

Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos por medio de un enfoque de conflictos¹

*Juan Guillermo Figueroa Perea
Blanca Margarita Aguilar Ganado
y María Gabriela Hita Dussel*

Algunas nociones iniciales

ESTE TRABAJO PRETENDE MOSTRAR algunos de los conflictos que pueden surgir en el campo de los derechos humanos cuando interactúan los patrones reproductivos de la población con las políticas de planificación familiar. Más que repetir declaraciones de principios al respecto, se busca identificar actores en conflictos específicos, con la idea de documentarlos y proponer recursos para su manejo, en el supuesto de que ello permitirá apuntar elementos para revisar la construcción social de la definición de derechos reproductivos.² Se propone como origen temático del conflicto la relación entre reproducción y planificación familiar, mientras que se acepta como posible fuente del mismo el conjunto de interacciones entre los personajes relacionados en este campo, en el supuesto de que sus perspectivas e intereses no siempre coinciden. Un componente adicional de esta reflexión es la identificación de las muje-

¹ Algunas partes de este artículo se discutieron en el seminario "La mujer y los derechos humanos", organizado por el Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer de El Colegio de México; en el seminario sobre "Salud reproductiva y género", organizado por Salud Integral de la Mujer, y en el "Segundo coloquio universitario de investigación y estudios sobre las mujeres y las relaciones entre los géneros", en la Universidad Nacional Autónoma de México; todos ellos, en 1992.

² No se pretende agotar el tema en esta aproximación inicial, sino simplemente mostrar algunos elementos que deben ser considerados en discusiones y trabajos futuros.

res como las principales afectadas por los conflictos anteriormente sugeridos.³

El concepto de derechos humanos se ha identificado como sinónimo de “necesidades esenciales del ser humano”, las cuales son el conjunto de características y de mínimos que deben cumplirse y que requiere dicho ser para desarrollar sus propias capacidades.

Decir que hay derechos humanos en nuestro contexto histórico equivale a afirmar que existen derechos fundamentales que el ser humano posee por el hecho de serlo, por su propia naturaleza y dignidad, derechos que le son inherentes, y que lejos de nacer de una concesión de la sociedad política han de ser consagrados y garantizados [por ésta] [Truyol, 1968:11].

El principio básico de los derechos humanos es aquel que proclama que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos sin distinción alguna, incluida la razón del sexo. En esta razón se ha basado el desarrollo del movimiento en torno a los derechos de las mujeres en el ámbito de la reproducción, como derechos específicos de los que nos ocupamos en particular ahora.

El primer elemento del binomio que pretendemos analizar es la reproducción. Al incursionar en este concepto podríamos optar por el punto de vista biológico y proponerla como un componente más de las características básicas de un ser vivo. Sin embargo, cuando a ese ser le añadimos el componente de la posibilidad de toma de conciencia, característico de todo ser humano, la reproducción debe ser imaginada como una dinámica sobre la cual el ser humano puede influir más que sobre otros procesos vitales, como la muerte, el crecimiento y el propio nacimiento: la reproducción “pone en existencia” a nuevos seres humanos, por lo que la injerencia en la misma adquiere repercusiones de tipo filosófico-existencial, social y político.

Es en el ámbito de la reproducción y en su práctica social en el que se desarrolla la necesidad de un concepto de “derechos reproductivos”, como aquellos que aseguran a toda persona la libre determinación en el número y el espaciamiento de los hijos y el control del ejercicio de su sexualidad, con el acceso a los medios sociales e institucionales necesari-

³ No suponemos que los derechos en el espacio de la reproducción se restrinjan a las mujeres, sino que se opta por ellas dentro de una primera aproximación al tema, tanto por la responsabilidad ancestralmente asignada a las mismas en torno a la reproducción como porque consideramos que la ubicación desde su perspectiva puede mostrar de forma más urgente la discusión sobre el tema de este trabajo. Por lo mismo, la población a la que se hace referencia es principalmente la femenina.

ríos para ello.⁴ En 1968 se adoptó la Proclamación de Teherán, en la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos, y en ella se reconoció como un “derecho humano básico” el decidir libre y responsablemente acerca del número de hijos y del espaciamiento entre los nacimientos (Miró, 1982:779).

Debemos señalar, asimismo, que desde un punto de vista legal los derechos humanos no se agotan en alguna capacidad del titular, sino que —precisamente por ser derechos— se tienen en relación de alteridad frente a otro u otros, quienes son los sujetos pasivos cargados con una obligación y un deber, que es la prestación cuyo cumplimiento da satisfacción al derecho del sujeto activo (Truyol, 1968). Por ello, cada vez que se propone determinado derecho —por ejemplo, el derecho reproductivo—, hace falta detectar con precisión el sujeto pasivo ante el cual su titular puede hacer exigible el goce y ejercicio, además de identificar la obligación que aquel sujeto debe cumplir a su favor, ya que un error en esta especificación puede desnaturalizar o desvirtuar el derecho.⁵

En este sentido, el segundo referente del binomio considerado es la planificación familiar, por medio de las políticas gubernamentales ejecutadas en este ámbito con el fin de incidir en la reproducción de la población. Vale la pena mencionar como antecedente que el término control natal nació originalmente en 1915 como una reivindicación política de los movimientos feministas y socialistas de la época, los cuales buscaban la libertad sexual y reproductiva de las mujeres en la lucha por su autodeterminación y la igualdad entre los sexos. En cambio, el concepto planificación familiar tiene otra connotación y carga ideológica, ya que en sus orígenes hacía referencia al control de la capacidad reproductiva de la pareja como un medio para promover la estabilidad de la familia y contribuir a un equilibrio armónico entre el desarrollo económico y el demográfico. Con ello, el concepto utilizado por muchos programas y políticas públicas se despojó de sus orígenes radicales y al parecer adquirió un carácter eminentemente neutral (Tuirán, 1988:50).

⁴ Aparece como relevante el derecho a la información, pero no como un “depósito de contenidos”, sino como una opción que posibilite realmente incidir en el entorno reproductivo.

⁵ Por esta razón, hemos privilegiado para este trabajo un enfoque de conflictos entre titulares de derechos y personajes institucionales que en cierto momento puedan atentar contra los mismos. De ninguna manera pretendemos reducir a ello el proceso de construcción social de la noción de derechos reproductivos; simplemente, seleccionamos un ámbito potencialmente conflictivo por las condiciones institucionales a las que hacemos referencia más adelante.

En México, la disminución de la fecundidad mediante programas de planificación familiar es promovida por la política de población como un medio para alcanzar ciertas metas sociales, económicas y demográficas. Una de estas metas es la relacionada con la salud de la población (materno-infantil), la cual es vista como un producto de cambios en el comportamiento reproductivo, que a la vez ejerce una influencia en dicho fenómeno junto con otras variables socioeconómicas y culturales.

Se habla de políticas y programas de planificación familiar para hacer explícita la intervención planeada del Estado en la regulación de la fecundidad, la cual, según lo postulado en el artículo 4º constitucional, es objeto de decisiones libres, responsables e informadas. Por ende, la interacción entre la instrumentación de las políticas y programas y el proceso reproductivo de la población mexicana se presenta como un campo fértil para un primer análisis del ejercicio de los derechos reproductivos —desde una perspectiva de posibles conflictos— a partir de algunos elementos de la práctica social de los mismos.

