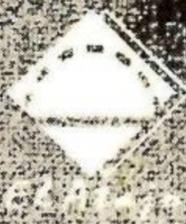


# Compromisos y Realidades de la Salud Reproductiva en México

*una mirada a la situación nacional y a cuatro estados*

Gisela Espinosa Damián: Coordinadora



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Casa abierta al tiempo

2008



Martha Patricia Aguilar: Maestra en Psicología Clínica y doctorante en Ciencias Sociales. Investigadora en la Universidad Autónoma de Querétaro desde 1984. Ha trabajado con mujeres desde 1986 y es autora de algunos ensayos sobre el tema.

Beatriz Casas Carreño: Psicóloga clínica, maestra en la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca e Integrante del Grupo de Estudios sobre la Mujer Rosario Castellanos A.C y del Grupo de Información en Reproducción Elegida en Oaxaca. Es coautora de algunos artículos sobre mujer y salud.

Gisela Espinosa: Economista y Maestra en Desarrollo Rural. Es maestra en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Ha publicado artículos y libros sobre problemas rurales y sobre la participación social y política de las mujeres de sectores populares.

Graciela Freyermuth: Investigadora titular de CIESAS-Sureste, Maestra en Medicina Social, doctorante en Antropología Social, es autora de múltiples artículos científicos y de divulgación sobre salud reproductiva y violencia doméstica y de libros sobre la práctica médica en el contexto multicultural.

Mónica Jasís Silberg: Médica, Maestra en Salud Pública con Posgrado en políticas de salud reproductiva. Directora del Centro Mujeres A.C en Baja California Sur. Es investigadora en salud de la mujer y autora de diversos artículos científicos y de divulgación en salud reproductiva.



# **Compromisos y Realidades de la Salud Reproductiva en México. Una Mirada a la Situación Nacional y a Cuatro Estados**

Gisela Espinosa Damián: Coordinadora



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
Casa abierta al tiempo

(UNIDAD XICOMILCO)



Cooperativa El Atajo  
EL ATAJO EDICIONES S.C.L.  
Vito Alessio Robles #76 Col. Florida  
México, D.F., C.P.01030

Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población  
Comisión de operación y seguimiento del Comité Ejecutivo Nacional:  
Beatriz Cavazos y Ma. Eugenia Romero  
Chilpa 1-A Col. Villa Coyoacán  
México, D.F., C.P. 04020

Universidad Autónoma Metropolitana  
Rector General: Dr. José Luis Gázquez Mateos  
Secretario General: Lic. Edmundo Jacobo Molina

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco  
Rectora: Dra. Patricia E. Aceves Pastrana  
Secretario de la Unidad: Ernesto Soto Reyes Garamendia

División de Ciencias Sociales y Humanidades  
Director: Lic. Gerardo Zamora Fernández de Lara  
Secretario Académico: Mtro. Roberto M. Constantino Toto  
Jefe del Departamento de Producción Económica: Mtro. José Flores Salgado

Fotografías, diseño de forros e interiores: Atziri Carranza  
Formación de interiores: Arte y Tipografía por Computación S.A de C.V.  
Cuidado de la edición: Colectivo El Atajo

Primera edición, marzo, 2000

© El Atajo Ediciones  
© Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población  
© Universidad Autónoma Metropolitana

ISBN 968-5071-05-5

Impreso en México

# ÍNDICE

Introducción <i>Gisela Espinosa Damián</i>	7
<b>Primera Parte</b>	
Una Mirada a la Situación Nacional	
Salud Reproductiva en México. Los Programas, los Procesos, los Recursos Financieros <i>Gisela Espinosa Damián y Lorena Paz Paredes con la colaboración de Verónica Rodríguez</i>	23
<b>Segunda Parte</b>	
Los Cuatro Estados	
Salud Reproductiva en el Estado de Oaxaca. El Caso de la Secretaría de Salud <i>Beatriz Casas Carreño</i>	175
La Salud Reproductiva en Chiapas La Salud Reproductiva en la Región Fronteriza y en los Altos de Chiapas: Una Mirada Prospectiva desde El Cairo <i>Georgina Sánchez Ramírez, Gloria Sayavedra Herrerías y Graciela Freyermuth</i>	223
La Regulación de la Fecundidad en Chiapas en el Marco de los Derechos Reproductivos, un Diagnóstico Situacional Respecto a los Compromisos de El Cairo y Beijing <i>Georgina Sánchez Ramírez</i>	231
El Programa de Detección de Cáncer Cérvico Uterino en las Regiones Fronteriza y Altos de Chiapas <i>Gloria Sayavedra Herrerías</i>	253
Retos, Realidades y Acciones en Torno a la Muerte Materna en los Altos de Chiapas. De las Preparatorias de El Cairo hasta Beijing <i>Graciela Freyermuth y Victoria Jiménez</i>	267

El Programa de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud en Querétaro <i>Martha Patricia Aguilar Medina</i>	293
La Instrumentación del Programa de Acción de El Cairo en el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en Baja California Sur <i>Mónica Jasis Silberg</i>	357
Siglas empleadas	391

## **Agradecimientos**

A Ivonne Szasz, de El Colegio de México, a Luciano Concheiro y Roberto Diego, de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, a Juan Manuel Aurrecochea, quienes leyeron en su primera versión algunas partes de este texto y aportaron valiosas sugerencias, ideas y críticas. A todas las integrantes del Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, por su interés y recursos para apoyar el estudio y la publicación de este libro, especialmente a María Consuelo Mejía, quien en todo momento estuvo al pendiente del proyecto, los avances y los obstáculos. Al Departamento de Producción Económica de la UAM-Xochimilco, que apoyó para publicar este trabajo. A Erando González y a Leticia Cuevas, que nos acompañaron en la ardua labor de revisar estilo y capturar las correcciones.



## Introducción

**S**alud, según la Organización Mundial de la Salud, no sólo significa la ausencia de enfermedad o de dolor, sino un estado de bienestar físico, mental y social... Un poco de felicidad se asoma en esta idea. Reproducción, dice el *Pequeño Larousse Ilustrado*, es el proceso biológico mediante el que dos seres vivos perpetúan la especie. "Salud Reproductiva", dice el Programa de Acción acordado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, es un estado de bienestar físico, mental y social en todo lo que concierne al sistema reproductivo de los seres humanos.

La perpetuación de la especie, la reproducción humana, involucra –todavía– un acto sexual condicionado pero no determinado por la naturaleza. No hay humano sin cuerpo, sin órganos, sistemas, aparatos y funciones sujetos a *Natura*; pero en las sociedades humanas, aún las actividades que parecen acercarnos más al animal, como el acto sexual, están marcadas irremediablemente por la cultura. Si en el reino animal los acoplamientos sexuales y la reproducción obedecen a ciclos, bramas, flujos, efluvios, olores, ovulaciones y calores; en los seres humanos el cuerpo y sus funciones condicionan, inciden, presionan, pero no determinan, pues la fantasía, el imaginario, el deseo, el erotismo, son más poderosos que las fuerzas naturales, y permiten ejercer una sexualidad que no sólo depende de ovulaciones y calores. Y así como hay quien reprime sus pulsiones naturales y se decide por el celibato; en otros, el deseo se sobrepone a los ciclos instintivos y el imán del sexo y de la sexualidad los aproxima más frecuentemente al

goce... El goce puede amalgamarse a sentimientos amorosos, a relaciones de poder, al prestigio... o simplemente a un placer desvinculado de la intención reproductiva. Entre los humanos, la mayoría de los acoplamientos sexuales no obedecen a inercias naturales ni tienen por objeto perpetuar la especie, aunque ésta dependa inevitablemente de ellos.

Pero si la sexualidad del *homo sapiens* no se sujeta a la naturaleza, tampoco se ejerce libremente. Dice Freud que el malestar en la cultura surge del reiterado intento de los grupos humanos por someter a normas socialmente aceptadas las pulsiones sexuales. Ni dictada por la naturaleza ni ejercida a libre albedrío, la sexualidad se modela de acuerdo a los tiempos, las geografías, las ideas... Y la reproducción misma, siendo un proceso aparentemente natural, está regida por normas y costumbres. La reproducción humana parece un acto personal y privado, pero la intimidad que la acompaña está permeada por una cultura asumida y transformada por cada pareja, por cada ser humano. A fines del siglo xx, maternidad y paternidad no son resultado simple de leyes naturales; a veces el estatus resulta de decisiones libres, conscientes, anheladas, a veces es producto de presiones sociales, a veces del azar o de situaciones indeseadas.

Desde tiempos remotos, el deseo de gozar de una sexualidad sin riesgo de procrear produjo pócimas, tisanas, burdos condones, hechizos, artimañas... La intención de controlar la fecundidad ha sido una antigua preocupación y ocupación humana. Y si durante muchos siglos los rudimentos técnicos impidieron un control seguro de la concepción, el ejercicio de la sexualidad sí ha sido limitado por normas explícitas o implícitas de la convivencia, creencias religiosas, conveniencias sociales, económicas, políticas, que inciden en las copulaciones. Y si los hombres llegan a ser víctimas del rol libertino, poderoso o sabihondo que en materia sexual de ellos se espera, el poder y libertad que acompaña a este rol han sido tradicionalmente negados a las mujeres. Sobre ellas han pesado muchas más prohibiciones, impedimentos, castigos; controlar la vida sexual de las mujeres se convirtió en la vía

para controlar su potencial reproductivo. Y sobre la expropiación histórica y universal del cuerpo femenino se ha construido una cultura sexista que atraviesa muchos otros planos. La salud sexual y reproductiva para todo ser humano, pero, por su rol subordinado, especialmente para las mujeres, tendrá que remontar algo elemental y profundo: la posibilidad de decidir sobre el propio cuerpo y, por supuesto, sobre la propia vida.

En los años sesenta de este siglo, cuando la “píldora” y otros recursos de la medicina extienden el uso de anticonceptivos a escala planetaria, el control de la fecundidad adquiere nuevas dimensiones y abre la posibilidad de independizar las uniones sexuales de la procreación no deseada; con ello se vislumbra una vida sexual más plena y libre de temores. Los movimientos de liberación sexual y de liberación de las mujeres están estrechamente unidos a estos avances de la ciencia, pues durante siglos y siglos, millones de actos sexuales pasaron la factura al cuerpo y a la vida de millones de mujeres por la vía de embarazos no deseados.

Pero el avance de la ciencia no sólo tuvo efectos liberadores, ya en los años setenta, la llamada “explosión demográfica” llamó la atención de los gobiernos; entonces, el cómo reducir la procreación en el globo terráqueo se convirtió en un eje de discusión de foros internacionales. La reproducción y, por efecto de arrastre, la sexualidad misma, rebasaron la privacidad y el dominio de las iglesias para colocarse en el centro de un debate secular, político y planetario. La tajante línea divisoria entre los asuntos públicos y lo que hasta entonces era considerado como un asunto de interés privado, se desdibuja entonces y, desde la óptica y estrategia de los grandes mandones, una política global –apoyada en los anticonceptivos– comenzó a invadir la privacidad de las parejas y el cuerpo de miles, de millones de mujeres. Si para algunas los anticonceptivos abrieron la posibilidad de vivir una sexualidad más libre, para otras significaron una moderna tiranía, pues sus cuerpos se convirtieron en objeto privilegiado y laboratorio de bisturís, de artefactos metálicos y de hormonas; las mujeres han sido conejillos de indias y víctimas de la ciencia aplicada a políticas poblacionales.

Hoy es lugar común el reconocer la existencia y el potencial de la diversidad social; pese a las diferencias, el cuerpo femenino ha sido universalmente un territorio expropiado, sea por razones culturales, mandatos religiosos, prioridades económicas, políticas... Si la cultura y la religión indican que el hombre o Dios deciden los hijos que una tiene, la política y la economía intentan controlar el potencial y la capacidad instalada. Así, la autodeterminación de millones de mujeres sobre su cuerpo, sobre su vida sexual, sobre su vida, sigue acotada, disminuida, expropiada. ¿Será Dios? ¿Será el azar? ¿Será el gobierno? ¿Será el hombre? ¿Quién decidirá finalmente cuándo y cuántos hijos tendrán las mujeres? ¿Cuándo serán las mujeres dueñas de su sexualidad, de su maternidad y de sus cuerpos?

Las políticas de control natal que se impulsan en los años setenta, las que luego se llamaron "planificación familiar", tuvieron en la mira úteros y ovarios. La idea central era controlar el crecimiento demográfico, y aunque en su cauda todas trajeron información, servicios médicos y cambios culturales positivos, también se acompañaron de imposición, de engaño y tuvieron efectos negativos sobre la salud de las mujeres. Los terrícolas se convirtieron en un frío número de proyecciones demográficas. Y en nombre de un aterrador hormiguero humano, se decidió manipular matrices, engañar a los ovarios con hormonas, colocar metales en las partes íntimas, sin que necesariamente las mujeres tuvieran noción de lo que ocurría en sus interiores.

Desde un inicio, las políticas antinatalistas focalizaron a las mujeres pobres del mundo, del entonces llamado "tercer mundo", como objeto de sus intenciones. La preocupación por la "explosión demográfica" nació con una dosis sexista, clasista, discriminatoria y etnicista. Ser mujer, ser pobre, ser india, negra o amarilla, convirtió a ese ser humano en blanco favorito de las políticas poblacionales.

A pesar de la vulnerabilidad de estas mujeres, el deseo de liberación y autonomía o simplemente la resistencia ante la imposición, gestaron múltiples protestas, reflexiones, propuestas, experiencias... Los sentimientos y voces de miles de mujeres

indignadas confluyeron a veces con los ímpetus y exigencias de las feministas libertarias. Y un movimiento social surgido en muchísimos rincones del planeta aglutinó a feministas, a promotoras de salud, a activistas políticas y a mujeres enojadas. Muchos años habían pasado desde los primeros programas antinatalistas y la protesta y resistencia iniciales, la crítica radical o moderada, ya habían dado lugar a proyectos, propuestas, conceptos y utopías... La lucha por la autodeterminación de las mujeres, por decidir sobre su vida sexual, sobre sus cuerpos y sus maternidades, por algo que empezó a llamarse "salud reproductiva", ha unido a miles de mujeres de la tierra.

Las exigencias eran simples, en cierto sentido elementales: que la mujer sea considerada como humana, que no sólo se vean sus úteros y ovarios, que se pida su consentimiento para el uso de anticonceptivos y se le digan sus efectos, que los servicios de salud vean a la mujer toda, no sólo su capacidad reproductiva, que los varones se responsabilicen de sus actos sexuales, que haya más equidad entre los géneros, entre los grupos de distintas edades, entre los residentes rurales y urbanos, que no sólo se atienda la reproducción sino la sexualidad, y que el placer de mujeres y varones, no sólo su función reproductiva, también se considere como un componente central de la salud.... La lucha por los derechos sexuales y reproductivos encuentra su raíz en desigualdades sociales y de género, y desde ahí proyecta, en positivo, una visión justiciera y feminista que toca puntos básicos pero fundamentales; es por ello que estos derechos se inscriben ni más ni menos que en el terreno de los derechos humanos. La idea de las mujeres, su utopía, se traduce en una propuesta alejada de la tecnocracia, del autoritarismo, del sexismo, es simplemente más libertaria, más placentera y humana.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo que se realizó en El Cairo, Egipto, en 1994, fue un momento propicio para convocar y articular a estas voces disidentes, críticas y propositivas, para exigir un cambio de perspectiva y de políticas poblacionales. Otra globalización se estaba construyendo desde

abajo. Además de este pujante movimiento, la posibilidad de cambio fue favorecida porque si bien las políticas demográficas han tenido un fuerte impacto en las tasas de natalidad, los gobiernos reconocen que sus alcances han sido limitados, y que la disminución del crecimiento demográfico no ha traído una mejora en la calidad de vida de millones de personas; por el contrario, ha ido de la mano con un ensanchamiento de la pobreza y un peligroso deterioro del ambiente. Entonces, se dijo en El Cairo, no basta reducir la fecundidad para garantizar el desarrollo, se requiere de una nueva perspectiva, de un viraje. Esta confluencia de reflexiones y críticas creó un clima favorable al cambio. Y en El Cairo, por primera vez en un foro mundial de población, se decide no fijar metas de reducción demográfica, y poner por delante los derechos reproductivos de todo ser humano. El giro en el discurso es prácticamente de ciento ochenta grados.

