemplifica los problemas que entraña adoptar una perspectiva de género. No se desdeña la voluntad

política de algunas instituciones y servidores públicos para asumir el concepto género, pero no es suficiente: hay que reconocer y enfrentar los retos que éste impone al diagnóstico, la programación, la instrumentación y la evaluación de los programas gubernamentales.

En el diagnóstico se trata de identificar diferencias por sexo, pero no todas ellas suponen desigualdad, hay que aprender a reconocerlas e interpretar si hay inequidades de género. En otras palabras: no basta diagnosticar problemas para la población en general, no es suficiente marcar diferencias entre hombres y mujeres, debemos ir más allá y atacar la raíz de los problemas con base en un análisis de los mecanismos que originan o reproducen esta situación.

En la programación se necesita definir objetivos, metas, líneas de acción y recursos financieros específicos para contrarrestar las inequidades entre hombres y mujeres y sus causas. La perspectiva de género tendría que reflejarse, por fuerza, en una tendencia a eliminar estas brechas. En este sentido, un diagnóstico que incluya la categoría género es apenas un buen punto de partida para el diseño de objetivos, metas, acciones y recursos específicos para hombres o mujeres; programas dirigidos a una equidad de género verdadera.

En el seguimiento y evaluación se deben generar indicadores útiles para medir las repercusiones de los programas en población masculina y femenina y confrontar estos indicadores con los del diagnóstico para interpretar los cambios en favor de la equidad entre los géneros.

Es indispensable que un diagnóstico que revele las inequidades de género sea congruente con la programación, el seguimiento y evaluación de resultados para saber si las acciones institucionales cumplen su cometido. Adoptar la perspectiva de género en las políticas públicas exige un trabajo fino y laborioso, pues cada componente de la salud reproductiva amerita una reflexión específica y falta mucho por recorrer. Adquirir conciencia sobre la dificultad que entraña esta propuesta exige una actitud creativa y crítica, para no colocarse ante una mera retórica que no redundará en mayor equidad entre hombres y mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

- Consejo Nacional de Población (Conapo)
1999 *Ejecución del Programa de Acción CIPD, Informe*, Comité Técnico para la Revisión de Avances CIPD+5, Consejo Nacional de Población, México.
- Espinosa, Gisela, coord.
2000 *Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México. Una mirada a la situación nacional y a cuatro estados*, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco-Ediciones El Atajo, México.
en prensa “Doscientas trece voces contra la muerte”, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México.
- Germain, Adrienne, y Rachel Kyte
1995 *El consenso de El Cairo: el programa acertado en el momento oportuno*, International Women’s Health Coalition, Nueva York.
- Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva
1995 *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, 1995-2000*, Poder Ejecutivo Federal, México.
- Lamas, Marta
1997 “Usos, dificultades y potencialidades de la categoría género”, en Marta Lamas, comp., *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México-Miguel Ángel Porrúa, México.
- Secretaría de Salud
1993 *Boletín de información estadística de la Secretaría de Salud*, Secretaría de Salud, México.
1994 *Boletín de información estadística de la Secretaría de Salud*, Secretaría de Salud, México.
1995 *Boletín de información estadística de la Secretaría de Salud*, Secretaría de Salud, México.
1996 *Boletín de información estadística de la Secretaría de Salud*, Secretaría de Salud, México.
1997a *Boletín de información estadística de la Secretaría de Salud*, Secretaría de Salud, México.
1997b *Vinculación de los servicios de salud reproductiva. Encuesta a prestadores de servicios*, Subdirección de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México.
1997c *Vinculación de los servicios de salud reproductiva. Resumen de resultados*, Subdirección de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México.

- 1998 *Boletín de información estadística de la Secretaría de Salud*, Secretaría de Salud, México.
- 2001 *Programa Nacional de Salud 2001-2006. Programa de acción: salud reproductiva*, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Secretaría de Salud, México.
- Zúñiga, Elena, y Beatriz Zubieta, coords.
- 2000 *Cuadernos de salud reproductiva. República mexicana*, Consejo Nacional de Población, México.