Dinámica de la fecundidad y programas de planificación familiar

En los primeros seis decenios del presente siglo, la población mexicana presentó una tasa global de fecundidad superior a los 6 hijos; al empezar el decenio de los sesenta, hay evidencias de cambios que llevaron a la población a disminuir su fecundidad (entre otros, el descenso previo de la mortalidad, lo cual provocó un incremento del número de hijos sobrevivientes). A partir del decenio de los setenta, los descensos en la fecundidad se volvieron más evidentes por el refuerzo de las nuevas políticas de planificación familiar promovidas por el gobierno, el cual modificó la postura de su política poblacional, que, de ser pronatalista, se convirtió en una que promovía la regulación de la fecundidad, enfatizando el derecho de cada persona a decidir el número de hijos y cuándo tenerlos (véase Urbina *et al.*, 1984). Este comportamiento continuó, aunque a un ritmo más moderado, durante los años ochenta: en ese momento se estima una tasa global de fecundidad de casi la mitad de los valores observados en la década de los sesenta. Este importante descenso debe ser leído como un notable cambio demográfico, pero también como un cambio cultural relevante, sobre todo en una sociedad en la cual la reproducción es altamente valorada y que durante los setenta años anteriores las parejas tenían alrededor de 6 y 7 hijos, en promedio DGPF (1989:35).

Si regresamos un poco al primer componente del binomio de los posibles conflictos —a saber, la población—, procede retomar un par de conceptos propuestos por Ortega y Gasset (1968), en el sentido de que el

comportamiento de todo ser humano se mueve entre el campo de las ideas y el de las creencias. Las ideas son aquellos comportamientos producto de elaboraciones racionales y las creencias son propuestas que se aceptan independientemente de su racionalidad, que se dan por hecho, que no se cuestionan y que, muchas veces, es costumbre aceptarlas; no por eso tienen un carácter irracional, sino que, simplemente, no requieren la razón para ser aceptadas. Parafraseando a Ortega y Gasset, "las ideas se tienen, en las creencias simplemente se está." Podemos decir entonces que, en una población en la que se han promovido desde hace tiempo o se han aceptado como "naturales" las familias numerosas, presentar una nueva propuesta y decir que el valor de la maternidad no consiste únicamente en el número de hijos que se tiene puede poner en entredicho no sólo las ideas —las cuales son relativamente fáciles de modificar—, sino, sobre todo, las creencias, que son el sustento y muchas veces la razón de ser de la propia existencia (Figueroa, 1992c).

La situación es más complicada de lo que parece en una primera lectura, pues abandonar un comportamiento, que puede ser un hábito, una costumbre o una especie de obligación o deber, requiere una motivación profunda, con el fin de que el cambio no sea pasajero o tan conflictivo. Si dicho comportamiento se ha incorporado como parte fundamental de la persona o como algo en lo que se ha centrado parte de su identidad, pueden requerirse acciones que sustituyan o compensen la acción abandonada, no únicamente "rellenadoras de tiempos", sino con un valor e importancia similares a los de la acción abandonada.

Por ello, un proceso de cambio y de modificaciones culturales puede dar lugar a comportamientos ambivalentes, contradictorios y ambiguos, en los cuales se puede estar convencido de ciertas propuestas —en el nivel de las ideas—, pero no necesariamente asumirlas y creer en ellas —en el nivel de las creencias—; de repente, en ese mismo proceso, pueden existir afirmaciones al parecer contradictorias en términos de querer algo y no hacer nada para lograrlo, lo cual puede estar reflejando en buena medida que no se está tan claro en el deseo y no necesariamente que se es poco efectivo en su búsqueda. Se trata al final de cuentas de un proceso de desadaptación y readaptación. Esto se aplica perfectamente en el campo de la reproducción, cuando se empieza a promover la idea de las familias pequeñas entre una población que había sido educada —quizá no en el discurso— en la experiencia de las familias numerosas, y que además parte de sus expectativas, sin necesidad de racionalizarlas de manera precisa, se centraban en familias con un número mayor de hijos que el promovido ahora.

Como explicación del descenso en la fecundidad anteriormente se-

ñalado, se encuentra la difusión del uso de métodos anticonceptivos entre la población mexicana, a partir del cambio en la política demográfica, asociado con la eliminación de la prohibición de la venta de métodos anticonceptivos y con el establecimiento de programas institucionales de planificación familiar.⁶

La política de población propuesta hace casi quince años destacaba como su objeto “elevar las condiciones culturales, sociales y económicas de los habitantes del país, atendiendo a las características de crecimiento, estructura y distribución geográfica, tanto en las áreas rurales como en las urbanas” (Consejo Nacional de Población, Conapo, s/f: ii). En ese mismo documento se propone un objetivo que vale la pena recuperar por el manejo de conceptos potencialmente contradictorios entre sí —en términos de práctica social—, pues se afirma la necesidad de “inducir con pleno respeto a la libertad individual, la reducción de la fecundidad”.⁷

En el Plan Nacional de Planificación Familiar, presentado en 1977, se enfatizaba el derecho de la población a regular su fecundidad, pero también se establecían metas que debían alcanzarse en el descenso de la misma. En la política demográfica se propuso adicionalmente como uno de sus objetivos fundamentales el siguiente: “armonizar el comportamiento del crecimiento natural de la población por entidades, en forma tal que se alcancen las metas nacionales de crecimiento demográfico total de 2.5% en 1982 y 1% en el año 2000”. Para la estimación de dichas metas podemos suponer que se utilizaron parámetros eminentemente demográficos y que difícilmente se pudieron considerar los tiempos y expectativas de la población, ya que no existía el antecedente de descensos importantes en la fecundidad como los que se esperaban en la última cuarta parte del presente siglo.

Esas metas demográficas orientaron la estimación de los resultados “deseables” para parejas usuarias de métodos anticonceptivos en diferentes momentos en el tiempo, con el fin de poder alcanzar los niveles de fecundidad esperados. En el Plan Nacional de Planificación Familiar se hablaba de dos tipos de meta, la demográfica y la de cobertura de servicios, y se cuidó de aclarar “que las metas deberán ser ajustadas conforme a la marcha del programa y a las evaluaciones periódicas que se reali-

⁶ No se pretende afirmar que el cambio en el proceso reproductivo sea un mero resultado de la actuación del Estado, pero se reconocen algunas interacciones, en particular a partir de las demandas de la población que las instituciones gubernamentales han podido satisfacer.

⁷ Surge la necesidad de especular sobre la semántica de dichos términos, pues a partir de ellos se instrumentan los programas y se definen procesos institucionales de interacción con la población en el campo de los derechos reproductivos (véase Figueroa, 1991d).

cen” (Coordinación General del Programa Nacional de Planificación Familiar, CPNPF, 1977:7). Esta propuesta de adaptación de las metas a la dinámica reproductiva de la población no ha sido llevada a la práctica —como se verá más adelante— en lo que se refiere sobre todo a la meta demográfica, la cual constituye paralelamente un criterio básico para la definición sexenal de metas de usuarios y usuarias de métodos anticonceptivos, dentro de las diferentes instituciones del sector salud (CPNPF, 1977; CGPFSSA, 1982; DGPF, 1983; y DGPF-SNS, 1990, como ejemplos).

Ahora bien, al finalizar el primer sexenio (1976-1982) con un nuevo enfoque de la política de población y con una planeación estatal de las acciones esperadas de planificación familiar, los datos demográficos parecían indicar que la población y las políticas “andaban por el mismo camino”, si limitamos esta referencia a la comparación entre la meta demográfica que se había planteado y el nivel de fecundidad estimado para la población en 1982 (Urbina *et al.*, 1984). Se podría decir que hubo una cierta convergencia entre las intenciones reproductivas de las mujeres mexicanas y las expectativas de las políticas de planificación familiar. A pesar de ello, se empezó a hablar de una serie de irregularidades en la prestación de servicios de salud, ya que se estaba presionando a la población a modificar su reproducción, en algunos casos incluso sin respetar el proceso de toma de decisiones al respecto. Un ejemplo de esta inquietud era el cuestionamiento sobre las condiciones en que se estaba atendiendo a las parejas que recurrían a la esterilización femenina (Bronfman *et al.*, 1986).