Si bien algunas viejas reivindicaciones feministas no fueron resueltas del todo, como la relacionada con el aborto, el Programa de Acción de El Cairo recoge muchas de sus propuestas. El panorama parece alentador. Pero las palabras no son las cosas, los discursos no son los hechos. Y la preocupación por saber si aquello acordado en Egipto se concreta, también se extiende por todo el planeta. En México, un amplio núcleo de organismos no gubernamentales fue tejiendo una red que desde antes de la Conferencia de El Cairo participó en los preparativos, en la discusión, en las propuestas... El Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población que hoy integra a cerca de ochenta organizaciones civiles de diecisiete estados del país, es resultado de esta experiencia. El Foro ha sido uno de los organismos interesados en vigilar que El Cairo no se convierta en letra muerta.

A mediados de 1998, y a sabiendas de que muy pronto se harían las reuniones de evaluación a cinco años de El Cairo, el Foro decide realizar un seguimiento propio de lo que ocurre en México. La idea inicial era dar cuenta de los recursos financieros que el sector público ha destinado a la salud reproductiva. Pero no era posible seguir la pista del dinero sin adentrarse en su des-

tino y las acciones. Así que el proyecto se amplió no tanto para evaluar los resultados o indicadores de salud, sino para identificar los obstáculos y los procesos de cambio que trajo consigo El Cairo. El libro que Usted tiene en sus manos es resultado de este intento.

Los estudios aquí compilados se basaron en una revisión de los programas, subprogramas, evaluaciones y textos sobre salud reproductiva; se apoyaron también en entrevistas a funcionarios de diversas instituciones de salud y a prestadores de servicios. En los estudios de Chiapas, se integraron algunos testimonios de usuarias. Esta aproximación a los procesos y a los cambios institucionales que se desarrollan a partir de la Conferencia de El Cairo pone en evidencia algunas cosas: en primer lugar que, pese a las carencias, dificultades y retos que en todos los planos enfrentan las instituciones públicas para hacer realidad el derecho a la salud reproductiva, una noción más amplia y más humana ha empezado a permear sus planes. En segundo lugar, destaca el hecho de que si bien se han incorporado objetivos y metas que apuntan a garantizar la salud reproductiva, la salud sexual y el goce asociado a la sexualidad casi no se contemplan; en cambio, se fijan metas orientadas a la reducción demográfica y éstas siguen siendo prioritarias; una se pregunta hasta qué punto, cumplir con los demógrafos implicará traicionar a las mujeres y a los humanistas. En tercer lugar, es visible que ejecutar lo escrito no resulta fácil ni automático, pues las instituciones viven inercias culturales, problemas organizativos, financieros, de capacitación, de difusión de los acuerdos, de operación de los programas... y eso dificulta que los nuevos enfoques y objetivos se concreten. Los problemas se traducen en que algunos buenos propósitos como incorporar la perspectiva de género, incluir al varón en muchos planos, abarcar áreas de salud que no estaban contempladas o que tenían un peso secundario, se asuman lentamente, y por tanto, que la mejoría de la salud reproductiva de muchos grupos poblacionales no se alcance con la rapidez que se quisiera.

Pese a que los estudios se hicieron en un tiempo relativamente corto y a que casi no abordamos el nivel de prestación

directa de servicios, donde la relación con las y los usuarios pone a prueba todos los planes; pese a ello, creemos que es pertinente que algunos elementos vertidos en los textos se conozcan ahora. Por ejemplo, el análisis de los recursos financieros resulta novedoso y abre nuevas puertas al estudio de la salud reproductiva; la reflexión sobre la forma en que se incorpora el concepto en los planes de desarrollo y sobre las tensiones entre la política poblacional y la de salud reproductiva, también arroja nuevas luces. En fin, ya el lector dirá la última palabra.

*Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México. Una mirada a la situación nacional y a cuatro estados*, comprende dos partes: en la primera, Gisela Espinosa y Lorena Paz Paredes, en colaboración con Verónica Rodríguez, nos aproximan a una visión de conjunto que incluye una reflexión sobre la trascendencia de los acuerdos de El Cairo para las mujeres y la población. También se abordan los desafíos que las instituciones públicas enfrentan para que este derecho se haga efectivo en México, donde la pobreza sigue siendo una realidad lacerante para millones de personas. Se analiza la forma en que el concepto es asumido en los principales planes de desarrollo y en los programas nacionales de población y de salud reproductiva que impulsa la administración zedillista; se estima la asignación de recursos financieros y, a la luz de los problemas, se revisan algunos de los cambios y acciones institucionales impulsadas después de El Cairo. Finalmente, se esbozan tesis generales acerca de los saldos y los retos que hoy tendrían que resolverse para alcanzar la salud reproductiva.

La segunda parte está constituida por seis estudios de caso realizados en cuatro entidades: uno en Oaxaca, tres en Chiapas, y los dos restantes en Querétaro y en Baja California Sur.

En el texto de Beatriz Casas, se hace un balance detallado de los diversos programas vinculados a salud reproductiva que se están impulsando en el estado de Oaxaca: planificación familiar, salud materno infantil, salud de la mujer, programa de adolescentes... Casas ofrece un panorama preocupante, por ejemplo, la salpingoclasia, también llamada "ligadura de trompas", sigue sien-

do el método anticonceptivo más usado, y se infiere que la razón para priorizarlo aunque no siempre se adecúe a las necesidades o deseos de las mujeres, es que las instituciones prefieren asegurarse un control definitivo de la fecundidad, antes que garantizar la salud o el consentimiento informado de la usuaria. Allí también veremos que, pese a que en El Cairo se propuso incorporar a los varones en muchos planos, prácticamente no están considerados en la cobertura de métodos anticonceptivos, cosa que se ha traducido en que el número de aceptantes de vasectomía sin bisturí ha disminuido. Así que en este renglón se profundizan las inequidades de género. En Oaxaca, los partos atendidos por parteras disminuyeron a menos de la mitad entre 1996 y 1997, pero esta reducción no se compensa con partos atendidos en unidades médicas, lo que indica que cada vez más mujeres alumbran sin atención adecuada. Casas también señala que en la prevención de cáncer cérvico uterino se fijaron ambiciosas metas, pero que la toma de muestras para el *papanicolaou* está sobreestimada, además de que los resultados de más de cinco mil muestras tomadas en 1997, se terminaron de entregar hasta noviembre de 1998. Esta entrega tardía de resultados no sólo desalienta una cultura del autocuidado en la mujer, tan importante para mejorar la salud reproductiva, sino que pone en juego la salud y la vida misma de miles de mujeres. En fin, cada programa analizado por Beatriz Casas ilustra las vicisitudes y problemas que en Oaxaca enfrenta la Secretaría de Salud para alcanzar los objetivos de la salud reproductiva, y también los esfuerzos institucionales para asumir los nuevos retos.

Georgina Sánchez, Gloria Sayavedra, Graciela Freyermuth y Victoria Jiménez, nos conducen por dos regiones de Chiapas, la Fronteriza y los Altos, donde a la luz de los compromisos adquiridos no sólo en El Cairo, sino en la reunión internacional de mujeres que se realizó en Beijing en 1995, se analiza la regulación de la fecundidad, el Programa de Detección y Tratamiento Oportuno de Cáncer Cérvico Uterino y el problema de la muerte materna.

Georgina Sánchez aborda el programa de planificación familiar y señala que, en un estado donde el 56% de la población radica en zonas rurales, los servicios se ubican principalmente en las ciudades. También en este caso los varones casi no cuentan, y se multiplican las salpingoclasias al mismo tiempo en que disminuye el uso de métodos hormonales. Sánchez añade dos agravantes: por un lado, si en 1986 las usuarias de salpingoclasia eran mayoritariamente mestizas, ya en 1992 eran indígenas, y esto indica que la promoción del método en cuestión podría estar asociada a la ignorancia y la vulnerabilidad de la población indígena, pues es de todos sabido que entre los pueblos indios campea la pobreza y sus males, como la escasa escolaridad; por otro lado, descubre que la mayor parte de las operaciones se están haciendo después del parto, y que en países desarrollados esta práctica se considera coercitiva y contraria a los derechos reproductivos, pues en el postparto, las mujeres no se encuentran en condiciones óptimas para tomar una decisión definitiva. Sánchez se pregunta si la forma en que se impulsa el programa de planificación familiar responde a la intención de garantizar el consentimiento informado o si es más bien un modelo que intenta contrarrestar el "reza-go" de Chiapas en control demográfico.

Gloria Sayavedra analiza los problemas y acciones institucionales relacionados con el cáncer cérvico uterino. Y señala que, pese al subregistro de casos, Chiapas es uno de los estados con mayor tasa de mortalidad por esta causa. Son las mujeres pobres las más propensas a contraer la enfermedad, y en Chiapas, las más pobres son rurales e indígenas. Aun cuando hay cambios positivos en la normatividad y mayor claridad en el manejo del problema, el programa -señala Sayavedra- resulta insuficiente y deficiente por falta de capacitación del personal médico, porque se carece de recursos financieros, de información a las mujeres, y también porque hay un escaso seguimiento a pacientes con resultados positivos, tardanza en la entrega de resultados, referencia inadecuada a clínicas de displasia, desconocimiento de los servicios que se ofrecen, horarios inconvenientes, largos tiempos de espera, falta de

privacidad y de calidez cuando se toma la muestra... Los recursos financieros que implicaría la ejecución plena del programa son elevados, sobre todo para población no derechohabiente, y eso, entre otras cosas, dificulta el alcance de las metas.

Graciela Freyermuth y Victoria Jiménez analizan el problema de la muerte materna en la región de los Altos. Las autoras estiman un subregistro de hasta 40 por ciento y aun así, Chiapas tiene un rezago de dos décadas en el abatimiento del problema y se ubica entre los estados con más altas tasas de mortalidad materna en México, lo que hace que el riesgo de morir por ser madres sea dos veces mayor para las mujeres de esta zona que para el resto de las mexicanas. Freyermuth y Jiménez hacen notar que las mujeres de los Altos que han muerto por ser madres fueron en su mayoría analfabetas, no contaban con servicios de seguridad social, carecieron de servicios obstétricos de emergencia y en muchos casos tuvieron complicaciones por abortos mal practicados. Estas características de las mujeres que mueren por ser madres en los Altos de Chiapas, se asocian en parte a los rezagos y carencias inherentes a la pobreza, pero también a desigualdades de género cuyos efectos se agudizan en estas condiciones sociales. Freyermuth y Jiménez ofrecen una amplia disertación sobre las causas de la muerte materna y la dificultad para sondear el problema a partir de los datos del registro civil. Pese a las imprecisiones, ellas nos presentan un panorama dramático.

Martha Patricia Aguilar, hace un detallado análisis del Programa de Salud Reproductiva en Querétaro, y destaca que en 1995, cuando fue creado, simplemente se sumaron los programas de planificación familiar y de salud materno infantil que ya existían, en lugar de construir una nueva política y asumir el enfoque integral y de género que implica el concepto. Así, aunque en planificación familiar se incorporaron tangencialmente algunos servicios como la detección de cáncer cérvico uterino, de mama y de enfermedades de transmisión sexual, no se consideraron áreas específicas sino servicios para usuarias de planificación familiar. Aguilar menciona que aún cuando se han desarrollado acciones de difu-

sión, capacitación, seguimiento, evaluación y sistematización de información más adecuadas a la salud reproductiva, los prestadores de servicios no han priorizado la consejería e información para el consentimiento en el uso de anticonceptivos, ni han alentado la participación del varón o la difusión de los derechos reproductivos. Martha Patricia reflexiona también sobre la dificultad para que programas y acciones de la Secretaría de Salud en Querétaro, asuman lo relativo a derechos sexuales y entiendan que los cambios en el comportamiento reproductivo tienen que ver centralmente con que las mujeres se apropien de su cuerpo y con su capacidad para decidir sobre su vida. Pese al panorama poco alentador que Aguilar encuentra en los primeros años del programa, el somero análisis que hace de los cambios propuestos para 1999, ofrece un horizonte más prometedor.

Mónica Jasís se aboca al estudio del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en Baja California Sur y focaliza su análisis en el subprograma dirigido a adolescentes. Jasís descubre que, siendo Baja California Sur un estado con una alta incidencia en embarazo adolescente, son escasas las acciones preventivas dirigidas a jóvenes. En 1995, a un año de El Cairo, seguía predominando un enfoque curativo que no contemplaba una perspectiva de género, ni de atención integral a la salud reproductiva, además de que los criterios de evaluación sobre calidad en la atención eran cuantitativos. 1996 y 1997, parecen ser momentos de cambio positivo: se crean instancias más adecuadas y se empieza a hablar de integralidad y complementariedad de las acciones, se enfatizan algunas tareas preventivas, se da un mayor seguimiento a las embarazadas, se amplía el personal del programa y se inicia la capacitación en género, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, violencia intrafamiliar. Estos cambios repercutieron en una mayor y mejor atención a la población adolescente; así por ejemplo, el programa dirigido a madres adolescentes inició en 1997 con noventa y nueve mujeres, en 1998 ya atendía a 250 y a un 30 por ciento de los compañeros de estas jóvenes. Aunque evidentemente el problema no se cubre en su

totalidad, se vislumbran cambios positivos y retos que empiezan a asumirse desde una nueva perspectiva.

Esta aproximación a la situación en los estados nos muestra la distancia entre el discurso escrito y las realidades. De pronto parece que alcanzar la salud reproductiva es verdaderamente una quimera. Pero si en todos los casos se analizan críticamente los propósitos y acciones, también es cierto que en todos los estudios se reconocen los enormes retos y dificultades que enfrenta el sector salud, y se valoran los cambios, lentos o bruscos y a veces casi imperceptibles, que ha implicado para las instituciones el intentar que la salud reproductiva sea un derecho universal para la población mexicana.

**Gisela Espinosa Damián**

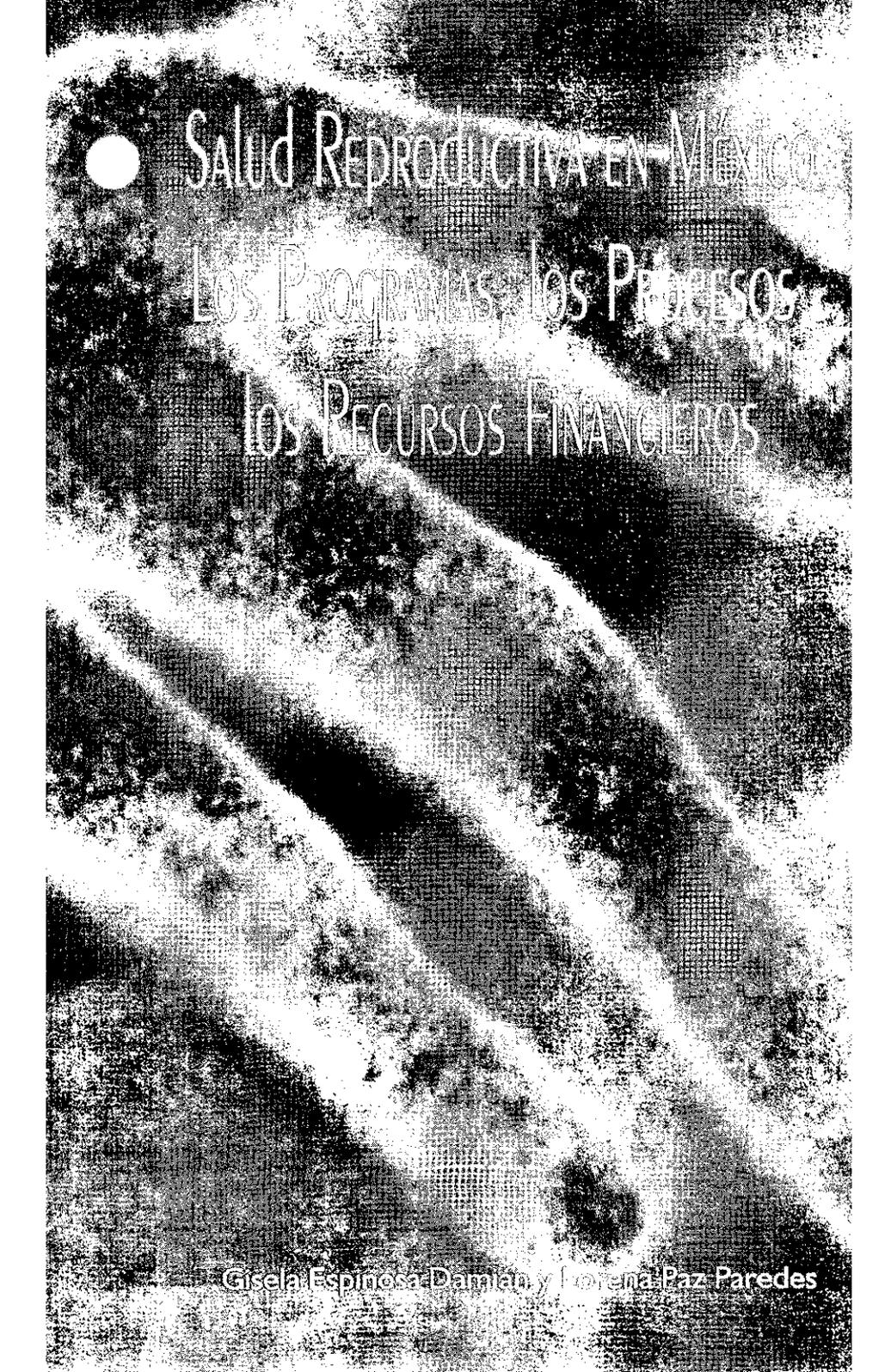
Noviembre de 1999





Una Mirada a la Situación Nacional





● Salud Reproductiva en México

Los Programas, los Procesos

Los Recursos Financieros

Gisela Espinosa-Damian y Lorena Paz-Paredes



## Salud reproductiva en México. Los programas, los procesos, los recursos financieros

Gisela Espinosa y Lorena Paz Paredes<sup>1</sup>

### I. La Conferencia de El Cairo, su Programa de Acción y la Salud Reproductiva

**E**l 13 de septiembre de 1994, al concluir la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), los gobiernos de 184 países acordaron un nuevo Programa de Acción "encaminado a lograr un equilibrio entre la población del planeta y los recursos de éste".