Algunos investigadores han afirmado que ese “éxito” inicial de los programas de planificación familiar fue resultado de una demanda latente por parte de la población, la cual existía desde antes de modificar la Ley General de Población y que pudo ser atendida gracias a la masificación de los servicios de planificación familiar en buena parte del país. En este sentido se puede afirmar que los programas gubernamentales de planificación familiar han colaborado en la puesta en práctica del derecho reproductivo de mujeres y parejas mexicanas, al facilitar el acceso a los medios para instrumentar sus decisiones sobre el número de hijos que tendrán.⁸

⁸ Si bien el cambio en el artículo cuarto constitucional consiste en la aparición de los derechos reproductivos —aunque no mencionados de tal forma—, algunos autores consideran que la presión de las metas que deben ser alcanzadas ha puesto en entredicho otros derechos reproductivos de las mujeres más específicos, los cuales pueden ser violados con la imposición de un ritmo acelerado a la reproducción, al tratar de alcanzar las metas demográficas trazadas por el Estado (véanse De Barbieri, 1982; Cervantes, 1989; y Figueroa, 1991c).

En 1987 se llevó a cabo una Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES) que cuidó de manera específica la medición de los niveles de fecundidad y el uso de anticonceptivos. Esta encuesta permitió descubrir una serie de hechos sorprendentes desde la perspectiva gubernamental, pues al parecer había disminuido en forma notable el ritmo de descenso de las tasas de fecundidad (DGPF, 1989). Ello se puede interpretar como un distanciamiento entre la conducta reproductiva de la población y las búsquedas y expectativas originales de las políticas y programas. Alternativamente, quedaba la opción de considerar que la población no había cambiado sus patrones reproductivos por una deficiencia de las políticas y los programas, ya sea porque no habían satisfecho lo que la población necesitaba o porque no habían logrado que la población lo aceptara. Ambas connotaciones generan referencias opuestas en la instrumentación de "correctivos al logro no alcanzado". Con estas referencias se acabó el sexenio pasado reconociendo que la evolución demográfica había sufrido algunas modificaciones, sobre todo en lo que se refiere a la fecundidad; ello sugería obligadamente la reconsideración del proceso de planeación demográfica, en particular en lo que se refiere al componente de la fecundidad y los programas que pretenden incidir sobre la misma.

Posibles fuentes de conflicto

En el conjunto de temas sugeridos en este trabajo interactúan cuatro protagonistas que en cierto momento entran en conflicto, por sus diferentes racionalidades, intereses, expectativas, lenguajes y, aún más, por manejar "diferentes reglas del juego", las cuales siempre van en detrimento de los más marginados, por tratarse regularmente de relaciones asimétricas. En una primera instancia consideramos la población—sin distinción de sexo— que se supone beneficiaría de las políticas de planificación familiar, a la vez que sujetos con derecho a la protección que otorgan los derechos humanos y aquéllos cuya reproducción es potencialmente motivo de interés para otros de los protagonistas considerados. En segundo lugar se encuentran los políticos de la población, la salud y la planificación familiar, como aquellos que, a partir de su percepción de la población, de su conocimiento de las características de la evolución demográfica y de salud de la misma, de su papel en las relaciones políticas, sociales, económicas e institucionales, y de su percepción de la política global de desarrollo, proponen acciones y medidas para regular racionalmente la evolución de los fenómenos

considerados, a la vez que formas de instrumentar sus estrategias de planeación.⁹

La tercera instancia la componen las personas a quienes se les ha encargado, por medio de su interacción directa con la población, instrumentar las políticas de planificación familiar: a saber, los prestadores de servicios, principalmente los de salud.¹⁰ Su importancia radica en que están en contacto con las dos instancias anteriores y en que son los intérpretes de las políticas de la segunda instancia; dichas políticas llegarán a la población con la traducción, interpretación y mezcla de valores culturales que ellos les hayan incorporado. La cuarta instancia la forman los investigadores sobre el tema, quienes pretenden documentar las relaciones sociales a partir de sus propios esquemas de análisis, de sus prioridades de investigación y del acceso a la información necesaria para su interpretación de la realidad.¹¹

Una pregunta que surge de manera obligada es qué tipo de conflictos pueden surgir entre los cuatro protagonistas anteriormente señalados cuando se analiza la reproducción de la población. Una parte de los conflictos surgen desde el campo del "deber ser" y las expectativas que cada quien tiene y los medios utilizados para realizarlas, con o sin el consenso de los otros. Para propósitos de este trabajo, hacemos una primera lectura —desde una posición de investigadores— de algunas formas de relación de los tres primeros protagonistas considerados.¹²

⁹ Optamos por "personalizar" los niveles de interacción para esta primera aproximación, con el fin de facilitar un primer análisis con un enfoque de conflictos y en el supuesto de que son seres humanos quienes definen e interpretan las leyes, los códigos, las políticas y los programas que orientan las acciones de planificación familiar que concentran la atención de este trabajo. No descartamos el análisis de las mediaciones institucionales ni de los procesos en los que a su vez están inmersos los diferentes protagonistas; simplemente, optamos por un recurso para este primer ejercicio.

¹⁰ En el Plan Nacional de Planificación Familiar se habló de servicios de salud, de educación y de investigación, si bien sólo se fijaron metas y acciones específicas para los primeros. Por lo mismo, este análisis inicial se centra en las contradicciones que enfrentan los funcionarios de la salud que interactúan con la población, en parte por haber sido el sector sobre el que se ha apoyado —casi de manera exclusiva— la instrumentación de las políticas en cuestión.

¹¹ Por razones de espacio, no se incorpora a la discusión de los conflictos el papel que desempeñan estos individuos, ya sea como intelectuales orgánicos o no (véase Figueroa, 1992a). Tampoco se discute la responsabilidad de involucrarse de forma más sistemática en un campo potencialmente conflictivo para los derechos humanos como es el de la planificación familiar, o de entrar en la definición de categorías analíticas con el propósito de incursionar en este campo del conocimiento y del quehacer cotidiano de las políticas gubernamentales.

¹² En este artículo se privilegia la anticoncepción en la discusión sobre los derechos reproductivos, no porque se pretenda reducir a ella dicho ejercicio, sino porque en este

Relación entre población y prestadores de servicios de salud

Según algunos autores, existen muchos aspectos de la planificación familiar ambiguamente definidos, y ello constituye un puente para posibles conflictos dentro de los cuales los prestadores de servicios ocupan un papel fundamental. Se considera que estas personas ejercen un poder por medio de su conocimiento, se entiende incluso su papel como agentes de cambio de algunos valores culturales asociados con la reproducción: con lo que dicen comunican a la población la visión "legítima" de las formas de conducir la vida sexual y reproductiva¹³ (Tuirán, 1988:49).

Adicionalmente, la condición de clase de los prestadores de servicios, el manejo del conocimiento médico —de la salud y de la reproducción— como poder, la rigidez de la normatividad institucional, la tendencia a no proporcionar explicaciones a la población —por subestimar su capacidad al respecto— y la connotación de ver a dicha población como un paciente y no como a personas que pueden tomar decisiones en el espacio de la reproducción, capaces de decidir por sí mismas, son factores que complican las condiciones en que se da esta interacción, en especial cuando están en juego algunos derechos como los reproductivos. Se vuelve una relación asimétrica en un espacio de decisiones libres e informadas, lo cual limita la actuación de la población, ello aunado a las condiciones impuestas por las desigualdades de género y las diferencias sociales y culturales de la misma población.

Mediante la instrumentación de las políticas de planificación familiar se ha difundido el uso de diferentes anticonceptivos, entre los cuales actualmente se fomenta de manera especial el uso del dispositivo intrauterino y la esterilización femenina como los "más convenientes" para la población y los más efectivos para los programas, recurriendo —en casos extremos— a su promoción por medio de medidas poco aceptables desde el punto de vista de los derechos, como es brindar información incompleta e insuficiente para tomar una decisión, manipular el alcance de la misma o, incluso, imponer el método sin considerar a la persona en el proceso que lleva a optar finalmente por dicho método.