Los acuerdos de El Cairo representan un cambio cualitativo en la forma de abordar los problemas y las políticas de población, pues si en foros internacionales anteriores se priorizaron metas demográficas para limitar el crecimiento de la población y se enfatizó la anticoncepción para alcanzarlas, en El Cairo se reconocieron las relaciones entre la dinámica de la población y el desarrollo económico, la producción, el consumo y el medio ambiente. Es decir, se ubicó el fenómeno demográfico en una perspectiva de cambio en distintos planos y no como un problema que debe resolverse a través de políticas puntuales o aisladas de control natal o planificación familiar.

Un viraje significativo en esta Conferencia fue que los representantes gubernamentales acordaron no fijarse explícitamente metas demográficas para reducir la población, sino establecer

---

<sup>1</sup> Gisela Espinosa, de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; Lorena Paz Paredes, del Instituto de Estudios Para el Desarrollo Rural, Maya A.C. Agradecemos la colaboración de Verónica Rodríguez, de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, quien trabajó en la búsqueda y procesamiento de información estadística y de material bibliográfico.

“metas para reducir la mortalidad de madres, lactantes y niños; acceso universal a servicios de salud reproductiva, incluidos los de planificación familiar; y reducir la discrepancia entre hombres y mujeres en materia de educación.”<sup>2</sup> Se preveía que estas metas propiciarían cambios favorables en la magnitud, estructura y distribución de la población.

Gobiernos de los países del Norte<sup>3</sup> y organismos que antes afirmaron que el crecimiento de la población era la causa primordial del deterioro del medio ambiente reconocieron que las pautas insostenibles de producción y consumo, especialmente en los países industrializados, son tan o más importantes que las altas tasas de crecimiento de la población, y que representan una enorme carga sobre los ecosistemas del planeta y sobre la calidad de la vida humana. En este sentido, se transitó de un enfoque “demografista”, a otro en el que las políticas poblacionales quedaron engarzadas a una perspectiva de desarrollo más armónica, equitativa y humana. De hecho, no sólo se cuestionó una perspectiva demografista que achacaba a los pobres los principales problemas del planeta; también se cuestionó una vía de desarrollo que promueve una producción y un consumo que profundizan la desigualdad social y que deterioran peligrosamente el medio ambiente.

La preocupación por los pobres y por los sectores más vulnerables de la población, el reconocimiento de las desventajas de las mujeres para acceder a los servicios de salud y su posición vulnerable ante políticas poblacionales y ante prestadores de servicios que se apropian de su cuerpo y las despojan de autonomía y libertad para decidir sobre sus vidas; el reconocimiento de las dificult-

---

<sup>2</sup> Si bien en el Capítulo 6 del Programa se hacen proyecciones demográficas, gobiernos y organismos no gubernamentales (ONG) convinieron en evitar términos como “explosión” y “peligro” al debatir cuestiones de población, y acordaron que el documento no debería fijarse explícitamente metas demográficas. Ver Germain, Adrienne y Rachel Kyte, *International women's health coalition. El consenso de El Cairo: el programa acertado en el momento oportuno*, New York, 1995, p. 4.

<sup>3</sup> Países del Norte y del Sur fueron términos utilizados en la CIPD para referirse a grupos de países que negocian juntos en el sistema de Naciones Unidas. Los países donantes (predominantemente del Norte), coordinan sus posiciones, y lo propio hacen los países en desarrollo (predominantemente del Sur).

tades femeninas para participar en la toma de decisiones; una mirada crítica sobre la desigualdad social, económica, educativa y laboral, que a nivel planetario significa el ser mujer; condujeron a formular un Programa de Acción que se inscribe en una óptica de desarrollo más humana, es una propuesta que coloca en el centro el bienestar de la gente, y que incorpora una perspectiva de género tendiente a establecer relaciones más equitativas entre la población masculina y femenina.

En esta tónica se planteó que los proyectos de desarrollo y las políticas poblacionales debían considerar los derechos reproductivos y la necesidad de alcanzar la salud reproductiva y sexual de las personas. De hecho, los asuntos relativos a la reproducción, fueron considerados por primera vez a nivel internacional como un problema sujeto al derecho. El capítulo VII, que trata precisamente sobre los "Derechos reproductivos y salud reproductiva" dice que:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

En consonancia con esta definición, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar

reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.<sup>4</sup>

Si la capacidad reproductora de la mujer había sido el centro de la atención de los gobiernos para aplicar las políticas demográficas, el nuevo concepto coloca a un ser humano con cuerpo de mujer y a la población toda como eje de sus preocupaciones. Otros elementos diferencian a El Cairo de enfoques demografistas. Así, la salud sexual y la sexualidad aparecen como fuente de bienestar personal y social; no sólo importa la salud femenina en la etapa reproductiva, sino la salud de la mujer en todas las fases de su ciclo vital, lo que incluye a las adolescentes, a las niñas y a las mujeres que han pasado su etapa reproductiva; importa garantizar que las embarazadas accedan a servicios de salud y se elimina la meta de reducir el número de embarazos; se plantea el cómo lograr la fecundidad cuando hay problemas de infertilidad, y el reducirla se vincula a la decisión de las personas; no sólo importan las mujeres, sino los hombres, pues se considera que la reproducción y la sexualidad se fincan en relaciones humanas que incluyen a ambos sexos y que el hombre debe responsabilizarse; importa garantizar el acceso y uso de métodos anticonceptivos mediante una decisión libre e informada evitando la idea de inducir o presionar para que se utilicen; la salud se relaciona con el acceso equitativo de hombres y mujeres a la educación, al trabajo y a la toma de decisiones. Ciertamente estos acuerdos coinciden con demandas que las mujeres y el movimiento feminista han enarbolado desde hace mucho, y si bien la agenda feminista no se agota en El Cairo, el paso dado en torno a la salud reproductiva

---

<sup>4</sup> Germain, Adrienne y Rachel Kyte, *International women's health coalition. El consenso de El Cairo: el programa acertado en el momento oportuno*, New York, 1995, p.22.

puede considerarse como un logro de este movimiento que sin duda ha alcanzado una escala planetaria.

Los acuerdos de El Cairo fueron posibles gracias a un clima de apertura que reconoció las limitaciones de acuerdos anteriores y las consecuencias sociales y ambientales que las vías de desarrollo adoptadas hasta entonces han generado; los acuerdos también fueron posibles gracias a la beligerancia de nuevas voces y opiniones. La presencia y la influencia ejercida por organizaciones no gubernamentales, especialmente las integradas por feministas de todo el mundo que participaron en los preparativos, en la Conferencia y en la redacción de los acuerdos, se expresó en el espíritu del Programa de Acción.

Ciertamente, son demasiados los desafíos para que un Programa como éste se haga realidad en un país como México, pues nuestro país carece de certezas sobre cómo rehacer viejas políticas, pero acepta, al igual que 183 gobiernos más, un programa de acción que le significará muchos esfuerzos y recursos financieros. En este sentido, el reto no sólo es integrar, ampliar, redefinir y cambiar de paradigma en las políticas poblacionales, sino destinar recursos financieros a este fin. El capítulo XIV del Programa de Acción, establece que la comunidad internacional además de cubrir la meta del 0.7% del Producto Nacional Bruto (PNB) destinado a la asistencia para el desarrollo, deberá asignar recursos complementarios por 5,700 millones de dólares, para apoyar los compromisos de la CIPD. Obviamente los recursos deberán canalizarse prioritariamente del Norte al Sur.

## II. Problemas y Desafíos de la Salud Reproductiva en México

**A**lcanzar un desarrollo equitativo, armónico y sustentable; lograr el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos; hacer realidad la igualdad de oportunidades educativas, laborales y sociales; compartir la toma de decisiones y transformar positivamente las relaciones entre hombres y muje-

res, todos ellos lineamientos centrales emanados de El Cairo, eran retos que parecían desmesurados para un país cuya realidad estaba lejos de la fachada del "primer mundo".

En el México de 1994, la pobreza se planteaba como la consecuencia incómoda y transitoria de un modelo económico que nos aproximaría a los países ricos. No había tal, la pobreza era entonces como ahora una situación aguda y creciente que empañaba y contradecía los discursos oficiales. El ingreso de México a la modernidad, con la entrada en operación del Tratado de Libre Comercio (TLC) a principios de 1994 fue desmentido con la insurrección zapatista de Chiapas, y doce meses después, el optimismo económico se fue al traste a raíz de los llamados "errores de diciembre", es decir, de la crisis financiera que de golpe empobreció a cientos de miles de familias. Todo ello en medio de severas fluctuaciones del gasto público que afectaron principalmente a la población más desfavorecida. Tomando como referencia 1993, en 1994 el gasto público aumentó en un 11%, pero en 1995 se desplomó en un 16% y en 1996 apenas alcanzaba los niveles del año 1993. Fue hasta 1997, cuando los recursos gastados por el sector público aumentaron en términos reales en un 29% con respecto a 1993 (ver cuadro 1). Obviamente estas restricciones presupuestales dificultaron la atención consistente de los problemas sociales y de los compromisos.

En 1994, México tenía 89 millones de habitantes, de los que casi tres cuartas partes estaban en situación de pobreza,<sup>5</sup> y poco menos de la mitad de todos los mexicanos (el 40%) vivía en pobreza extrema;<sup>6</sup> en este último grupo se ubicaban "los indigentes",<sup>7</sup> cerca de 30 millones de personas viviendo en condiciones de "miseria indigna para un ser humano."<sup>8</sup> Cerca del 80% de los pobres extremos residía en pequeñas localidades ru-

---

<sup>5</sup> Datos de la *Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto en los Hogares 1996*, citados por Boltvinik, Julio, "15 millones más de pobres extremos", en *La Jornada*, México, 16 de octubre de 1998, p. 19.

<sup>6</sup> Según Boltvinik (*Idem*), los pobres extremos perciben un ingreso familiar per cápita 34% menor que el de los pobres.

<sup>7</sup> Cuyo ingreso familiar es menor al 50% que el de los pobres extremos.

<sup>8</sup> Boltvinik, Julio *Idem*.

## Cuadro 1

### Evolución absoluta y relativa del gasto público 1993-1997 (Millones de pesos de 1993)

Año	Gasto Público \$	Variación con respecto a 1993 %
1993	206,987,200	100.00
1994	230,360,572	111.29
1995	194,523,231	93.98
1996	208,608,842	100.78
1997	267,718,991	129.34

Fuente: Elaboración propia con base en datos de *El ingreso y el gasto público en México (1995)*; *Carpeta de egresos de la Federación (1990-1998)* y *Anexo estadístico del Cuarto Informe de Gobierno (1998)*. Se utilizó el deflactor implícito del Producto Interno Bruto (PIB).

rales. El colapso financiero de 1994 provocó que más de un millón de mexicanos perdieran su empleo y con la apertura de nuestras fronteras acordada en el TLC, se afectó por ejemplo, tan sólo en el sector agrícola, al 15% de la población económicamente activa con lo que más familias rurales se colocaron en la pobreza.<sup>9</sup> La pobreza crecía a la par que la concentración del ingreso. Así, mientras que de 1994 a 1996 los pobres aumentaron en 10.6 millones,<sup>10</sup> 15 personas llegaron a concentrar una fortuna equivalente al 9% del PIB.<sup>11</sup>

Si ya en 1994 México era un país paupérrimo, dos años después la pobreza había alcanzado casi al 80% de los habitantes y los pobres extremos eran mayoría.<sup>12</sup> En estas condiciones el piso social de satisfactores básicos al que por ley tienen derecho todos los mexicanos: alimentación, vivienda, salud, educación, empleo e ingreso digno, no era una realidad, no lo es hoy, y si las estadísticas

<sup>9</sup> Jolly, Richard, *Informe Sobre Desarrollo Humano 1997*, PNUD, Madrid, España, 1997.

<sup>10</sup> De 1994 a 1996 la población creció un 3.2% al pasar de 89.3 millones a 92.5, pero en el mismo periodo, los pobres pasaron de 61.7 a 72.2 millones de personas, Jolly, Richard, *Op. Cit.*

<sup>11</sup> *Idem.*

<sup>12</sup> Los pobres extremos eran el 51% del total de la población. *Encuesta Nacional de Ingreso. Gasto de los Hogares 1996*, citado por Boltvinik, *Op. Cit.*

no mienten, este piso social resultaba un privilegio al que pocos tenían acceso. Por todo ello, las propuestas planteadas en El Cairo eran alentadoras, pero parecían exageradamente ambiciosas.

Aunque en 1994 el 89% de la población mexicana tenía acceso a algún tipo de servicio de salud, diez millones de habitantes de áreas rurales y zonas urbanas marginadas carecían de ellos,<sup>13</sup> por lo que ampliar la cobertura de los servicios de salud, especialmente en las regiones indígenas y en las zonas marginadas del campo y la ciudad representaba un gran desafío.

Las políticas poblacionales tendientes a reducir el crecimiento demográfico se habían apoyado centralmente en programas de planificación familiar que focalizaban a las mujeres en su etapa reproductiva. Pese a que las políticas de control natal habían sido desplazadas por las de planificación familiar, el énfasis seguía siendo la reducción de la fecundidad; otros problemas y necesidades de la salud femenina no estaban considerados, ni se vinculaban a otras facetas de su vida familiar, social, laboral, etc. Aunque algunas acciones se orientaban al varón, especialmente para promover la vasectomía, era insignificante su peso en las políticas de planificación familiar.

Aunque en las últimas dos décadas la práctica de la anticoncepción se extendió como el medio principal para regular la fecundidad, la cobertura de métodos anticonceptivos era y es aún insuficiente. En 1994, el 65% de las mujeres unidas<sup>14</sup> en edad fértil usaba algún método. Además de limitada, la prevalencia de uso era y es muy desigual y desventajosa dependiendo del lugar de residencia, la edad, el nivel de escolaridad y el laboral. Así, en 1992, mientras el 70% de mujeres urbanas unidas en edad fértil

---

<sup>13</sup> "Alrededor de diez millones de personas carecen de acceso regular a servicios de salud y subsisten grupos de población al margen de las condiciones mínimas de salubridad e higiene. Prevalecen importantes desigualdades regionales que se manifiestan en altas tasas de enfermedades infecto-contagiosas y padecimientos vinculados a la desnutrición y a la reproducción, sobre todo en regiones rurales dispersas y zonas urbanas marginadas". Poder Ejecutivo Federal, *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, México, D.F., 1995, p. 92.