ámbito se han concentrado las acciones de diferentes programas institucionales de planificación familiar.

¹³ No se descarta ni se minimiza la influencia de los medios masivos de comunicación y del sector educativo, pero se reconoce que, por la intención gubernamental de incidir por medio del sector salud en el proceso reproductivo de la población, se ha transmitido a los prestadores de servicios de salud una tarea que privilegia, como parte de sus responsabilidades, ese proceso de transformación de la población en el ámbito reproductivo.

En otros trabajos hemos documentado las dificultades en la interacción entre la población y los prestadores de servicios de salud en el espacio de la planificación familiar, pero vale la pena comentar de nuevo algunas de ellas. Se presentan situaciones en que el prestador parece estar decidiendo por la población, y no precisamente porque ella no se involucre, sino porque en muchos momentos no se le permite, como cuando se decide por ella el uso de un método o, más aún, cuando se impone la aceptación del mismo, ya sea sin pedir opinión o dando una información sesgada y manipulada que fomenta la aceptación en situaciones poco favorables para una decisión (Figueroa, 1990a; y Figueroa *et al.*, 1991a). No estamos asumiendo que la población no pueda hacer nada para contrarrestar la influencia de algún prestador de servicios de salud, sino que por la relación de poder que se establece entre ambos, llega un momento en que la posición del prestador de servicios se vuelve ley en el campo de su interacción con la población (Illich, 1987; Figueroa, 1991c; Bianco, 1991; y Menéndez, 1992, entre otros).

Cuando nos acercamos al análisis de las razones que llevan a adoptar los anticonceptivos, encontramos que 4% de las usuarias esterilizadas en el nivel nacional reconocieron su no participación en la decisión de operarse, mientras que en un estudio regional este porcentaje presenta un valor de 3.5% entre aquéllas para quienes la esterilización fue la primera opción anticonceptiva. En esta misma encuesta, cerca de una quinta parte de las mujeres con dispositivo intrauterino reconocieron que no fue su decisión, sino una unilateral de los prestadores de servicios (Figueroa *et al.*, 1991a). Una cuarta parte de las mujeres esterilizadas en todo el país reconocen no haber recibido información suficiente antes de operarse sobre otras opciones anticonceptivas y sobre la irreversibilidad del método (Figueroa, 1990a).

Con el fin de medir el alcance de estos datos, la ENFES señaló que poco más de la mitad de las parejas en el contexto nacional —por medio de la declaración de las mujeres en edad fértil— usaba algún método anticonceptivo; de esa población, cerca de 40% estaban esterilizadas por razones anticonceptivas, es decir, cerca de la quinta parte de las mujeres del país (Figueroa, 1988c:156).

El análisis de otros indicadores incluidos en el proceso de toma de decisiones nos mostró condiciones en el proceso de elección que dejan mucho que desear de acuerdo a los criterios que se proponen para un proceso de elección: porcentajes importantes de mujeres sin información adecuada y con un procedimiento de aceptación deficiente; tiempos muy cortos entre la decisión y la operación, así como entre el último hijo y la intervención quirúrgica; falta de seguimiento de una cuarta parte de las mujeres e intenciones reproductivas ambivalentes en el momento

de la operación en una de cada diez mujeres. Adicionalmente, la calidad de servicio es diferente, dependiendo del grupo social de pertenencia, del nivel de escolaridad y del lugar de residencia (Figueroa, 1990a), añadiéndose también la menor participación de la mujer en la elección.

Lo anterior puede ser interpretado de varias maneras: por una parte, la población puede tener diferentes niveles de información, racionalizar de manera distinta, verbalizar de forma diferente y, dependiendo del nivel de satisfacción con respecto a la experiencia sobre la que son interrogadas, declarar de manera más favorable o desfavorable. Sin embargo, otra interpretación es que los criterios del prestador de servicios son diferentes, dependiendo del tipo de demandas o de expectativas que suponen en la población con la que tienen contacto. Nos referimos, por ejemplo, a su percepción de la conciencia de la población sobre los derechos que puede defender.

La información analizada nos muestra asimismo que son las mujeres con menor escolaridad y las que residen en zonas rurales quienes en mayor medida tienden a negar la posibilidad de repetir un comportamiento, en el supuesto de tener que elegir nuevamente. Además, al suponer condiciones similares en su proceso de elección, las diferencias en el comportamiento hipotético tienden a mantenerse en los niveles originales (Figueroa, 1990a). Al parecer estos dos grupos de mujeres llevaban ya una desventaja desde el momento mismo de la intervención quirúrgica. Ello puede estar indicando que no basta con incrementar la calidad de la información y del servicio para que la población marginada esté más satisfecha, sino que parece haber otra serie de parámetros propios de dichos grupos poblacionales que están ocasionando las variaciones (Figueroa, 1990a y 1990b). Si esta lógica fuera percibida por un prestador de servicios, podría cuestionarse qué diferencia supone mejorar la calidad del servicio si a la larga el nivel de satisfacción seguirá siendo similar. Es evidente lo dramático de esta conclusión, si se piensa en los derechos de los diferentes grupos poblacionales, independientemente del nivel socio-económico al cual pertenecen.

Esta serie de referencias nos muestran distintas vertientes de conflictos en la interacción, entre prestadores de servicios y población, para asegurar que esta última pueda ejercer sus derechos reproductivos, en mayor medida cuando no se asegura que se comprenden los procesos de decisión de la población y que los huecos identificados en los mismos no han sido cubiertos necesaria y exclusivamente por el prestador de servicios de salud, sino por otras instancias sociales.¹⁴

¹⁴ Valdría la pena intentar también un análisis de la forma en que se promueve la

Este tipo de referencias muestra la complejidad del tipo de relación que puede establecerse entre la población y los prestadores de servicios en la promoción institucional de la práctica anticonceptiva, como una forma de incidir sobre los procesos objeto de los derechos reproductivos.

Ahora bien, como una forma de cuidar y vigilar el servicio brindado a la población en las instituciones de salud, existe una normatividad sobre los criterios que deben seguirse para la administración de métodos anticonceptivos a la población. En principio, son criterios eminentemente médicos, por lo que se refiere a los factores de riesgo, que pueden incrementar efectos colaterales en la población si no se les toma en cuenta al ofrecer un método. Sin embargo, en el caso de los métodos definitivos se incorporan elementos de tipo psicológico en los que resaltan las desigualdades de género.

En una colección publicada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)¹⁵ por medio de la Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica (Amidem), como guías didácticas sobre temas de planificación familiar, se tienen fascículos dedicados a los diferentes métodos, y dentro de ellos, a la anticoncepción quirúrgica masculina y femenina. Debe considerarse que, según los datos de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES), por cada 100 parejas que usan un método anticonceptivo, en 36 de ellas la mujer está esterilizada y sólo el 1.5% de los casos el hombre se ha hecho la vasectomía (DGPF, 1989:42). En dicha colección se habla de las contraindicaciones para brindar el método a la población, y en el caso de la población, femenina, se incluyen únicamente factores de tipo biológico o de antecedentes obstétricos, mientras que en el caso de la vasectomía las contraindicaciones son de tipo psicológico, al considerar que

...está contraindicada en aquellos sujetos cuya decisión sea dudosa, inmaduros biológica o psicológicamente, con temor a los posibles efectos de la operación sobre su estado de salud o posible pérdida de la virilidad, cuya decisión sea tomada con base en información insuficiente o errónea, con disfunción sexual y que confían en que la vasectomía va a resolver su problema" [Amidem, 1986a y 1986b].

construcción cotidiana de sus niveles de responsabilidad en los procesos reproductivos de la población, ligados con otras instancias sociales como los medios masivos de comunicación y las instituciones de educación —dos promotores de valores—, a la par que se recupera la "validez social" del protagonista de salud en el contexto mexicano.

¹⁵ Según la ENFES, el IMSS es la institución que atiende a un mayor porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos en el país.

En el varón, se tiene especial cuidado en el factor psicológico, mientras que no existen razones fisiológicas como contraindicaciones; en la mujer, a las últimas se les da todo el peso, dejando de lado el factor psicológico, el cual, por supuesto, es relevante, y más cuando existen importantes probabilidades de arrepentimiento en una población que ancestralmente ha sido valorada por su capacidad reproductiva.¹⁶

El problema es cómo vive el prestador de servicios esta diferencia y desigualdad en los cuidados sugeridos para las personas de ambos sexos que llegan a considerar la opción de un método definitivo, cuando además uno de los elementos que complican las relaciones entre la población y los prestadores de servicios de salud es la connotación genérica: se dificulta el ejercicio de los derechos, no únicamente en cuanto a la libertad para decidir, sino en cuanto a desigualdades —por género— en las opciones que se presentan en la práctica; este componente añade complejidad al tema en cuestión, ya que las desigualdades genéricas asociadas a las desigualdades sociales demandan un análisis integral de los factores culturales que intervienen en esta interacción.

Otra característica de la normatividad en la prestación de servicios anticonceptivos es la falta de uniformidad en la interpretación de la misma y el diferente énfasis en algunos componentes incluidos en ésta. Ello se constata en el análisis de un conjunto de manuales de distintas instituciones y organismos nacionales e internacionales para el caso del método más usado actualmente en México, a saber, la oclusión tubaría bilateral. Existen variaciones importantes en términos del apoyo que se debe dar a la mujer durante el tiempo previo y posterior a la operación, así como la temporalidad recomendada para llevar a cabo la intervención. A manera de ejemplo, dos manuales publicados por organismos internacionales (IPPF, 1981; y Pathfinder, 1984) recomiendan —sin carácter obligatorio— que se deje pasar por lo menos un año después del parto para que la mujer recupere su estabilidad física y psicológica y pueda constatar el estado de salud de su hijo —por ser uno de los periodos más críticos en términos de sobrevivencia. En el caso de los manuales mexicanos, no se hace referencia a esta propuesta (Figueroa, 1990a), e incluso se promueve dentro de los programas institucionales acciones de anticoncepción posparto; ello se constata en la última encuesta nacional, a la que

¹⁶ De acuerdo con los datos de la última encuesta nacional llevada a cabo en México, 10.5% de las mujeres esterilizadas declararon que no se operarían si tuvieran la oportunidad de volver a optar por el método, además de que entre las mujeres de zonas rurales y las mujeres sin escolaridad los porcentajes se incrementan a 15 y 26%, respectivamente (Figueroa, 1988c:164).

se incorporó una serie de preguntas específicas para mujeres esterilizadas (Figuroa, 1988a).

En dicha encuesta se encontró que 70% de las mujeres entrevistadas en todo el país que habían recurrido a la esterilización femenina se operaron la semana siguiente al nacimiento de su último hijo (Figuroa, 1988c:160). La lectura de estos datos puede hacerse desde diferentes perspectivas: si se recurre a las propuestas de los manuales internacionales, se podría afirmar que ciertos elementos están siendo descuidados en la prestación de servicios para esta población —la cual se incrementa cada vez más— y que el aspecto afectivo de apoyo al manejo de conflictos está siendo subestimado, en especial cuando es mínimo el seguimiento institucional de las aceptantes de métodos definitivos. Si esta misma información se lee desde la perspectiva de las normas vigentes en las instituciones del sector salud, no habría prácticamente nada que cuestionar a los prestadores de servicios —en lo que a este componente se refiere—, pues dichas recomendaciones no aparecen en sus manuales.¹⁷

Por lo anterior, surgen algunos cuestionamientos: ¿Qué se puede aprender de los datos mencionados, qué se puede especular sobre la realidad mostrada? ¿Será que las prioridades y los derechos de información de apoyo, de lo que algunos han dado en llamar consejería, no son tan relevantes para la población mexicana? ¿Será que en otros contextos, donde se recomiendan mayores tiempos de espera para consolidar la decisión de las mujeres, se tiene otro concepto de los derechos de la población? ¿O será que simplemente no estamos incursionando en el terreno de los derechos, sino en criterios de eficiencia institucional, criterios prácticos de urgencias demográficas o en condiciones estructurales que limitan el ejercicio de tales derechos?

Los datos nos muestran algunos elementos de una relación altamente conflictiva entre población y prestadores de servicios de salud, tomados como individuos específicos en interacción. En el siguiente apartado pretendemos ubicarlos en su relación con las políticas institucionales que orientan su quehacer cotidiano en su contexto laboral inmediato.

Relación entre prestadores de servicios y políticas de población y salud

Al principio del presente gobierno, el Consejo Nacional de Población (Conapo), coordinador de la política poblacional del país —en la cual se inserta el programa de planificación familiar—, propuso una modifica-

¹⁷ Un panorama más amplio acerca de las condiciones de la anticoncepción quirúrgica puede verse en Figuroa (1990a).

ción a las metas de crecimiento demográfico que trataba de recuperar la experiencia obtenida por encuestas como la mencionada de 1987. La nueva propuesta contemplaba que, en vez de llegar a 1.8% en 1988 —lo cual era evidente que no se habría podido lograr—, esa meta se considerara para 1994, y por supuesto, eso iba a generar una modificación de la meta que se había señalado originalmente para el año 2000. La reacción del Ejecutivo fue rechazar esta estimación y argumentar que “si las instituciones del sector salud no habían cumplido con la parte que les correspondía en la administración pasada, no por ello tenía que dejarse de lado y reducir las expectativas que se consideraban como las más viables para el país”; de paso, solicitó que se “redoblaran esfuerzos” en las actividades de los programas institucionales y resaltó el pleno respeto de los derechos humanos (REPND, 1990). Vuelve a surgir la complejidad en el uso de los términos, en particular en el contexto de relaciones entre prestadores de servicios y población.

Por ello, procede incorporar a la interacción entre población y prestadores de servicios la participación de los políticos de la población y la salud, así como la lógica de sus propuestas. Una de las reflexiones que surgen cuando enfrentamos la distancia existente entre la fecundidad de la población y las expectativas programáticas es la necesidad de preguntarse si los programas de planificación familiar no han tenido éxito o si las racionalidades que la población y dichos programas están manejando no son precisamente las mismas (Figueroa, 1990c). La relevancia de lo que eso implica es aún mayor si consideramos que las metas demográficas definen el alcance de las metas de usuarios que pretenden alcanzar los programas institucionales de planificación familiar y delimitan en buena medida los criterios de evaluación de los prestadores de servicios (Cervantes, 1989 y 1990; y Díaz, 1990).

Si el personal de los servicios de salud está convencido de la necesidad de reducir las tasas de natalidad de la población y sus relaciones con las usuarias reflejan sentimientos de paternalismo y autoridad profesional hacia las clases inferiores y los “ignorantes”, permeados además por desigualdades genéricas, y si a pesar de contar con manuales de normas y comités éticos que rigen y vigilan la prestación de servicios parece existir una motivación superior a la norma —como lo es el criterio institucional para evaluar su rendimiento—, es probable que se tengan interpretaciones heterogéneas, ambivalentes y fácilmente manipulables respecto al derecho de la población —y en especial, de las mujeres— de decidir libre e informadamente sobre las diversas posibilidades reproductivas y anticonceptivas.

Según algunos investigadores (por ejemplo, Aguirre, 1986; y Conapo, 1989), resulta inalcanzable la meta de reducir la tasa de crecimiento na-

tural a 1% hacia el final de este siglo. Aguirre concluye que, de alcanzarla, "se producirían cambios dramáticos en la estructura por edad, tanto si prevalecen las mismas condiciones de fecundidad y mortalidad como si se recupera el nivel de remplazo el próximo siglo, después de lograrse las metas" (Aguirre: 472).