<sup>14</sup> Mujeres que, casadas o en unión libre se han unido a una pareja.

usaba anticonceptivos, en localidades rurales, este indicador apenas abarcaba a un 44% de las mujeres unidas.<sup>15</sup>

Sólo un 36.4% de mujeres unidas de 15 a 19 años usaba algún método, pese a que en 1993, el 16% del total de nacimientos provinieron de embarazos no planeados en la adolescencia temprana y éste era y es, sin duda, el grupo etario de mayor riesgo de mortalidad materna y neonatal. Las desigualdades en la prevalencia de uso de anticonceptivos son mayores si se relaciona el lugar de residencia y la escolaridad, por ejemplo en 1992 las mujeres urbanas con estudios secundarios o más tenían una cobertura del 75%; mientras que sólo el 27.9% de mujeres rurales sin instrucción usaba algún método. Lo mismo puede decirse acerca de las mujeres que no desempeñaban labor remunerada, pues su descendencia duplicaba la de las trabajadoras.

La anticoncepción se dirigía básicamente a mujeres en edad fértil, los métodos definitivos como la oclusión tubaria bilateral (отб)<sup>16</sup> tenían una alta prioridad en la promoción, pues en 1992 el 43.3% del total de usuarios/as se habían practicado la salpingoclasia; le seguían los hormonales con un 20.4%; el dispositivo intrauterino (DIU) con un 17.7%; luego los métodos tradicionales con un 12.2%; después el condón y los espermicidas, con un 5.0%, y finalmente la vasectomía que apenas había adoptado el 1.4% del total de los usuarios/as. Esta situación revelaba una gran desigualdad de género, pues los varones eran menos del 6% del total de usuarios/as;<sup>17</sup> en 1995, la disparidad era casi idéntica, pues sólo el 6.4% de los usuarios de métodos quirúrgicos eran varones.<sup>18</sup> Además de las desigualdades de género, la prioridad de métodos definitivos y del DIU que permiten al

---

<sup>15</sup> Datos tomados de Poder Ejecutivo Federal, *Programa de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000*, México, 1995, pp. 4-6.

<sup>16</sup> La oclusión tubaria bilateral o salpingoclasia también se conoce como "ligadura de trompas" (de falopio).

<sup>17</sup> Poder Ejecutivo Federal, *Programa de salud Reproductiva y Planificación Familiar, 1995-2000*, México, 1995, p. 3.

<sup>18</sup> División de Estudios Económicos y Sociales, *México social. 1996-1998. Estadísticas seleccionadas*. México, Grupo Financiero Banamex Accival, 1998. p. 274.

prestador de servicios o a las instituciones controlar el aparato reproductivo femenino, sobre los métodos hormonales y los de barrera, especialmente el condón, que pueden aplicar directamente los y las usuarias y que además ayuda a prevenir enfermedades de transmisión sexual, muestra el interés del sector salud por asegurarse el control de la fecundidad antes que promover la autonomía de los usuarios sobre su sexualidad y su vida reproductiva. El problema por tanto no se resolvería únicamente mediante la diversificación de métodos anticonceptivos, sino con la promoción más intensa de aquellos que permiten a los usuarios regular directamente su fecundidad y conjugar la salud sexual con la reproductiva.

La población femenina más vulnerable, la que habita principalmente en áreas rurales, donde impera la pobreza, la baja escolaridad y los elevados índices de fecundidad y mortalidad materno-infantil, era la de menor acceso a métodos anticonceptivos y a servicios de salud. Existía en este universo una demanda insatisfecha de métodos del 65%, casi el doble de la existente en áreas urbanas. Este enorme rezago y la necesidad de garantizar un consentimiento informado, exigía ampliar la cobertura de servicios de planificación familiar, compensando las desigualdades. Los indígenas siguen siendo la población con mayores rezagos socioeconómicos, con altos índices de desnutrición, de mortalidad materna e infantil, de analfabetismo, etc., este grupo poblacional era también el menos atendido. Así, priorizar la ampliación de cobertura entre la población rural, la indígena, la que habita zonas urbanas marginadas; reforzar la información sobre métodos, sus ventajas y riesgos, y sobre derechos reproductivos y sexuales, era una tarea insoslayable si querían cumplirse los acuerdos de El Cairo.

Otro problema era que el varón tenía una participación irrelevante en los programas de planificación familiar. En 1979 del total de usuarios de métodos anticonceptivos, sólo 0.6% fueron vasectomías, frente al 93.5% de usuarias de pastillas, métodos tradicionales, inyecciones, DIU y OTB; en 1992 la vasectomía aumentó

al 1.4%.<sup>19</sup> La demanda de vasectomía sin bisturí creció dos veces y media entre 1990 y 1994. Con todo, en 1995 el IMSS-SOLIDARIDAD reportó que en áreas rurales se realizaba una vasectomía por cada 175 OTB, lo que resulta muy ilustrativo de la escasa participación del hombre. Pese a que el condón no sólo previene embarazos no deseados sino enfermedades de transmisión sexual, pese a que contribuye a la participación responsable del varón y pese a ser uno de los métodos más apropiados para la población adolescente, su promoción y distribución eran limitadas. Incorporar a los varones de manera activa en las decisiones de planificación familiar, reconociendo sus derechos y responsabilidades en las actividades sexuales y reproductivas era un desafío impostergable y complejo.

La mortalidad materno-infantil era otro síntoma preocupante de la insuficiente cobertura y calidad de los servicios de salud, y era más frecuente entre población pobre, sin escolaridad y en áreas rurales. Para el periodo 1992-1994, el mayor nivel de mortalidad materna se registró en los estados de más alta marginación como Oaxaca, Puebla, Chiapas e Hidalgo. Aunque desde los años ochentas decreció la mortalidad materna, en 1994 duplicaba la de los países desarrollados.<sup>20</sup> Este problema era más grave entre madres adolescentes menores de 20 años,<sup>21</sup> y se agudizaba por abortos inducidos (el aborto llegó a ser la quinta causa de muerte materna).<sup>22</sup> Otro factor que acrecentaba los riesgos de muerte materna

---

<sup>19</sup> Poder Ejecutivo Federal, *Programa de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000*, Poder Ejecutivo Federal, 1995, p. 3.

<sup>20</sup> En 1994, en México se estimaron 61 defunciones de madres por cada 100 mil nacidos vivos; a fines de los ochenta, en los países desarrollados este mismo indicador era de 26/100 mil nacidos vivos. Secretaría de Gobernación, *Decreto por el que se aprueba el Programa Nacional de la Mujer 1995-2000*, 8 de marzo de 1996, p. 14.

<sup>21</sup> El nivel de defunciones en este grupo, era de 3.4 mujeres por cada diez mil nacidos vivos, 6% más que entre las de 20 a 24 años, lo que revelaba la enorme vulnerabilidad de las adolescentes.

<sup>22</sup> En México se carece de una medición cabal sobre la incidencia del aborto, diversos autores han realizado estimaciones indirectas que conducen a resultados dispares. "El aborto inducido es un problema social y de salud pública que representa la quinta causa de muerte materna". Poder Ejecutivo Federal, *Programa Nacional de Población 1995-2000*, Consejo Nacional de Población, 1996, p. 25.

era la desnutrición, mal que afectaba al 30% de la mujeres en edad reproductiva.<sup>23</sup>

Pese a que la mortalidad infantil disminuyó notablemente de 1980 a 1993 (de 31.7 a 14.7 por cada 1000 nacidos), seguía siendo alta; en 1990 en áreas rurales era 27% mayor que en las ciudades y entre indígenas 70% más que en el resto de la población.<sup>24</sup> El Consejo Nacional de Población (CONAPO) señaló que la diferencia en cuanto a mortalidad infantil entre las entidades más marginadas como Guerrero, Chiapas y Oaxaca y las más avanzadas como Nuevo León, Baja California y el Distrito Federal, equivalía a un rezago de 22 años.<sup>25</sup>

La sobrevivencia infantil estaba asociada a la edad de la madre, al espacio intergenésico, a la escolaridad, a las condiciones sanitarias de la vivienda, etc., que en general eran más desventajosas entre indígenas y en comunidades rurales pobres. Sin duda era imperioso abatir los niveles de mortalidad materno-infantil aumentando la cobertura y la calidad de los servicios de salud para la vigilancia y atención del embarazo, parto y puerperio y para la prevención de enfermedades asociadas a la muerte materna y perinatal; garantizar la nutrición adecuada de las gestantes, lactantes y niños, y reforzar la información y comunicación sobre riesgos preconceptionales y cuidado de la salud de la madre y el niño. Este era otro de los retos que tendrían que abordarse para llevar a la realidad el Programa de Acción.

Entre 1990 y 1993 las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se incrementaron a una tasa mucho mayor que la del creci-

---

<sup>23</sup> "La Encuesta Nacional de Nutrición (1988) indicó que el 28.6% de las mujeres en edad reproductiva presentó bajo peso corporal, mientras que el 35.1% tenía sobrepeso. La prevalencia de la anemia ferropriva es importante entre la población de mujeres gestantes.", Poder Ejecutivo Federal, *Programa de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000*, México, 1995, p. 6.

<sup>24</sup> *Idem.* p.20. 56 descesos indígenas por cada mil nacimientos, frente a 33 por cada mil como promedio general. Datos tomados de Poder Ejecutivo Federal, *Programa Nacional de Población 1995-2000*, Consejo Nacional de Población, México, 1996, pp. 8-9.

<sup>25</sup> El nivel actual de mortalidad infantil en los tres estados de mas altos índices de marginalidad es igual al de la media nacional de 1982, mientras que en las entidades más avanzadas es el previsto para el año 2004. Poder Ejecutivo Federal, *Programa Nacional de Población 1995-2000*, México, 1996.

miento poblacional: 19% entre menores de 14 años y 14% entre los de 15 a 24 años. Hasta 1990 el 90% de la mortalidad causada por ETS se debía a la sífilis, después, la hepatitis B -para la que existe vacuna- que ocasionó el 60% de las muertes por ETS.<sup>26</sup> El VIH-SIDA llegó a ser la tercera causa de muerte en hombres de 25 a 34 años y ocupó el sexto lugar en mujeres del mismo grupo de edad.<sup>27</sup> En 1995 el total de casos reportados había llegado a 26,651, pero se reconocía un subregistro enorme y el Consejo Nacional Para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) estimó un número real de poco más de 38,000 casos.<sup>28</sup> La población más afectada y expuesta al riesgo de ETS y VIH-SIDA se ubicaba en general entre jóvenes. Pero la epidemia se expandió particularmente en grupos «de alto riesgo»: homosexuales, bisexuales, prostitutas, drogadictos, y entre 1980 y 1998 la proporción de mujeres infectadas aumentó más rápido que la de hombres, de un caso por cada 15, se elevó a uno por cada 6,<sup>29</sup> y también ha crecido el número de infectados por vía perinatal. A diferencia de otros daños de la salud sexual y reproductiva, las ETS y el VIH-SIDA se concentraron en sectores urbanos, afectando no solamente a población marginal pobre y sin escolaridad, sino también a grupos instruidos de clase media. Ante esta grave epidemia, resultaba urgente desarrollar una enérgica política de prevención, detección y atención, que incluya una amplia difusión e información para toda la población, pero en particular dirigida a niños, adolescentes y mujeres, sobre riesgos, responsabilidad sexual y necesidad de autocuidado; asimismo, era urgente que

---

<sup>26</sup> Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva, "Respuestas al Cuestionario. Guía para el seguimiento de la ejecución en México del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, CIPD+5", (documento preliminar), México, diciembre de 1998.

<sup>27</sup> *Idem.*

<sup>28</sup> Consejo Nacional de Población, *Indicadores básicos de salud reproductiva y planificación familiar*, CONAPO, México, 1996. p. 48.

<sup>29</sup> Datos tomados de Secretaría de Gobernación, *Decreto por el que se aprueba el Programa Nacional de la Mujer 1995-2000*, México, 8 de marzo de 1996, p. 14; y de Poder Ejecutivo Federal, *Programa de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000*, México, 1995, pp. 9-10.

las instituciones ampliaran el acceso a tratamientos, medicamentos, vacunas, y que los servicios de salud mejoraran su calidad y calidez y no fueran discriminatorios ni excluyentes.

En 1990, el cáncer cérvico uterino (Cacu) y el de mama eran dos de las principales causas de muerte femenina entre mujeres de 15 a 64 años. Debido a estas displasias, de 1986 a 1995 la mortalidad femenina aumentó de 6.7 defunciones a 9.6 por cada 100 mil mujeres de 15 años y más. Tan sólo por cáncer de cuello de útero, morían no menos de 10 mujeres por cada cien mil, lo que arrojaba 4 mil fallecimientos anuales. Pese a ello, en 1994, apenas una de cada cuatro mujeres se había practicado el exámen del *papanicolau* y en el medio rural solamente 17 de cada 100.<sup>30</sup> Este examen era más frecuente entre mujeres urbanas de 35 años y más, con cierto nivel de escolaridad, que entre mujeres rurales sin instrucción. La escasa atención preventiva se relacionaba en parte con una cultura femenina donde el autocuidado era irrelevante,<sup>31</sup> y en parte con la falta de privacidad o trato irrespetuoso de los prestadores de servicios a la hora de tomar la muestra. La escasa información sobre el enorme riesgo de las displasias, sobre el virus del papiloma humano (VPH) que se transmite por contagio sexual, la escasa educación y consejería sobre la necesidad de practicarse el *papanicolau* de manera sistemática y regular, así como la dificultad para hacerlo por inaccesibilidad de los servicios, empeoraban la situación. Promover la detección temprana del cáncer cérvico uterino y de mama, y la participación responsable del varón en la vida sexual era un reto enorme.

Como las políticas tradicionales de planificación familiar se orientaban principalmente a reducir los índices de fecundidad, no era prioritario atender la infertilidad pese a que entre el 8 y el 12% de las parejas presentaban este problema.<sup>32</sup> El tratamiento oportu-

---

<sup>30</sup> Secretaría de Gobernación, *Decreto por el que se aprueba el Programa Nacional de la Mujer 1995-2000*, 8 de marzo de 1996, pp 13-14.

<sup>31</sup> Las mujeres con acceso regular a servicios de salud, no regresaban después del último parto, lo que ponía su salud en mayor riesgo.

<sup>32</sup> "Algunas causas de infertilidad son prevenibles y con el avance de la ciencia y la tecnología médicas la gran mayoría se pueden corregir... debe subrayarse que no existe hasta este

no y adecuado de esta disfunción, así como la necesidad de fortalecer la información y comunicación sobre el tema para prevenir costosos tratamientos, era un reto para la salud reproductiva y un derecho fundamental de hombres y mujeres a la procreación.

En el estrecho marco de las prioridades de la planificación familiar, muy poco se atendía la posmenopausia y el climaterio, pese a que en el futuro próximo se estimaba una población cercana a los siete millones en esta condición. Y era grave, pues padecimientos como la osteoporosis y las alteraciones psicológicas resultaban más onerosas que su oportuna atención médica, y dañaban de manera definitiva el bienestar de estas personas y de sus familias.

La adolescencia era otra etapa poco considerada en las acciones de planificación familiar, a pesar de que había más de 20 millones de jóvenes que representaban al 22% de la población, de que el 25% del total de embarazos -la mayoría no deseados- provenían de este grupo, y de que la incidencia de abortos y de muerte materno-infantil era más frecuente aquí que en otros grupos. Antes de 1994 no existían consultorios de atención para adolescentes, y salvo algunas organizaciones no gubernamentales (ONG) y un programa del Sistema para el Desarrollo Integral de la familia (DIF),<sup>33</sup> los jóvenes no recibían atención ni consultoría sobre salud sexual y reproductiva. De modo que un reto impostergable era ampliar la cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva para estos grupos etarios, reforzando la educación sobre sus derechos a la salud.