En un trabajo elaborado por el Conapo (1989), se plantea que:

...de lograrse una tasa de crecimiento de 1% en el año 2000, quizás a partir de los años sesenta del siglo XXI se lograría un crecimiento cero y la población ya no aumentaría, antes bien podría tener una ligera disminución de su monto total, aunque girando alrededor de los 130 millones de personas. Para obtenerla, tendría que pasar un periodo de cerca de sesenta años sumamente traumático para la población a la que le tocara vivirlo, sobre todo para los que alcancen la vejez en su transcurso. Si bien en el corto plazo es probable que un fuerte descenso de la fecundidad se traduzca en liberación de recursos para cubrir otras necesidades, el fuerte desequilibrio que provocaría en la estructura por edad y sus repercusiones en lo económico podrían revertir lo logrado en una primera etapa y aún agudizar la problemática existente (Conapo, p. 28).

De esta forma concluye:

...el escenario propuesto en el Programa Nacional de Población, el cual conduce a una tasa de crecimiento demográfico de 1.5% en el año 2000 [modificación no aceptada por el Ejecutivo], resulta ser el más adecuado para el país, ya que permite sentar las bases para una transformación, a la vez rápida y sin distorsiones, hacia una estructura y una dinámica de población más equilibrada en el próximo siglo [Conapo, p. 29].

Parece evidente un distanciamiento entre las lógicas manejadas por las políticas de población y salud y aquella de la población y, paralelamente, la de los prestadores de servicios como intermediarios de dicha interacción: ello es percibido en una primera lectura del contexto demográfico, así, que, ¡con cuánta más razón surgirían conflictos en el terreno de los derechos reproductivos! Puede observarse cómo se vuelve más complejo el papel de "intermediario" de los prestadores de servicios de salud. Nos cuestionamos hasta qué punto buena parte de los conflictos entre la población y los prestadores de servicios están condicionados por el tipo de relación que se establece a su vez entre los prestadores de servicios y las políticas de población y salud, y hasta qué punto surgen por la decisión e interpretación del mismo prestador de servicios, de la búsqueda de dichas políticas.

A partir de la discusión anterior, se vuelve necesario discutir qué

implican las metas demográficas tanto en términos demográficos como de derechos humanos en el ámbito de la reproducción, pues si el comportamiento reproductivo y la salud son dos dinámicas fundamentales que contribuyen a definir el ser humano como tal, si además las políticas actuales han encargado a los prestadores de servicios intensificar sus acciones para incidir sobre la primera de dichas dinámicas, y si a ello se añade que el estado actual de la relación médico-población conlleva una buena carga de poder, no sería arriesgado afirmar que así como Illich (1987) habla de la "expropiación de la salud" por parte de los prestadores de servicios, uno tienda a pensar en el riesgo de la "expropiación de la reproducción" por parte de los programas institucionales (Figueroa, 1991c).

La enunciación formal del derecho a la procreación fue acompañada en su momento por la exhortación de que dicho derecho se ejerciera, no sólo libremente, sino también responsablemente. Para lograr esto, la Declaración de Teherán reconoció también el derecho a la información y a la educación¹⁸ que proveyera a los individuos del conocimiento necesario para decidir libre y responsablemente acerca de cuántos hijos tener y cuándo. Es difícil entender la lógica de haber privilegiado la definición de metas para los servicios de salud sin una acción paralela y sistemática sobre los procesos educativos de la población.

Al incursionar en otro espacio de la interacción entre población y políticas por medio de la participación de los prestadores de servicios de salud, vale la pena destacar un concepto que ha sido la justificación de actividades de algunos programas de planificación familiar y puede no coincidir siempre con la lógica de la población, nos referimos al concepto de "demanda insatisfecha". Se habla de esta noción para referirse a aquella parte de la población que declara no desear más hijos y que, sin embargo, no hace nada para evitarlos; esta aparente contradicción en la población ha sido detectada por algunos programas y con ello transmitida la inquietud a los prestadores de servicios, como de un grupo poblacional que requiere de las "acciones esmeradas y efectivas" de los prestadores de servicios.¹⁹

En la ENFES se incorporó una serie de preguntas que pretendían incursionar en el campo de la planeación de los embarazos, con la intención de identificar aquellos que "no fueron buscados deliberadamente" por la población, con la inquietud de identificar una "demanda potencial" de acciones educativas y de algún tipo de orientación por parte de la

¹⁸ Este derecho está naturalmente vinculado con el de recibir educación en general, que ha sido reconocido como uno de los derechos básicos del ser humano.

¹⁹ Pueden verse algunas estimaciones en Urbina *et al.* (1984) y Figueroa (1988b).

misma. Uno de los datos relevantes que encontramos fue que de todos los nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la entrevista, en 50% de los casos las mujeres declararon que no pensaron en ellos antes de que ocurrieran; pero el hecho de no haber pensado en ellos no quiere decir que fueran no deseados sino, simplemente, que no respondían a ese esquema; es decir, para uno de cada dos nacimientos, el sentido de la planeación no pareció tener mucha utilidad en términos analíticos (Figueroa, 1992c). Además, para un 15% se presentaban decisiones un tanto ambivalentes, ya que declararon que no deseaban hijos y sin embargo no estaban haciendo algo para evitarlos cuando se embarazaron. El 35% restante eran los que sí podían dividirse entre embarazos planeados o no (Figueroa, 1988b:109).

Los datos de una encuesta de seguimiento de la ENFES mostraron que, de las mujeres que habían declarado que ya no deseaban tener más hijos, más de 10% se embarazaron en el transcurso del año siguiente. Ello fue más frecuente entre las mujeres que no usaban anticonceptivos, pero también ocurrió entre la población que en el momento de la primera entrevista había declarado estar haciendo algo para no tener más hijos (Figueroa *et al.*, 1991b:650).

Por ende, si leemos el indicador de demanda insatisfecha únicamente como el grupo objetivo de los programas de planificación familiar, nos arriesgamos a incursionar en una serie de contradicciones producto de diferentes racionalidades, sobre todo la que supone que cuando una persona dice que no desea algo, lleva a cabo acciones de manera unívoca para evitar lo que no desea. Al parecer, no es suficiente extemar el no deseo de más hijos para que eso no ocurra.

Lo que se quiere resaltar es el hecho de que el tipo de conceptualización que se hace de la lógica reproductiva por parte de la población no necesariamente coincide con algunos criterios de la política de población y de los prestadores de servicios, lo cual hace más complicada su interacción, pues si los últimos toman medidas asumiendo que han entendido a la población, pueden llegar a presentarse importantes conflictos en el nivel de los derechos reproductivos de la misma. Son evidentes las contradicciones y las ambivalencias en la lógica y en el lenguaje que manejan los protagonistas involucrados al interactuar en estos procesos.

Puede ser que los procedimientos para promover entre la población una nueva práctica reproductiva adquirieran matices distintos no únicamente por la participación de los prestadores de servicios —a partir de sus características culturales—, sino por el tipo de respuesta encontrada en la población, a la que se destinan todas sus actividades. Nos referimos a que en un principio existían grupos poblacionales que parecían estar demandando desde algún tiempo atrás la práctica anticonceptiva, por lo

cual responderían con relativa facilidad a la nueva propuesta, mientras que otros no percibían la relevancia de modificar sus patrones, por lo que sus reacciones quizá fueran muy diferentes a las esperadas. El conflicto se aminora si esas diferencias no afectan a las expectativas de los programas; sin embargo, si consideramos que dichos programas establecieron metas que debían ser alcanzadas en los años siguientes, de repente el “respeto a la no respuesta por parte de la población” podría ponerse en entredicho, si no se precisa de alguna manera (Figuroa, 1992c).

Uno se pregunta si es “tanta la incoherencia” del comportamiento reproductivo de la población o si será parte de los procesos de desadaptación y readaptación a los que hace referencia Ortega y Gasset (Figuroa, 1992c).

Sin querer ocultar lo complicado de la situación, es necesario reflexionar sobre el concepto de los derechos de los prestadores de servicios. ¿Qué sucede cuando algunos prestadores de servicios nos han manifestado que parte de sus acciones de convencimiento de las mujeres para que usen cierto tipo de metodología anticonceptiva —o incluso de decisión por ellas— es consecuencia de las políticas institucionales que no se perciben como objeto de discusión, las cuales llegan a erigirse de manera unilateral y reduccionista en criterios de evaluación de la calidad de sus propias actividades? Nos preguntamos hasta dónde llega su nivel de responsabilidad en las acciones que están llevando a cabo. ¿Qué sucede cuando algunos han mencionado que la lógica de los criterios de evaluación institucional les dificulta a ellos mismos tomar decisiones libres y responsables en su quehacer profesional? (Figuroa, 1991c).

La mentalidad que impera actualmente en las instituciones del sector salud se ha ido haciendo cada vez más compleja. Existe una mezcla de inquietud, conciencia y urgencia demográfica, combinada con una justificación en términos de salud. Llega un momento en que no se alcanza a distinguir la propuesta que rige y que priorizan los prestadores de servicios de salud; no acaba de quedar claro cuál es el propósito que se pretende al promover cierto tipo de uso de métodos anticonceptivos, sobre todo cuando hablamos de prestadores de servicios que trabajan en instituciones de salud, pero a los que se les considera los principales corresponsables de las políticas demográficas.

Elementos para enfrentar los posibles conflictos

La exposición anterior pretendía ilustrar una importante fuente de posibles conflictos que debe ser trabajada, discutida y analizada por investigadores, por diseñadores de políticas de población y salud, por programadores de actividades en este ámbito y, por supuesto, por la misma

población y los prestadores de servicios de salud, con el fin de delimitar claramente el espacio de los derechos reproductivos de la población y los propios derechos de los prestadores de servicios, a la vez que los de las responsabilidades de ambas instancias. A continuación, proponemos elementos para abordar algunos de los conflictos que surgen en esta área del quehacer humano.

Demostrar las relaciones desiguales

Los datos de varias investigaciones que hemos llevado a cabo nos muestran que las relaciones entre los prestadores de servicios y la población se dan en un plano de desigualdad y basadas en una cierta dependencia, lo cual genera relaciones enajenadas. Consideramos que, cuanto más numerosas sean las relaciones interpersonales basadas en una libre igualdad, tanto más humanizada estará una sociedad; sin embargo, para ello se requiere un proceso integrado en el que, simultáneamente, la sociedad y los individuos adquieran cierta autoconciencia que permita la búsqueda en su misma esencia de relaciones libres entre iguales. Los derechos a los que no se puede acceder hacen desiguales a los individuos; por ende, las libertades formales deben transformarse en libertades reales, para que la libertad no quede subordinada en favor de algunos. Entonces, se propone como una primera forma de enfrentar los posibles conflictos en estos temas demostrar sistemáticamente las relaciones desiguales en el acceso a los derechos.

Documentar los conflictos

Algunos componentes que pueden dar lugar a conflictos importantes con los derechos humanos ligados con la reproducción se hallan en la forma en que se realizan las políticas de población, por medio de los programas de planificación familiar. ¿Qué sucede cuando dos personas o dos instancias se relacionan con la reproducción de la población y esas instancias tienen expectativas diferentes y lógicas muy distintas respecto a la dinámica reproductiva? ¿Qué sucede cuando existe cierta prisa por alcanzar algunos niveles de fecundidad y los ritmos de la población y de la política no siempre llevan el mismo tenor?

Se identificaron elementos que dan lugar al surgimiento de conflictos y éstos son más evidentes cuando una de las partes no tiene todos los elementos para defender sus espacios o no se sabe dueña o con acceso a cierto tipo de derechos.

Una de las formas de enfrentar los conflictos es documentarlos sistemáticamente: detectarlos, señalarlos y tratar de interpretarlos en el contexto de relaciones de poder en que estamos inmersos. Para ello, es importante recurrir a las definiciones que se van reconstruyendo con la práctica social en este campo de los derechos reproductivos. Es necesario reconstruir el significado de ser persona y de tener un derecho humano —a diferencia de la concesión (Savater, 1992)—, de involucrarse en la defensa de los propios derechos, de relacionarse con la población como un sujeto de derechos, de poder discutir con ellos los planes gubernamentales y de aprender —a partir de esa discusión— el auténtico significado de la democracia llevada al campo de la reproducción.

Promover un análisis semiótico-demográfico

En diferentes disciplinas sociales se habla de las intenciones, de los fines y de los medios a los que se recurre para alcanzar los propósitos que se tienen para un acto. ¿Qué sucede cuando un político de población o un prestador de servicios decide por el bien de la población, a pesar de que al parecer atenta contra sus más elementales derechos humanos —y en particular, reproductivos—, argumentando la búsqueda de un bien mayor? Habría que discutir con más detalle el significado de la terminología utilizada en estos programas, pues este tipo de conceptos puede ser fácilmente manipulado si no se precisan sus contenidos. Un análisis semiótico de los conceptos reproducción, derechos humanos y planificación familiar sería muy pertinente para poner en evidencia algunas posibles fuentes de conflicto desde este nivel de conceptualización y hacer una serie de reflexiones sobre la forma de trabajarlos socialmente. Parece contradictorio no hacer un reajuste de las metas demográficas —indicador privilegiado para la evaluación de los programas de planificación familiar— y al mismo tiempo recalcar el respeto de los derechos humanos, en lo cual se privilegia el sentido de la libertad y la dignidad humanas, a menos de que se delimite el sentido de los conceptos utilizados. ¿Por qué no discutir más ampliamente el significado de la relación entre bien común y bienes individuales en el espacio de la reproducción humana, considerada biológica y socialmente?

Socializar el conocimiento

En este sentido, es evidente la urgencia de socializar el conocimiento y abrir el campo de estudio de la reproducción a todas las disciplinas, y sobre todo fomentar que la población discuta el tema. Debe asegurarse

que la población se sepa dueña de derechos por el hecho de ser personas y no por concesión de otros, y que por ello debe trabajar en su defensa. En la medida que los involucrados en los conflictos tengan un mejor conocimiento de los mismos, las propuestas para su manejo serán más fáciles de construir.

Una de las grandes contradicciones —filosófica y existencialmente hablando— de la cotidianidad del ser humano es que el tipo de grupo social al que uno pertenece se asocia con la percepción, o no, de ciertos derechos y con la definición del tipo de relaciones que se establecen con ciertos grupos sociales (Figueroa, 1989). En este sentido, debe insistirse en el concepto de responsabilidad, y no en términos de lo que las parejas o mujeres deben hacer en cuestiones ligadas con la reproducción, sino, sobre todo, en lo que la población debe defender de sus propios espacios vitales; por ello, es necesario promover entre la población la conciencia, la búsqueda y la defensa de sus derechos reproductivos.

Al hablar de responsabilidades, es preciso recordar las condiciones necesarias para que un acto sea responsable: debe existir conocimiento de las características e implicaciones de aquello sobre lo que se decide y falta de coacción —es decir, libertad para decidir de la manera que el sujeto quiera hacerlo. De otra forma, la falta de información o cualquier tipo de coacción restan responsabilidad sobre el acto a la persona que lo está ejecutando. Lo delicado es cuando ello se relaciona con una dinámica vital del ser humano.