La educación sobre sexualidad y salud reproductiva era muy limitada y priorizaba el ámbito de lo reproductivo, la sexualidad en un sentido más amplio, como placer, como realización de la persona, de la feminidad y la masculinidad, del disfrute de la pa-

---

momento normatividad oficial uniforme para la atención con calidad (de este problema) tanto en el sector público como en el privado." Poder Ejecutivo Federal, *Programa de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000*, México, 1995, p. 4.

<sup>33</sup> Los Centros de Orientación a Adolescentes (Cora) empezaron en 1978 brindando educación sexual. En 1989 el DIF inició un programa de Desarrollo Integral del Adolescente, que entre otras actividades incluía las de orientación sobre sexualidad y ETS.

reja, era y sigue siendo un tema secundario o sencillamente ausente, y es esencial para alcanzar una vida plena y saludable, un estado de bienestar y no sólo una ausencia de la enfermedad, como se dijo en El Cairo.

La perspectiva de género era quizás una de las ausencias más graves en los programas de salud de la mujer y todos aquellos que cabrían en la salud reproductiva. En general no se advertían los problemas específicos de hombres y de mujeres. Además, aunque ya había una preocupación institucional por el maltrato y la violencia intrafamiliar, aún no se reconocía su incidencia en los problemas de salud de la mujer y los niños. Estas omisiones eran un reflejo de la condición de la mujer en la sociedad, la familia, el mercado de trabajo y la legislación. Los índices de escolaridad y la participación femenina en la población económicamente activa así como sus bajas remuneraciones con relación en los varones revelaban la desigualdad de oportunidades y las desventajas de las mujeres. Pese a que los varones se encontraban en general en una mejor situación, tampoco se habían planteado sus problemas específicos ni la posibilidad de ubicarlos no sólo como reproductores, sino también como seres humanos con derechos y necesidades.

Sin duda la valoración de la mujer y del hombre como humanos sexuados implicaba el reconocimiento de que los problemas de género no sólo están encerrados en el mundo privado o en la pareja, sino que permean el tejido social, y que la posibilidad de que las mujeres ejercieran su capacidad de decisión, autonomía y poder en muchos planos, resultaba clave para una salud sexual y reproductiva.

### III. Antecedentes Institucionales y Programáticos de la Salud Reproductiva

**E**ste cúmulo de retos y problemas tendrían que enfrentarse en medio de una severa crisis económica y de una escasez de recursos financieros, que a su vez presionaron a una reducción del gasto público, recuérdese que fue hasta 1997 cuando aumentó éste en un 29% en términos reales. En 1994, México era un país con deudas sociales seculares y con una pobreza cada vez más aguda y creciente. En este contexto, la posibilidad de hacer efectivos los derechos reproductivos y sexuales para todos los mexicanos parecía lejana. También es cierto que, pese a tantas carencias y restricciones, desde tiempo atrás se habían desarrollado políticas y programas que coincidían con algunos puntos centrales contenidos en el Programa de Acción de El Cairo.

En diciembre de 1973, se aprobó la Ley General de Población, que marcó un viraje significativo en la actitud del gobierno ante los problemas de población, pues pasó de una relativa indiferencia a una viva preocupación por el crecimiento poblacional y sus tendencias. En 1973, empezó a impulsarse el Programa de Paternidad Responsable, pero fue a partir de 1974, cuando México estableció una política demográfica decidida y planificada por instancias gubernamentales, especialmente por el Consejo Nacional de Población, creado en mayo de 1974. Esta política se orientaba a reducir la tasa de crecimiento demográfico y a modificar la distribución espacial de la población, y pretendía integrarse a los planes globales de desarrollo económico y social. También en diciembre de 1973 se reformó el Artículo 4o. constitucional que establecía la igualdad del hombre y la mujer ante la ley, la protección a la familia y el derecho a la decisión libre, responsable e informada de cada individuo sobre el número y espaciamiento de sus hijos. El Estado asumió como deber el informar, educar y garantizar la libertad para tomar decisiones en cuanto a la reproducción, y consideró que sólo un acceso fácil y gratuito a la planificación de los nacimientos, garantizaría la igualdad y liber-

dad para decidir el número y espaciamiento de los hijos. La paternidad responsable se estableció como un derecho. En ese mismo año, se creó una Comisión Interinstitucional de Atención Materno Infantil y de Planificación Familiar, con el objeto de impulsar las primeras acciones en estos campos.

Ciertamente, aún cuando desde entonces se inició un discurso legal igualitarista sobre los géneros, se habló de paternidad responsable incluyendo así al varón, se asumió la responsabilidad estatal en materia de información y educación y se planteó el derecho a la decisión libre e informada en cuanto a la reproducción, es innegable que en el fondo, el objetivo central era la reducción del crecimiento poblacional. Desde entonces, se ha ido construyendo un discurso progresista que habla de derechos, libertades, igualdades y responsabilidades y se impulsan acciones en ese sentido, pero a la vez se priorizan las metas demográficas.

En esa tónica, en enero de 1976, se aprobó el Reglamento de la Ley General de Población, cuyos artículos principales señalaban la necesidad de: ajustar volumen, estructura, dinámica y distribución de la población a los programas de desarrollo económico y social; elaborar programas de planificación familiar y vigilar su aplicación garantizando respeto absoluto de los derechos del hombre y la dignidad de las familias; abatir la mortalidad; difundir programas educativos en materia de población; integrar a la mujer y a los grupos marginados al desarrollo; y redistribuir la población en el territorio nacional. Fue hasta el sexenio de José López Portillo (1976-1982), que la política demográfica quedó integrada en el Primer Plan Global de Desarrollo, dentro del cual se formuló el Plan Nacional de Planificación Familiar (PNPF), presentado en octubre de 1977.

En 1977, se creó la Coordinación del PNPF como un organismo normativo y evaluador. Desde un inicio, las tres principales instituciones públicas de salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA, que más adelante se convertiría en Secretaría de Salud, Ssa),

participaron activamente en las políticas demográficas, primero en el marco del Programa de Paternidad Responsable (1972-1973), y luego en el marco del PNPf (1977), distribuyendo anticonceptivos a las usuarias. A tres años de su creación, fue suprimida la Coordinación del PNPf y sus funciones fueron retomadas por la Dirección General de Planificación Familiar y por la Dirección General de Atención Materno Infantil, dependientes de la SSA. Esta Secretaría contaba además con una Coordinación del Sector Salud y Seguridad Social Para la Planificación Familiar.

El IMSS jugó un importante papel en este campo: creó una Jefatura de Servicios de Planificación Familiar para asumir un gran reto, pues en 1977 se previó que debía atender al 57% de las nuevas usuarias de métodos anticonceptivos, y a partir de 1980, las clínicas del IMSS proporcionaron servicios de planificación familiar a derechohabientes y a población abierta. Además, en mayo de 1979, se firmó el acuerdo IMSS-COPLAMAR,<sup>34</sup> que proporcionó cuidados de salud primarios y de planificación familiar a comunidades rurales y a zonas marginadas, creando 74 hospitales rurales y muchas unidades médicas para localidades de 500 a 2,500 habitantes. El IMSS también se dio a la tarea de formar 14 mil 600 parteras empíricas que cubrían alrededor del 30% de los servicios de planificación familiar brindados por el IMSS en el medio rural. Es justo señalar que la provisión y promoción de métodos anticonceptivos fue central en la "planificación familiar", pero a la vez que se ampliaba su cobertura, se favoreció a las mujeres y a las comunidades con algunos servicios de salud.

En 1983, durante la administración de Miguel de la Madrid, se formuló un Programa Nacional de Población que quedó integrado al Segundo Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. En este nuevo Plan, se proponía la descentralización de la política demográfica con la participación de los gobiernos de los estados y la creación de Consejos Estatales de Población. También en 1983, quedó consagrado en la Constitución de la República el derecho a la salud; y

---

<sup>34</sup> Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados.

desde 1984 está vigente la Ley General de Salud, que ordenó la creación de un Sistema Nacional de Salud cuyas atribuciones son: planear, coordinar e integrar actividades y programas de instituciones públicas relacionadas con la salud, así como concertar acciones con el sector privado. La Secretaría de Salud quedó como cabeza y coordinadora del sector salud y ejerce funciones de salud pública para otorgar servicios médicos a la población abierta.

Cuando se firmaron los acuerdos de El Cairo, además de los servicios de planificación familiar y de atención materno infantil, existían otras líneas de acción que podían inscribirse en el concepto de salud sexual y reproductiva. Así por ejemplo se incluían, la prevención y atención del cáncer cérvico uterino y mamario; la prevención y atención de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH-SIDA, la atención a parejas infértiles, la atención a adolescentes,<sup>35</sup> diversos programas de información, educación y orientación sobre temas de sexualidad y reproducción. Eran muchas las instituciones públicas involucradas en estas tareas. Además del CONAPO y de las principales dependencias del sector salud (SSA, IMSS e ISSSTE), participaban el IMSS-SOLIDARIDAD (SUCEJOR de IMSS-COPLAMAR), el (DIF), el Consejo Nacional Para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), la Secretaría de Educación Pública, el Instituto Nacional Indigenista, el Instituto Nacional de la Senectud y, un poco más adelante, el Programa de Educación, Salud y Alimentación dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social, entre las más importantes.

Así pues, impulsar el Programa de Acción de El Cairo no partía de cero, ni a nivel programático, ni a nivel institucional, ni en el terreno práctico; más bien se partía de una experiencia relativamente larga y cada vez más amplia y diversificada, tanto en la elaboración de diagnósticos sobre distintos aspectos de la salud sexual y reproductiva, como en el diseño de planes, pro-

---

<sup>35</sup> La SSA había convocado a diversas instituciones y a ONG para discutir la problemática sexual y reproductiva de los adolescentes y poco antes de la reunión de El Cairo, en junio de 1994 se había echado a andar un programa dirigido a este grupo etario en el Distrito Federal y en diez estados de la república.

gramas y líneas de acción, en la ejecución de éstos y en su seguimiento y evaluación.

En este marco, se tenían muchos antecedentes y ventajas para asumir el Programa de El Cairo, pero también había desventajas: la meta de reducir el crecimiento poblacional a toda costa había dado como resultado que las políticas y las instituciones de salud tomaran como objeto de sus acciones a las mujeres en edad fértil, reduciéndola casi a su aparato reproductor; y a limitar sus acciones casi al control de la fecundidad en lugar de atender integralmente la salud de las mujeres; la información sobre reproducción y métodos anticonceptivos no iba de la mano con la expansión de su uso y el consentimiento informado no abarcaba a todas las usuarias de métodos anticonceptivos; por supuesto, las acciones hacia los varones y aquellas relacionadas con mujeres que habían terminado su etapa reproductiva o que no la habían iniciado, eran insignificantes. La información y educación en materia de sexualidad y reproducción mostraba avances y apertura pero aún había un gran trecho que recorrer. En el centro de estas acciones no había estado ni la salud ni la planificación familiar, sino la reducción de la fecundidad desde el cuerpo de las mujeres.

Así pues, adoptar el nuevo enfoque y el carácter integral del concepto salud reproductiva, exigía crear una política pública que si bien tenía antecedentes no existía realmente como tal, unificar programas bajo una misma dirección, reformular enfoques y prácticas arraigadas precisamente en esa larga experiencia, dar mayor peso a líneas de acción y a problemas de salud que habían tenido poca importancia e incorporar a grupos poblacionales como los varones, los adolescentes y la población que ha rebasado la edad reproductiva. Esta movilización interna de ideas, prácticas, estructuras, etc. implicaba un gran reto, pues tan sólo los médicos y enfermeras del sector salud sumaban más de un cuarto de millón de personas,<sup>36</sup> distribuidas en más de media docena de institucio-

---

<sup>36</sup> En el IV Informe Presidencial (1998) se reportaban 274 mil médicos y enfermeras del sector salud.

nes y en 31 entidades del país; a ello habría que sumar otra decena de dependencias que podrían participar en diversas tareas orientadas a la salud reproductiva y un ejército de más de 20 mil promotores, auxiliares, parteras, médicos tradicionales, etc., dispersos cuando menos en otras tantas comunidades rurales. Esto significaba mover una enorme red de instituciones, jerarquías, saberes, culturas y poderes en el sector público.

Pese a tantos desafíos, era evidente que el Estado tendría que participar decididamente en ello, pues casi la mitad de los mexicanos pertenecía al sector de la "población abierta", "nadahabiente", es decir, la que no puede atenderse en las instituciones para derechohabientes y por tanto depende básicamente de los servicios proporcionados por instituciones públicas de salud.<sup>37</sup> Los "nadahabientes" (40 millones)<sup>38</sup> coincidían casi en cuerpo y alma, con el enorme ejército de mexicanos en pobreza, situación que les impedía autofinanciar satisfactoriamente su atención a la salud. Esto significaba que para hacer efectivo el derecho a la salud y a la salud reproductiva, el Estado tendría que asumir sus responsabilidades sociales ampliando programas, gastos y funciones.

#### IV. La Incorporación de la Salud Reproductiva en la Planeación del Desarrollo

**A**demás de las instituciones gubernamentales, un conjunto muy amplio de mujeres de ONG había desarrollado y seguía impulsando acciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva y estaba muy interesado en que el Programa de Acción de El Cairo no se quedara en el papel. Esta vertiente era sólo

<sup>37</sup> Instituciones para derechohabientes: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina. Instituciones para población abierta: Secretaría de Salud, IMSS-SOLIDARIDAD, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

<sup>38</sup> Aunque en el Plan Nacional de Desarrollo (p. 93), se reportan 45 millones de usuarios afiliados a la seguridad social y 35 millones de no asegurados, en 1995, las cifras reportadas por el *Boletín de información estadística* de la Secretaría de Salud dicen

parte de un amplio movimiento de mujeres que se ha venido construyendo desde los años setentas y que creció vertiginosamente en las décadas siguientes. En 1993 y en vista de la realización de la CIPD en El Cairo, se fue tejiendo una red de ONG en torno a los preparativos de la Conferencia. Así, no sólo participaron en la discusión previa y en el evento mismo, sino en el seguimiento de los acuerdos tomados en El Cairo. Con el objeto de vigilar su instrumentación extendieron y consolidaron su coordinación, la constitución del Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población (instancia en que cristalizó la red que venía construyéndose desde 1993) que ya en 1999 congregaba a cerca de ochenta ONG de más de la mitad de los estados del país, expresa la importancia que El Cairo ha tenido para muchos núcleos femeninos comprometidos con la mujer, con la promoción de una sexualidad más libre y plena, y con un sistema de salud y un proyecto de desarrollo más justo y equitativo desde el punto de vista social y de género.

Otros foros internacionales, como el realizado en Beijing en 1995, ratificaron el Plan de Acción de El Cairo y ensancharon la red de ONG empeñadas en que los acuerdos tomados en estas reuniones no se echaran al olvido. De este modo, grupos femeninos organizados que trabajan para alcanzar la igualdad entre los géneros en distintos planos, o bien agrupaciones abocadas a la lucha contra el VIH-SIDA, otras que han focalizado la problemática de los jóvenes o algunas que se inscriben en la búsqueda de un desarrollo sustentable, también hicieron suyo el Programa de Acción. Los compromisos adquiridos por el gobierno mexicano en aquella reunión, no podrían ignorarse ante los vigilantes ojos de estos organismos civiles.

Algunas circunstancias fortuitas también operaron a favor de que el Programa de Acción fuera retomado por el gobierno: la reunión de El Cairo se desarrolló poco después de que en

---

otra cosa, pues las principales instituciones de seguridad social (el IMSS y el ISSSTE) atienden 30.119 millones de usuarios y tienen una población potencial de 43.570, lo que indica que poco más de 13 millones de sus afiliados no son usuarios, pero también se deduce que más de 40 millones de personas no son población derechohabiente.

México se realizaron las elecciones federales, pues apenas el 6 agosto del mismo año, Ernesto Zedillo Ponce de León había sido electo presidente, y nuevos diputados y senadores ocupaban las curules. Los compromisos adquiridos en El Cairo se ubicaron en un momento y en una situación propicia para que la nueva administración gubernamental los considerara en su planeación. En los últimos meses de 1994 y los primeros de 1995, se estaban diseñando políticas y programas sexenales, y la salud reproductiva como concepto y como término, apareció en los planes de desarrollo, en las políticas públicas y en los programas institucionales más importantes que marcarían las acciones gubernamentales en el último sexenio del siglo xx.

El contexto institucional, social y político que caracterizaba a nuestro país en 1994, creó la cobertura para que, a menos de un año de la reunión de El Cairo, algunos de los compromisos empezaran a expresarse en cambios en el discurso, en las políticas y en las estructuras organizativas de las instituciones públicas. La idea de que se estaba ante un nuevo paradigma y de que la salud reproductiva era un concepto holístico, condujo a buscar la integración y la redefinición de políticas preexistentes. El primer paso en este sentido fue la creación de un Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva (el 15 de febrero de 1995), con participación de los principales organismos públicos que estaban desarrollando acciones en esa línea, y con representantes de la sociedad civil,<sup>39</sup> este grupo tuvo a su cargo la

---

<sup>39</sup> El Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva estuvo constituido por representantes de la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Programa IMSS-SOLIDARIDAD, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, el Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina, Petróleos Mexicanos, la Secretaría General del Consejo Nacional de Población, el Instituto Nacional Indigenista, la Secretaría de Educación Pública, así como lo siguientes organismos no gubernamentales: la Fundación Mexicana Para la Planeación Familiar, la Federación Mexicana de Asociaciones privadas de salud y Desarrollo Comunitario, el Consejo de Orientación Para Adolescentes, el Consejo de Planificación Familiar para la Juventud (sustituido por el grupo de Católicas por el Derecho a Decidir), la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México y el Grupo de Información en Reproducción Elegida (información tomada del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000).

elaboración consensada del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, publicado en mayo del mismo año.

Vale la pena señalar que la composición del Grupo Interinstitucional crea la posibilidad de que el concepto salud reproductiva no se reduzca a una visión médica y de que las instituciones coordinen de mejor manera acciones y programas tradicionalmente fragmentados en la práctica. También es importante la participación de ONG, pues cuando menos se intenta construir una política pública con intervención de la sociedad civil, este hecho dota de un significado más participativo a lo público. También vale la pena señalar que no está garantizado el éxito de estas intenciones: la coordinación puede revestir un carácter más formal que real, la participación de las ONG puede ser limitada, sea por falta de análisis y propuestas, sea porque no se les otorga una función decisiva en las tareas del grupo. De todas formas, la constitución de esta instancia abre expectativas alentadoras.

En el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar se retoman e integran políticas y acciones impulsadas con anterioridad, pero a la vez se insertan, amplían o acentúan aspectos que, o no estaban o no tenían el mismo peso. El Programa es normativo, y pretende guiar el quehacer de todas las instituciones públicas en torno a la salud reproductiva. Aún cuando las instituciones de salud resultan estratégicas para impulsar este programa, el concepto no quedó "encerrado" en el sector salud, sino que se vinculó a una perspectiva de desarrollo, a las políticas de combate a la pobreza, a las educativas, nutricionales y sociales en general, asimismo, la salud reproductiva aparece como condición para lograr la transición demográfica y para mejorar la condición de la mujer.

El concepto fue retomado por muchas otras dependencias<sup>40</sup> y permeó algunos importantes planes normativos y rectores, como

---

<sup>40</sup> Además de las dependencias que participan en el Grupo Interinstitucional, algunas otras han realizado tareas relacionadas con la salud reproductiva, como la Secretaría de Desarrollo Social, a través de el Programa para la Educación, la Salud y la Alimentación (Progresá), los gobiernos de los estados, e instituciones públicas que no dependen de la Secretaría de Educación Pública, como la Universidad Nacional Autónoma de México.

el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, el Programa Nacional de Población 1995-2000 y el recién creado Programa Nacional de la Mujer 1995-2000. No hay duda que el sector público hizo un rápido esfuerzo por incorporar en su discurso y en su perspectiva de cambio el concepto de salud reproductiva.

La inserción del concepto salud reproductiva en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 reviste especial importancia, pues es sin duda el proyecto que condensa la perspectiva del cambio que se busca y el conjunto de políticas públicas que rigen en todo el país en este agonizante siglo xx. El Programa Nacional de Población 1995-2000 y el Programa Nacional de la Mujer 1995-2000, contienen normas, propósitos y estrategias que intentan permear o incidir horizontalmente en el quehacer de una amplia gama de instituciones públicas. En este sentido, creemos que tanto por la cobertura como por el carácter normativo y la posibilidad de que sus lineamientos generales sean asumidos por otros organismos del sector público, la inserción del concepto salud reproductiva en estos programas fue un avance importante para formalizar el contenido y el nuevo enfoque que trae consigo.

### **La salud reproductiva en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000**

En el Plan Nacional de Desarrollo (PND) se dice que, "iniciativas que antes promovieron el cambio demográfico hoy son insuficientes, ahora se busca un enfoque integral, un cambio de mentalidad, un espíritu de previsión y planeación en las familias, un afán de igualdad entre sus miembros, especialmente en cuestiones de género. Se busca una valoración parental de los hijos y el arraigar una cultura demográfica sobre las repercusiones de la población en el medio ambiente y la sustentabilidad del desarrollo."<sup>41</sup>

Pese a esta declaración, que se inscribe en la perspectiva de una cultura demográfica basada en la convicción de que la

---

<sup>41</sup> Poder Ejecutivo Federal, *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, México, D.F., 1995.

planificación familiar es favorable, pese al manifiesto enfoque de género que asume y a su vínculo con el desarrollo sustentable, el PND también plantea que el reto prioritario que persiste en el ámbito demográfico es propiciar la disminución de la fecundidad en las regiones y los estratos de población de mayor rezago socioeconómico, donde la tasa de crecimiento poblacional es aún demasiado alta. Es decir, se cae en aquello que El Cairo evitó.

La idea de desarrollar una cultura demográfica y la urgencia de alcanzar metas demográficas cuantitativas para reducir el crecimiento poblacional genera una tensión, una contradicción en el PND, tensión que se expresará cuando menos en el Programa Nacional de Población y en el Programa Nacional de Salud Reproductiva, pues aunque se han dado y se siguen dando importantes pasos para crear esta nueva cultura, los tiempos que consume cualquier cambio cultural son lentos y no necesariamente compatibles con la rapidez que exigen las metas demográficas. En este sentido, el objetivo de reducir la tasa de crecimiento natural de la población al 1.75% en el año 2000 y a 1.45% en el 2005,<sup>42</sup> tienen, inevitablemente, un tono demografista, precisamente el tono que se evitó en la CIPD. En última instancia, si se trata de que las decisiones reproductivas se basen en una nueva cultura demográfica, en una conciencia sobre los beneficios personales, familiares y sociales que ofrece una decisión planificada y en el acceso universal a servicios de salud reproductiva, entonces, las metas tendrían que centrarse en la promoción de esa cultura y en garantizar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, de modo que la reducción de la fecundidad sea resultado y expresión del éxito de este cambio cultural y de los derechos reproductivos ejercidos plenamente.

El PND y consecuentemente los programas que hemos mencionado, parten de una concepción de desarrollo en la que pobreza y crecimiento demográfico están estrechamente unidos y

---

<sup>42</sup> Metas del Programa Nacional de Población 1995-2000.

generan un círculo vicioso que se retroalimenta,<sup>43</sup> de esta concepción se deduce que la reducción de las tasas de crecimiento poblacional contribuirán al abatimiento de la pobreza y por tanto a mejorar la calidad de vida de la población y las perspectivas del desarrollo. Esta idea indica que el gobierno mexicano tampoco hizo suya la severa crítica formulada en El Cairo en cuanto a las vías de desarrollo, pues en la CIPD se reconoció que la extensión y agudización de la pobreza y la inequidad no son resultado primordial de presiones demográficas, sino de políticas económicas y de desarrollo inapropiadas. En México se sigue manejando la vieja concepción que achaca a la alta fecundidad la pobreza y el subdesarrollo.

En consecuencia, para el gobierno mexicano, disminuir los índices de fecundidad y las tasas de crecimiento poblacional, es decir, establecer metas demográficas, es parte medular del proyecto de desarrollo y de las políticas poblacionales que irremediablemente inciden en la concepción y práctica de la salud reproductiva. Así, aunque este concepto ha permitido la incorporación o la revaloración positiva de componentes que rebasan ampliamente la planificación familiar, aún cuando ha permitido la adopción de perspectivas y objetivos que tienden a humanizar las políticas institucionales, la “planificación familiar” orientada a reducir o a inducir la reducción de la fecundidad, sigue siendo verdaderamente estratégica para el sector público. Creemos que el enfoque antidemografista y pro salud reproductiva que surgió en El Cairo no acaba de asumirse plenamente. Y esta resistencia tam-

---

<sup>43</sup> La primera de las cinco estrategias que el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 se propone en materia de población es “Incidir en la circularidad entre pobreza y rezago demográfico” y dice: “Los grupo sociales y las regiones de mayor atraso son también los más rezagados desde un punto de vista demográfico... La marginación tiende a conformar un círculo demográfico perverso... Romper el círculo vicioso de la pobreza significa un desafío de primer orden... Un factor crítico es reconocer el reforzamiento mutuo que existe entre las acciones encaminadas a combatir la pobreza y las orientadas a reducir el crecimiento demográfico.” En seguida se proponen algunas medidas prioritarias para combatir la pobreza y se arriba a la segunda estrategia que consiste en “Impulsar la reducción del crecimiento demográfico” donde se afirma que: “El progreso y el bienestar no pueden fincarse sobre bases sólidas si el crecimiento de la

bién sugiere que los derechos reproductivos no podrán impulsarse cabalmente.

En el marco de la "Política Social" propuesta en el PND, las estrategias y líneas de acción referentes a "Salud" se insertan en el Programa de Reforma del Sistema Nacional de Salud que tiene como primer objetivo incorporar a más población y proporcionar un Paquete de Servicios Básicos de Salud que consiste en acciones preventivas, de nutrición y de salud reproductiva.<sup>44</sup> Este objetivo implica ampliar la cobertura de los servicios de salud, incluida la planificación familiar y la atención prenatal, del parto y del puerperio, para reducir casi a cero a los diez millones de mexicanos que en 1994 no tenían acceso a los servicios. La cobertura universal que el PND pretende para la salud reproductiva, resulta un propósito plausible, más aún si consideramos el contexto socioeconómico y político que vive nuestro país. En principio, pareciera que la salud reproductiva es un componente estratégico y prioritario del desarrollo y de la política social, aún en épocas de recorte presupuestal y de adelgazamiento del Estado.

Sin embargo, como el concepto ha ensanchado las tareas institucionales, y como en esta administración el gasto público y el gasto social no han aumentado al mismo ritmo que la pobreza, como todo indica que se reducirán aún más las funciones, los gastos y las responsabilidades estatales en seguridad social y ser-

---

población constantemente erosiona la acumulación de los beneficios del desarrollo. Por esto... nos hemos propuesto... una política de población que... propicie la reducción del crecimiento demográfico, buscando mejorar las condiciones de vida de la población". Poder Ejecutivo Federal, *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, México, D.F., 1995, pp. 99-101.

<sup>44</sup> El paquete Básico de Servicios de Salud tiene doce componentes que pretenden ofrecer una atención integral a la salud de los grupos más vulnerables y atacar ocho de las diez principales causas de muerte en el país. Los doce componentes son: saneamiento básico a nivel familiar, planificación familiar; atención prenatal, del parto y del puerperio; inmunizaciones, manejo de casos de diarrea en el hogar, tratamientos antiparásitos a las familias, manejo de infecciones respiratorias agudas, prevención y control de tuberculosis pulmonar, prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones, capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud. División de Estudios Económicos y Sociales, *México social. 1996-1998. Estadísticas seleccionadas*, México, Grupo Financiero Banamex-Accival, 1998.

vicios de salud, el compromiso del gobierno parece poco realista, pues no sólo los diez millones sin acceso están necesitados de servicios de salud, sino que muchos millones más acceden a ellos de manera parcial o deficiente.

Otros objetivos de la Reforma del Sector Salud apuntalan la idea de que el Estado se está retirando, que está reduciendo, o está privatizando y transfiriendo sus responsabilidades sociales en el área de la salud. Así por ejemplo, se dice que habrá que diseñar esquemas de financiamiento coherentes a la capacidad del usuario, cosa que ha significado por ejemplo, que la población abierta asuma una parte cada vez más alta del costo de los servicios de salud que presta la Ssa; se dice que habrá que modificar los sistemas de financiamiento de la seguridad social para garantizarla en el mediano plazo, cosa que se ha traducido por ejemplo, en pírricas pensiones para jubilados y en un "sistema de ahorro para el retiro", que arriesga los ahorros del trabajador en manos de una banca usurera, y que afecta negativamente las condiciones de salud de las personas de la tercera edad, a la vez que desembaraza al Estado de una parte del costo de la seguridad social. Entonces, adoptar el concepto de salud reproductiva como derecho universal de los mexicanos suena bien y, como veremos más adelante, se dan pasos en esta dirección, pero también se camina en sentido contrario.

Otra perspectiva de desarrollo no puede ignorar que los altos índices de pobreza y de fecundidad están estrechamente unidos, ni tampoco puede renunciar a regular el fenómeno demográfico para planear un desarrollo armónico. Sin embargo, en lugar de reducir la pobreza por la vía de reducir el número de nacimientos de pobres, podría intentar la ruptura del círculo vicioso por la vía de redistribuir el ingreso y mejorar la calidad de vida, pues se sabe que los índices de fecundidad disminuyen notablemente cuando las mujeres tienen acceso a la educación y al empleo remunerado. Es previsible entonces que si cambia la perspectiva de desarrollo y se incluye a ese amplio y creciente sector de la población pobre, no sólo mejorarán sus condiciones de vida, sino que se reducirán

los índices de fecundidad y el crecimiento poblacional. Esa perspectiva sencillamente no existe en el discurso oficial y las tendencias son contrarias, pues como vimos, la distribución del ingreso en México es cada vez más polarizada y en lugar de atacarse las causas se combaten o atienden las consecuencias. Si la política económica profundiza la desigualdad, a la política social le corresponde compensarla; pero sin duda la primera es más efectiva y rápida en generar pobreza, que la política social en atenderla.

De todas formas, el sector salud y varias dependencias estratégicas para lograr la salud reproductiva, están ubicadas entre los pilares institucionales de la política social. Precisamente por eso, ahora, los pobres, los residentes rurales, los marginados de las urbes, los indígenas, los homosexuales, los y las adolescentes y las personas de la tercera edad, aparecen junto con las mujeres como su "población objetivo", como "grupos vulnerables", como beneficiarios o grupos que por su condición social, económica, étnica, de género, por su lugar de residencia o por su preferencia sexual, resultan prioritarios para lograr la salud reproductiva. La tarea es interminable, porque estos grupos están en crecimiento.

La orientación para favorecer a los que están en desventaja coincide con demandas, aspiraciones y necesidades que surgen de estos grupos y crea la posibilidad de convergencia y colaboración entre la sociedad y la acción institucional, favoreciendo con ello la ejecución y efectividad de las políticas públicas. Sin embargo, como decíamos, estas políticas compensatorias y redistributivas, este espíritu justiciero que acompaña a la política social, se ve contrarrestado por las políticas económicas y las tendencias que dicta el mercado. En este sentido, el concepto salud reproductiva que con tanta agilidad fue incorporado a los planes y programas más importantes del sector público, se impulsa a contracorriente, en medio de una reducción del gasto público y una estrategia global que en el balance favorece las tendencias empobrecedoras y que dificulta que la salud reproductiva sea un derecho efectivo para todos los mexicanos. Entonces, hacer realidad los derechos sexuales y reproductivos en un país como el nuestro, llevar a la práctica lo

acordado en El Cairo, representaba y sigue representando un gran reto para el gobierno, para la sociedad y para los organismos no gubernamentales empeñados en lograrlo, un reto que no se resolverá satisfactoriamente mientras no se modifiquen las políticas de desarrollo económico y la idea global de desarrollo.

### **El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000**

El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 (PSRYPF) retoma de El Cairo los elementos esenciales de su definición; así, en su introducción señala que:

“...el concepto integral de salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos. La salud reproductiva es la capacidad de todos los individuos y de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.”