No estamos sugiriendo una racionalidad absoluta por parte de la población respecto a su proceso reproductivo, pero sí cierta toma de distancia respecto a sus propias acciones, con la posibilidad de transformarlas y de intervenir en el proceso histórico al cual pertenece. No se trata simplemente de tener más opciones, sino de adquirir una más profunda, amplia y esclarecida comprensión de su propio ser como proyecto histórico concreto (Dussel, 1973). La investigación multidisciplinaria de la materia permitiría delimitar mejor el contexto y esclarecer algunos componentes de los derechos subyacentes a las decisiones reproductivas, con el fin de ir configurando la definición de derechos reproductivos por medio de su práctica social. El presente trabajo es apenas un esbozo de una de las vertientes para incursionar en esta temática.

Recibido en octubre de 1993
Revisado en diciembre de 1993

Correspondencia: Dirección de Estudios en Población y Servicios/Dirección General de Planificación Familiar/Insurgentes Sur 1397-7º piso/C.P.03920/México, D.F.

Bibliografía

- Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica (Amidem) (1986a), "Oclusión tubaria bilateral", en J. Martínez Manautou (comp.), *Temas de planificación familiar. Guía didáctica*, México, Amidem.
- _____ (1986b), "Vasectomía", en J. Martínez Manautou (comp.), *Temas de planificación familiar. Guía didáctica*, México, Amidem.
- Aguirre, A. (1986), "Tasa de crecimiento poblacional de 1% en el año 2000: una meta inalcanzable", en *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 1, núm. 2, pp. 165-204.
- Bianco, M. (1991), "La medicalización de la reproducción humana", en S. Azeredo y V. Stolcke, *Direitos Reprodutivos*, São Paulo, Fundação Carlos Chagas/Prodir.
- Bronfman M., E. López y R. Tuirán (1986), "Práctica anticonceptiva y clases sociales en México: la experiencia reciente", en *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 1, núm. 3, pp. 443-474.
- Cervantes A. (1989), "La preocupación por las coberturas", en *Demos 1989, Carta Demográfica sobre México*, pp. 8-9.
- _____ (1990), "Programa Nacional de Población 1989-1994: ¿nuevas alternativas o viejas premisas?", en *Demos 1990, Carta Demográfica sobre México*, pp. 22-23.
- Consejo Nacional de Población (Conapo) (s/f), *Política demográfica. Nacional y regional, 1978-1982*, México, Conapo.
- _____ (1989), *Análisis sobre la factibilidad y las consecuencias de alcanzar una tasa de crecimiento demográfico de 1% en el año 2000*, México, Conapo.
- Coordinación General del Programa Nacional de Planificación Familiar (CPNPF) (1977), *Plan Nacional de Planificación Familiar*, México, CPNPF.
- Coordinación General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (CGPFSSA) (1982), *Evaluación del Programa Nacional de Planificación Familiar 1977-1982*, México, CGPFSSA.
- Díaz, J. y H. Halbe (1990), "Calidad de la atención en los servicios clínicos de planificación familiar en América Latina", trabajo presentado en la Primera Conferencia Latinoamericana sobre Calidad de los Servicios de los Programas de Planificación Familiar, Querétaro, México.
- Dirección General de Planificación Familiar (DGPF) (1983), *Programa Interinstitucional de Planificación Familiar 1983-1988*, México, DGPF.
- _____ (1989), *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud. Informe ifinal*, México, Secretaría de Salud e Institute for Resource Development.
- Dirección General de Planificación Familiar-Sistema Nacional de Salud (DOPF-SNS) (1990), *Programa Interinstitucional de Planificación Familiar 1990-1994*, México, SSA.
- Dussel, E. (1973), *Para una ética de la liberación latinoamericana*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Figuroa, P. J.G. (1988a), "Características del diseño conceptual de la ENFES", en *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987*, memoria de la reunión celebrada el 18 de febrero de 1988, México, SSA.

- _____ (1988b), "Preferencias sobre fecundidad", en *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987*, memoria de la reunión celebrada el 30 de septiembre de 1988, México, Secretaría de Salud.
- _____ (1988c), "Características de la aceptación de métodos quirúrgicos", en *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud*, memoria de la reunión celebrada el 30 de septiembre de 1988, México, Secretaría de Salud.
- _____ (1989), "Reflexiones poco demográficas sobre un componente de la dinámica demográfica", comentario sobre el tema de la fecundidad dentro del seminario para presentar el proyecto "Grupos sociales y reproducción en México", México, El Colegio de México.
- _____ (1990a), "Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva", trabajo presentado en la Cuarta Reunión de Investigación Demográfica en México, México, El Colegio de México.
- _____ (1990b), "Educación reproductiva y anticoncepción quirúrgica en México", trabajo presentado en la Fundación Carlos Chagas como parte del Programa Latinoamericano de Investigación en Derechos Reproductivos, Brasil.
- _____ (1990c), "Comportamiento reproductivo, salud y prestación de servicios: elementos para una reflexión en tres tiempos", México, Taller Nacional de Programación y Evaluación del Programa de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud.
- Figueroa, P. J.G., Y. Palma y R. Aparicio (1991a), "Toward an understanding of contraceptive use dynamics in Mexico", en *Dynamics of contraceptive use* (en prensa), World Health Organization.
- _____, R. Aparicio y E. Aguilar (1991b), "Determinants of contraceptive use dynamics: a follow up of some reproductive events", en *Proceedings of the DHS World Conference*, Washington, D.C., vol. I, pp. 641-666.
- _____ (1991c), "Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios", en *Salud Pública de México*, vol. 33, núm. 6, pp. 590-601.
- _____ (1991d), "Política de población y bien común: algunas reflexiones a partir de la experiencia estatal", presentado en el Primer Coloquio Regional sobre Políticas de Población, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Cuernavaca, Morelos (mimeografiado).
- _____ (1992a), "Políticas de regulación de la fecundidad", en *Salud reproductiva y género* (en prensa), México, Salud Integral para la Mujer, A.C.
- _____ y B.M. Aguilar (1992b), "Persona y reproducción humana", trabajo presentado en el II Seminario sobre Universidad y Derechos Humanos en América Latina, México, noviembre de 1990, publicado en *Revista FEM*, año 16, núm. 111, México, pp. 14-22.
- _____ (1992c), "Reproducción y prestación de servicios: algunos apuntes a propósito de los derechos reproductivos", en *Revista FEM*, año 16, núm. 118, México, pp. 20-22.
- Illich, I. (1987), *Némesis médica, La expropiación de la salud*, México, Ed. Joaquín Mortiz.

- International Planned Parenthood Federation (IPPF) (1981), *Manual de planificación familiar para médicos*, Londres, IPPF.
- Menéndez, E. (1992), "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales", en R. Campos, *La antropología médica en México*, México, pp. 97-114.
- Miró, C. (1982), "Los derechos humanos y las políticas de población", en *Segunda Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, México, Conacyt, pp. 779-783.
- Ortega y Gasset, J. (1968), *Ideas y creencias*, Madrid, Espasa-Calpe.
- Pathfinder (1984), *Manual de anticoncepción para personal de salud*, Bogotá, The Pathfinder Fund.
- Reunión para la Evaluación del Programa Nacional de Población (REPNP) (1990), versión estenográfica y diferentes fragmentos publicados en varios periódicos con distribución nacional, México.
- Savater, F. (1992), *La ética como amor propio*, México, Editorial Ariel.
- Truyol y Serra A. (1968), "Los derechos humanos", Madrid, 1968; citado por G. Bidart, *Teoría general de los derechos humanos*, México, UNAM.
- Tuirán, R. (1988), "Sociedad disciplinaria, resistencia y anticoncepción", en *Memorias de la reunión de avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar en México*, México, Dirección General de Planificación familiar, SSA, pp. 45-58.
- Urbina, M., Palma J. Figueroa y P. Castro (1984), "Fecundidad, anticoncepción y planificación familiar en México", en *Comercio Exterior*, vol. 34, núm. 7, México, pp. 647-666.