En su diagnóstico, el PSRYPF reconoce que, pese a que la población ha crecido más lentamente en los últimos años, México todavía vive una etapa de “transición demográfica” marcada por los objetivos de alcanzar bajas tasas de fecundidad y conformar una pirámide de edad de base angosta. Plantea que la transición demográfica ha sido heterogénea y que algunos estados, regiones y sectores sociales, especialmente los rurales, se encuentran rezagados. En este sentido, se diferencia, al igual que el PND, de la CIPD, pues si en El Cairo se tuvo el cuidado de no plantear metas para reducir el crecimiento poblacional, en México se sigue ubicando como un reto prioritario.

En seguida, y también como parte del diagnóstico, señala que hay nuevas prioridades de atención a la salud, pues entre las

principales causas de muerte, las enfermedades infecciosas y parasitarias están dando paso a las crónicas degenerativas.<sup>45</sup> Finalmente, destaca el hecho de que a la demanda insatisfecha en salud sexual y reproductiva, se suma la necesidad de focalizar a grupos etarios antes poco atendidos, como los y las adolescentes y las mujeres en edad posreproductiva.

Los componentes contemplados en el PSRYPF cubren el conjunto de cuestiones que pueden incidir en la salud reproductiva y recogen las preocupaciones de El Cairo en este sentido. De hecho, el PSRYPF manifiesta explícitamente su adhesión al acuerdo internacional logrado en la CIPD en 1994.<sup>46</sup> Entre sus propósitos más relevantes se encuentran ampliar la cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva, específicamente la cobertura de planificación familiar; enfatizar las tareas de información, educación y comunicación en torno a ésta, con el fin de alentar la participación responsable de los varones, garantizar un consentimiento libre e informado, prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH-SIDA, y abordar otros aspectos de la salud reproductiva; el PSRYPF también se plantea prevenir y manejar las complicaciones del aborto y reforzar la información-consejería en anticoncepción posaborto; prevenir los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual en los y las adolescentes; priorizar a la población más vulnerable o necesitada, en especial la que habita en el medio rural y en el urbano marginado; dar atención a grupos que requieren programas específicos como los pueblos indios, los adultos mayores, la población adolescente; disminuir los índices de morbi-mortalidad materno infantil proporcionando atención en el parto y el puer-

---

<sup>45</sup> Esta afirmación es discutible, pues si bien en ciertos sectores de la población, especialmente en las capas medias urbanas, las tendencias señaladas pueden confirmarse, también es evidente que algunas enfermedades como el cólera y la tuberculosis están cobrando mayor importancia entre los sectores pobres de la población, especialmente los rurales.

<sup>46</sup> También se adhiere a los acuerdos tomados en la IV Conferencia Mundial de la Mujer realizada en Beijing en 1995 y a los de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, realizada en Nueva York en 1990.

perio a todas las mujeres embarazadas y mejorar su nutrición; fortalecer la orientación-consejería posevento obstétrico; reducir los riesgos preconceptionales; contribuir a la prevención, detección temprana y referencia de mujeres con carcinoma cérvico uterino y mamario e incorporar una «perspectiva de género» en todas las acciones.

La problemática de género se explicita y nombra por primera vez en los programas relacionados con salud sexual y reproductiva. El PSRYPF se propone incorporar la perspectiva de género en la normatividad y las actividades de educación, comunicación, prestación de servicios, investigación y evaluación en materia de salud reproductiva, con el fin de asegurar igualdad de oportunidades y relaciones equitativas entre los géneros “para contribuir a la emancipación y defensa de los derechos de las mujeres, particularmente los sexuales y reproductivos.” En este sentido también recoge un enfoque clave acordado en El Cairo. Indudablemente, el Grupo Interinstitucional que tuvo a su cargo la elaboración del PSRYPF incorporó ampliamente en el diagnóstico y los objetivos, los compromisos adquiridos en El Cairo, y si de ese discurso escrito dependiera la salud sexual y reproductiva de los mexicanos, indiscutiblemente estaríamos ante un panorama halagüeño.

Las metas del PSRYPF matizan la primera impresión, pues si bien se cuantifican las relacionadas por ejemplo con el acceso universal a información y servicios integrales de salud reproductiva para el año 2000, y se propone ampliar la cobertura del tamiz neonatal<sup>47</sup> al 50% de las/los recién nacidos, disminuir la mortalidad materna en un 50%, la causada por cáncer cérvico uterino en un 15%, y la anemia ferropriva en el 70% de las embarazadas con control prenatal, eliminar la mortalidad por tétanos neonatal, disminuir en un 30% las enfermedades de transmisión sexual, y todas estas metas tienden a mejorar la salud sexual y reproductiva y a disminuir los índices de morbimortalidad, algunas suenan poco

---

<sup>47</sup> Examen que se realiza al recién nacido entre las 48 horas y la segunda semana de vida para prevenir el retraso mental producido por hipotiroidismo congénito.

realistas, como la de garantizar el acceso universal a la información y a servicios integrales de salud reproductiva para el año 2000.<sup>48</sup> Ya decíamos que el concepto salud reproductiva multiplica las tareas institucionales que antes se centraban en planificación familiar y atención perinatal, y aun en estos componentes es dudoso que pueda alcanzarse una cobertura universal para el año 2000, pues los recursos financieros son menores y los retos parecen agrandarse en la misma medida en que crece la pobreza, por ejemplo el gasto en salud reproductiva se redujo en un 46% entre 1994 y 1996. Así, estas metas son muy alentadoras pero se asignan menos recursos y no se definen claramente las formas de alcanzarlas.

Ahora se ha integrado un amplio conjunto de servicios, y en muchos aspectos, los rezagos son enormes -como en salud de la mujer-, o los campos son nuevos -como la atención a adolescentes-, o los grupos obligan a investigar y a responder preguntas no resueltas -como los indígenas-. Aún hay mucho por hacer y aún hay mucho que aprender. Entonces, es plausible proponerse metas de este tipo, pero en el contexto económico, social y cultural que se desarrolla este Programa, resulta poco creíble que se alcancen para el año 2000.

Por otra parte, y en consonancia con el Programa Nacional de Población y el Plan Nacional de Desarrollo, el PSRYPF también expresa la tensión entre una política orientada a alcanzar la salud sexual y reproductiva y una política demográfica orientada a disminuir la tasa de crecimiento poblacional. Así, en el PSRYPF coexisten las metas de salud que acabamos de mencionar, junto con aquellas orientadas a reducir el crecimiento demográfico. Para el año 2000 se pretende incrementar la prevalencia de uso de anticonceptivos (de 64 a 70%, lo que implica sostener el porcentaje en las ciudades y aumentar de 44 a 57% en las áreas rurales), el número de usuarias/os (de 10 y medio millones a 12.6 en el 2000 y a 14.8 en el 2005), la cobertura

---

<sup>48</sup> Datos tomados de Poder Ejecutivo Federal, *Programa de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000*, Poder Ejecutivo Federal, 1995, pp. 13-14.

de anticoncepción posevento obstétrico (de 51 a 70%), el incremento de vasectomías sin bisturí (100%), la prevalencia de uso de anticonceptivos entre adolescentes que hayan iniciado su vida sexual (60%), la disminución de la fecundidad (de 2.9 a 2.4 hijos por mujer), y se ratifica la idea de postergar la edad de la madre al nacimiento del primer hijo, de ampliar el espacio intergenésico y de favorecer la terminación temprana de la fecundidad. Si realmente se pretende que las decisiones reproductivas sean tomadas libremente y conforme a derecho, que sea realidad el consentimiento informado y que se respeten los derechos sexuales y reproductivos de toda la población; entonces habría que enfatizar el diseño de estrategias relacionadas con la información, educación y comunicación, para propiciar un cambio de valores y la creación de una cultura demográfica, de modo que la reducción de la fecundidad obedezca a una convicción personal y social, y no a una estimación de metas que difícilmente se acoplan al ritmo de los cambios culturales y a la tendencia decreciente del gasto público en salud y en salud reproductiva.

Si además se sabe que los índices de fecundidad están en estrecha relación con el acceso de las mujeres a la educación y al mercado de trabajo; si se ha reconocido que en muchos casos las mujeres no deciden libremente sobre su sexualidad ni sobre su reproducción debido a que los valores culturales indican que Dios o el hombre mandan, y se sabe que muchos hombres se valoran a través de los embarazos de la mujer; si se reconocen todas estas cuestiones, entonces, la posibilidad de reducir el crecimiento poblacional debiera tener como estrategia un modelo de desarrollo que ofrezca mejores oportunidades de educación y empleo femeninos para que las mujeres finquen su autoestima en la realización personal a través del conocimiento y la actividad creadora o productiva. Esta estrategia debiera enfatizar programas orientados a propiciar un cambio cultural que no centre la valoración de hombres y mujeres en la maternidad. Todo ello implicaría un viraje en el modelo adoptado hasta hoy, pues las oportunidades de desarrollo se estrechan para una gran mayoría, especialmente para aquellos grupos vulnerables que intenta priorizar el PSR y PF.

Finalmente, habría que decir que, pese al propósito de alentar la incorporación responsable del varón en sus actividades sexuales y reproductivas, y a que en algunos aspectos se le menciona claramente, como en el de duplicar las vasectomías sin bisturí, o en las tareas de información hacia la población adolescente, aún parecen débiles y poco detalladas las acciones encaminadas a este propósito. Y de hecho, la perspectiva de género en lo que al varón se refiere, resulta reduccionista y enmarcada en una concepción que visualiza su aparato reproductor para controlarlo, y no a una persona con derechos, necesidades, deseos y problemas. En este sentido, para el PSRYPF es el cuerpo femenino o masculino, especialmente el aparato reproductor de ambos, el centro y objeto de atención, sobre todo el cuerpo de la mujer, que sigue siendo territorio privilegiado de políticas poblacionales y de los mayores problemas de la salud reproductiva.

### **La salud reproductiva en el Programa Nacional de Población 1995-2000**

El Programa Nacional de Población 1995-2000 (PNP)<sup>49</sup> se propone integrar y armonizar las políticas de población con los planes de desarrollo económico, social y ambiental; en él la salud reproductiva y el mejoramiento de la condición social de la mujer resultan piezas claves de las estrategias demográficas.

El Programa consta de dos grandes partes: la primera es un diagnóstico muy fino de la situación demográfica del país, las preferencias reproductivas y la anticoncepción, la distribución territorial de la población, la migración interna, la familia y condición social de la mujer; y la ubicación de retos prioritarios. En un segundo bloque se plantean los objetivos, estrategias, lineamientos y metas.

En la parte diagnóstica, se abordan de manera particularmente profunda y novedosa diferentes temas de la problemática poblacional; se aporta una visión muy articulada de alternativas y

---

<sup>49</sup> Poder Ejecutivo Federal, *Plan Nacional de Población 1995-2000*, Consejo Nacional de Población, México 1996.

se reconocen estrategias de solución multilaterales. Se manejan enfoques novedosos en el examen de la relación entre marginalidad-pobreza y alta fecundidad, en el tratamiento de la diversidad sociodemográfica étnica y cultural y la importancia de respetar las diferencias a la hora de planear políticas demográficas e inducir cambios; se aborda la problemática de la salud sexual y reproductiva con una visión amplia que se extiende a etapas no reproductivas, y se plantea la salud sexual desde el punto de vista de los derechos; también se reconocen las desigualdades entre hombres y mujeres. Esta riqueza de temas y enfoques para abordar los problemas, no se refleja sin embargo en las metas que se estrechan a la reducción de la fecundidad.

Mencionemos primero algunas ideas, posiciones y conclusiones del diagnóstico. En relación al desarrollo, el Programa afirma que para que la población participe justa y equitativamente de los beneficios de éste, se requieren acciones coordinadas en los ámbitos económico, educativo, cultural y de salud; y sobre la salud reproductiva se afirma que para reducir la mortalidad asociada a la fecundidad, se requiere que la población no solamente tenga acceso a servicios médicos y de planificación familiar, sino a la educación, alimentación y a satisfactores económicos básicos. Así, se reconoce que en la solución de ambas problemáticas, no basta implementar acciones puntuales sino estrategias integradoras.

Otro aspecto abundantemente tratado en el diagnóstico, es el de la interrelación entre pobreza, alta fecundidad, rezago escolar, desigualdades socioeconómicas en ingresos y oportunidades de empleo, particularmente en las zonas rurales e indígenas donde se documentan los índices más altos de morbimortalidad materno-infantil, y donde resaltan las deficiencias en la calidad y en el acceso a los servicios de salud y planificación familiar, donde por tanto el uso y prevalencia de métodos anticonceptivos es menor y hay mayor demanda insatisfecha. En esta parte el PNP subraya el papel de la educación de la mujer como herramienta central para "romper con el círculo de la transmisión intergeneracional de la pobreza, aumentando las posibilidades de que los hijos sean

libremente deseados".<sup>50</sup> Según el PNP el desafío no sólo consiste en ampliar las oportunidades escolares para las mujeres, sino también en una educación sexual integral.

En el PNP la educación, información y comunicación son condiciones básicas para regular la fecundidad, así, con el fin de que "las parejas puedan ejercer libre, responsable e informadamente el derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos"<sup>51</sup> deben estar convencidas de que pueden influir en su vida reproductiva, para lo que se requiere, en primer lugar, difundir el conocimiento sobre métodos anticonceptivos y enseguida, garantizar la provisión y el acceso a ellos y a los servicios de planificación familiar. Y como se prevee que en los próximos años habrá una alta proporción de mujeres en edad fértil (de 15 a 24 años), el reto, según el PNP, será el de impartir una educación sexual integral promoviendo el ejercicio responsable de la sexualidad y revirtiendo la tendencia al recurso de métodos anticonceptivos en etapas tardías.<sup>52</sup> Para ello las instituciones de salud deben ampliar la cobertura y la gama de métodos anticonceptivos, reforzar los reversibles entre parejas jóvenes, fortalecer la consejería y la difusión de los beneficios de una sexualidad responsable en este grupo, y finalmente atender la "demanda insatisfecha" particularmente en áreas rurales.

Otro tema que vale la pena destacar por la profusa documentación con que está analizado es el de la condición de la mujer: su creciente importancia en la actividad económica, su protagonismo como jefa de familia y generadora de ingresos, particularmente en las últimas décadas, en que más miembros de la familia han tenido que incorporarse a la vida productiva para sobrevivir a la crisis y las políticas de ajuste estructural. Así, se dice que en 1990 los núcleos encabezados por mujeres agrupaban a

---

<sup>50</sup> *Idem.* p. 15.

<sup>51</sup> *Idem.* p. 20.

<sup>52</sup> Los servicios de planificación familiar se han orientado principalmente a realizar OTB en el inmediato posparto, generalmente a mujeres con un elevado número de hijos. Entre 1985 y 1992 el 50% de las usuarias de OTB tenían cuatro hijos o más.

10 millones de personas, que el 80% de las unidades domésticas con un sólo jefe (1.7 millones de hogares), tenían jefa, pues estaban dirigidas por mujeres, y que más de la mitad tenían hijos menores de 15 años.<sup>53</sup> Sin embargo este protagonismo, ha generado pocos cambios en la condición social femenina tanto en el ámbito doméstico como en el público, y con frecuencia su incorporación al trabajo remunerado ha tendido a institucionalizar la doble jornada, e incluso a ser fuente de violencia familiar. Así pues, su mayor participación laboral no se traduce necesariamente en "un mejoramiento de su condición social" como sugiere en parte este Programa, ni en un estímulo automático para reducir la fecundidad. Pero sin duda es plausible la afirmación de que si se quiere que las políticas de población contribuyan al desarrollo y bienestar de las personas deben reconocer la situación actual de la familia y plantearse no solamente mejorar la condición de la mujer, sino lograr su participación plena y efectiva en situación de equidad, igualdad y responsabilidad compartida con el varón,<sup>54</sup> en el campo de la educación, el trabajo, en el acceso a recursos productivos y en los sistemas de prevención y seguridad social.

---

<sup>53</sup> En 1992 uno de cada tres hogares recibió ingresos de cuando menos una mujer, en uno de cada seis el ingreso principal provino de ella, y en uno de cada diez fue la única aportadora. Con frecuencia su creciente participación en la actividad económica se asocia al trabajo informal, por cuenta propia y donde no hay prestaciones sociales, o en labores mal pagadas y en condiciones desfavorables.

<sup>54</sup> En este rubro se proponen veintidós líneas de acción entre las que destacan reformas legislativas para hacer efectiva la previsión igualitaria del Artículo Cuarto Constitucional; prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, promoviendo reformas al Código Penal; estimular responsabilidad compartida del trabajo doméstico y extradoméstico en un marco de equidad; sensibilizar a la población para que la incorporación de la mujer a la actividad económica no institucionalice la doble jornada; medidas para que la mujer permanezca en la escuela y que los contenidos educativos promuevan la equidad de género; impulsar programas de combate a la pobreza con una perspectiva de género, acceso equitativo de la mujer al trabajo, a los recursos financieros, a la capacitación, etc., en condiciones de igualdad con el varón; asegurar acceso de la mujer a servicios de salud en todas las etapas de su vida, redoblando esfuerzos en zonas rurales, dispersas y aisladas; combatir ideas y prácticas que confinan a la mujer al ámbito de la reproducción, el trabajo doméstico y las labores de baja productividad; campañas permanentes de revaloración de la imagen de la mujer y de la necesidad de la igualdad, etcétera.

También es objetivo explícito del PNP el fortalecimiento de la autonomía femenina y de su capacidad de tomar decisiones, igual que "propiciar su participación en condiciones de igualdad con el varón." Como aspiración, esta parte del discurso del PNP parece apearse a las formulaciones de El Cairo, pero se manejan otras posiciones en el mismo documento muy lejanas a la mencionada, que hablan de reforzar el papel de la mujer como madre y núcleo de la familia. En un análisis de este Programa, Ivonne Szasz<sup>55</sup> plantea que no hay una posición definida al respecto: "hay afirmaciones que destacan los beneficios que un mejoramiento en la escolaridad, la salud o la inserción laboral de las mujeres puede tener para la familia. Otras se refieren a la preservación de 'nuestros valores, costumbres y tradiciones' (sin considerar que las desigualdades de género son parte de esas tradiciones). Estas afirmaciones buscan reforzar el papel de reproductora de la mujer".<sup>56</sup>

En cuanto a la salud reproductiva, el PNP plantea un enfoque integral que supone "el reconocimiento de toda persona no sólo a regular su fecundidad segura y efectivamente, sino a tener y criar hijos saludables, comprender y disfrutar su propia sexualidad, así como a ejercerla responsablemente y sin temor a las enfermedades de transmisión sexual".<sup>57</sup> Todo ello resulta prioritario en la generación de una nueva cultura demográfica. En este enfoque la salud reproductiva incorpora aspectos antes abordados de manera aislada,<sup>58</sup> se extiende a las etapas previas y posteriores al periodo reproductivo, incluye educación sobre sexualidad, regulación de la fecundidad, y cuidado de la salud; y «fomenta condiciones propicias al ejercicio pleno, responsable e informado de los

---

<sup>55</sup> Profesora-investigadora del Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México.

<sup>56</sup> Ivonne Szasz, "La mujer en el Programa Nacional de Población 1995-2000: Salud reproductiva, situación social, participación económica, educación y comunicación", Ponencia presentada en el Centro Tepoztlán, en la Reunión sobre el Programa Nacional de Población 1995-2000 y sus implicaciones. Documento en prensa.

<sup>57</sup> Programa Nacional de Población 1995-2000, p. 29.

<sup>58</sup> Tales como la planificación familiar, la salud materno-infantil, las ETS, así como la infertilidad y esterilidad.

derechos reproductivos y de salud de los individuos y las parejas». <sup>59</sup> Finalmente incorpora una perspectiva de género: "que hombres y mujeres participen en las decisiones asociadas con la reproducción y crianza de los hijos en condiciones de igualdad y equidad, con responsabilidades y obligaciones compartidas." <sup>60</sup> Aunque esta perspectiva se torna ambigua en la parte propositiva, sí pareciera quererse plantear desde un enfoque de género no solamente la salud reproductiva, sino cuando se valora el papel de la mujer en la familia, en la sociedad y como sujeto del desarrollo. Por desgracia se queda en el espíritu de las aspiraciones o declaraciones de principio.

El desarrollo de una cultura demográfica es otro objetivo central. La educación, información y comunicación son los principales medios para inducir cambios en la mentalidad y el comportamiento sexual y reproductivo de los individuos y las parejas, encaminados a promover nuevos valores e ideales. Concientizar, convencer, informar y difundir los derechos sexuales y de procreación para un ejercicio pleno y responsable de los mismos, son las premisas del cambio demográfico. Cambio que en principio tiene una naturaleza cultural, libre de las presiones y urgencias de los planificadores demográficos, y sustentado por tanto en la decisión informada y voluntaria de mujeres y hombres. Esto recuerda ideas de la CIPD, pero como señala Szasz, en el documento existe una tensión entre la necesidad de inducir cambios de 'mentalidad' y la de 'respetar tradiciones, valores y costumbres', que en muchos casos, apuntalan desigualdades entre hombres y mujeres, forzan matrimonios a una edad temprana, procreación numerosa, etcétera.

Con todo y sus ambigüedades, hasta aquí el PNP propone enfoques y planteamientos cercanos al Programa de Acción de El Cairo. Sin embargo, a la hora de visualizar escenarios futuros y plantearse metas, la riqueza y apertura del diagnóstico se desdi-

---

<sup>59</sup> Programa Nacional de Población 1995-2000 p. 29.

<sup>60</sup> *Idem.*

bujan y quedan como marco general de la imperiosa necesidad de reducir el crecimiento natural de la población (alcanzar una tasa de crecimiento natural del 1.75% en el año 2000 y del 1.45% en el 2005), lo que supone disminuir la fecundidad ampliando la cobertura de métodos anticonceptivos particularmente entre grupos etarios y sectores socioeconómicos donde las políticas de planificación familiar han tenido menor impacto.<sup>61</sup> Como las metas son cuantitativas y se reducen a la disminución de la fecundidad, no se proponen metas de este tipo -argumenta Szasz- "en la distribución espacial de la población, en el abatimiento de las desigualdades hombre-mujer, en el elevamiento de la calidad de los servicios, en el mejoramiento de la consejería e información, en el ofrecimiento de una gama más amplia de métodos, en la integración de servicios de anticoncepción con los de prevención de enfermedades de transmisión sexual, en el tratamiento de la infertilidad. Y como el interés es bajar el número de nacimientos por mujer, las metas se dirigen únicamente a mujeres unidas en edad fértil, dejando fuera al grupo de jóvenes solteras, de jóvenes que inician su vida sexual, que optan por iniciar o no una práctica anticonceptiva, de las que deciden sobre la edad de su primera unión o embarazo. Este grupo, prioritario en el diagnóstico queda fuera del alcance de las metas... y por supuesto se excluye también la participación del varón en la anticoncepción. Además, en la prestación misma de los servicios anticonceptivos seguirán privilegiándose métodos modernos, de alta efectividad en la prevención del embarazo y de alta continuidad en el uso (OTB, DIU) que escapan al control y acción directa de la mujer. La vasectomía, que podría responder también a estos métodos, queda descartada de las metas."<sup>62</sup> Y por supuesto queda fuera el condón, tan efectivo en la prevención de ETS.

---

<sup>61</sup> Reducir la fecundidad a 2.4 hijos por mujer en el 2000 y a 2.1 en el 2005, ampliando la cobertura de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil a 70.2% en el 2000 y a 73.3% en el 2005, sosteniendo una cobertura en áreas urbanas del 70% y elevarla en zonas rurales, manteniendo una tasa de crecimiento medio anual de aceptantes del 4% entre 1994 y 2000.

<sup>62</sup> Ivonne Szasz, *op.cit.*

Tampoco se menciona ninguna meta que integre la prestación de servicios de anticoncepción y prevención de enfermedades de transmisión sexual, ni sobre prevención del VIH-SIDA, de las ETS y los métodos de barrera, "de hecho, el Programa no señala ninguna medida concreta que los integre y que resuelva la tensión entre metas demográficas y metas de prevención de ETS".<sup>63</sup>

En las metas, además de las ausencias mencionadas, parece claro que el cuerpo femenino sigue siendo el objeto de las políticas de regulación y planificación familiar; y en cambio la idea de la mujer como sujeto con derechos, autonomía, bienestar y capacidad de disfrute sexual al margen de la reproducción, presente en la primera parte del documento, queda en un plano discursivo y lejano de las aplicaciones prácticas. El hombre es otro gran ausente a la hora de fijarse alcances cuantitativos.

Creemos que, como señala Szasz "el Programa sería más coherente con las aspiraciones formuladas en su propio diagnóstico, si las metas se formularan en términos del número de usuarias satisfechas, de nuevos usuarios varones, de incorporación de jóvenes a los servicios, de diversidad de métodos administrados, y de integración de metas anticonceptivas con metas de nuevos aceptantes de prevención de ETS".<sup>64</sup>

Sin embargo podría pensarse que no es extraño que las metas de un Programa Nacional de Población, sean demográficas, y que se prevea "una transición... donde el país experimente una progresiva disminución de su población".<sup>65</sup> Lo que no está claro en tales previsiones es que este logro sea resultado de una «nueva cultura demográfica», o dicho de otro modo, que la regulación poblacional pueda ser producto y esté basada en el ejercicio informado y pleno de los derechos sexuales y de procreación de mujeres y hombres, ¿cómo medir o evaluar este logro si no es un propósito expresamente planteado en las metas? Y es que este Programa igual que el Plan Nacional de Desarrollo

---

<sup>63</sup> *Idem.*

<sup>64</sup> *Idem.*

<sup>65</sup> *Programa Nacional de Población 1995-2000*, p. 65.

y que el Programa Nacional de Salud Reproductiva, identifican el rápido crecimiento demográfico con la expansión de la pobreza, por eso se asegura en el PNP que "existe una sinergia entre las acciones encaminadas a combatir la pobreza con las orientadas a reducir el crecimiento poblacional".<sup>66</sup> Romper el círculo de la pobreza, implica en pocas palabras y en el esquema más simplista, disminuir el número de pobres, y de ningún modo criticar al modelo de desarrollo económico que lo propicia. Sin duda ésta es la lógica que sustenta los imperativos demográficos del Programa.

En resumen, el PNP aporta un diagnóstico muy profundo de la situación demográfica del país y planteamientos novedosos sobre la salud reproductiva, el mejoramiento de la condición de la mujer, y sobre la educación, comunicación e información como condiciones básicas en la gestación de una nueva conciencia y culturas demográficas.

El Programa identifica y documenta ampliamente las relaciones entre rezago demográfico y pobreza, y entre fecundidad, educación e inserción laboral de la mujer, constatando que el descenso de la fecundidad ocurre primero entre los sectores más integrados al desarrollo (población urbana, con escolaridad, empleo, ingresos, acceso a servicios de salud, etc.). También plantea un enfoque integral de la salud sexual y reproductiva extendiéndose a las etapas no procreativas, y proponiendo la integración de los servicios de salud relativos a la anticoncepción y prevención de ETS. A partir del reconocimiento de la desigualdad entre hombres y mujeres, el PNP incorpora una perspectiva de género en el examen de la situación femenina en lo familiar, lo social y en la salud reproductiva, y aunque hay afirmaciones acerca de fortalecer a la mujer como sujeto con derechos, autonomía y capacidad de decisión, se hacen otras en el sentido de reforzar su condición como reproductora. Finalmente el Programa se propone desarrollar una cultura demográfica e inducir cambios en la mentalidad de la po-

---

<sup>66</sup> *Idem.* p. 50.

blación mediante procesos educativos e informativos, lejanos a la compulsión por reducir el crecimiento poblacional.

Sin embargo, estas aspiraciones no se reflejan en las metas cuantitativas, donde predomina la de disminuir la fecundidad particularmente entre mujeres unidas en edad fértil, excluyéndose a otros grupos etarios y al varón. Para lograrlo, los métodos anticonceptivos se reducen a los femeninos de alta efectividad (OTB y DIU), no aparece la vasectomía, ni por supuesto, el condón; tampoco se especifican metas sobre la dotación conjunta de servicios de anticoncepción y prevención de ETS. Finalmente se imponen los imperativos demográficos (bajar las tasas de crecimiento poblacional) y la interpretación, compartida con otros Programas como el Nacional de Desarrollo y el de Salud Reproductiva, de que romper el círculo de la pobreza implica reducir el número de pobres, por la vía de reducir la fecundidad.

### **La salud reproductiva en el Programa Nacional de la Mujer 1995-2000**

El Programa Nacional de la Mujer (PRONAM), parte de un diagnóstico en el que aborda once temas que afectan a las mexicanas.<sup>67</sup> El segundo apartado de este amplio diagnóstico se refiere a la salud de la mujer. Allí encontramos varios puntos de convergencia con los análisis de El Cairo como el reconocer que no hay igualdad para hombres y mujeres en el acceso a los servicios de salud y que esto genera una demanda insatisfecha de niñas, adolescentes, mujeres adultas y de la tercera edad de diversos sectores sociales, pero especialmente de los más pobres y marginados. Asocia a la desigualdad de género y a la pobreza los problemas femeninos de salud reproductiva y sexual y de salud en general. Así, la desnutrición que se agudiza con «la menstruación, el embarazo y la

---

<sup>67</sup> Estos temas son: 1) La población femenina, 2) Educación de la mujer, 3) Salud de la mujer, 4) Participación económica de la mujer, 5) La carga de la pobreza para la mujer, 6) Mujer rural y mujer indígena, 7) Mujer joven y mujer de la tercera edad, 8) Mujer y familia, 9) Violencia contra la mujer, 10) Imagen femenina en los medios de comunicación, y 11) Participación de las mujeres en la toma de decisiones.

lactancia»; la dificultad para conseguir empleo, los bajos ingresos y la doble jornada de la mujer que trabaja; los bajos niveles de escolaridad; el ser residente del medio rural; la deficiente cobertura de los servicios preventivos y curativos de salud y de planificación familiar que propician embarazos no deseados o riesgosos o altos índices de cáncer cérvico uterino y de mama; la violencia contra las mujeres y la pérdida de autoestima que ésta genera, son señalados como elementos importantes del diagnóstico.

Las estrategias del PRONAM se orientan a incidir en todas las instituciones, programas y políticas que tienen que ver con la mujer. En este plano, se propone incorporar la perspectiva de género en el proceso legislativo, la planeación, la normatividad, el diseño y la ejecución de políticas públicas; promover la coordinación y concertación con otras instituciones para resolver los retos, así como dar seguimiento y evaluar los programas y acciones que tienen que ver con la mujer.

Varios de los doce "Retos prioritarios"<sup>68</sup> y de las "Líneas programáticas"<sup>69</sup> del PRONAM apuntarían a la búsqueda de la salud reproductiva y de la igualdad genérica, pero ubica como su segundo reto el "Garantizar el acceso de las mujeres a servicios integrales de salud" y como su segunda prioridad el "Cuidado de la salud". De allí se desprende la propuesta de ampliar y facilitar el acceso a los servicios en condiciones de calidad que respondan a demandas y necesidades de distintas etapas del ciclo vital femenino, de acuerdo a su condición social y su ubicación geográfica. Se

<sup>68</sup> Los retos prioritarios del PRONAM son: 1) Superar rezagos educativos y mejorar las oportunidades de educación de las mujeres, 2) Garantizar el acceso de las mujeres a los servicios integrales de salud, 3) Fortalecer las capacidades de las mujeres y promover su participación en todos los niveles y ámbitos de decisión, 4) Defender y proteger los derechos de las mujeres, 5) Prevenir y eliminar la violencia contra las mujeres, 6) Combatir la pobreza que aqueja a las mujeres, 7) Apoyar a las mujeres trabajadoras, 8) Proteger los derechos de las trabajadoras asalariadas, 9) Apoyar el desarrollo de micro y pequeñas empresas, 10) Propiciar una distribución más equitativa de las tareas y responsabilidades domésticas y extradomésticas entre hombres y mujeres, 11) Reconocer y valorar la contribución del trabajo no remunerado de las mujeres para la economía y el bienestar de la familia, y 12) Propiciar la eliminación de imágenes estereotipadas de la mujer.

<sup>69</sup> Son nueve las líneas programáticas: 1) Educación, 2) Cuidado de la salud, 3) Atención a la pobreza, 4) Mujer trabajadora, 5) Fomento productivo, 6) Mujer y familia, 7) Derechos de la mujer y participación en la toma de decisiones, 8) Combate a la violencia, y 9) Imagen de la mujer.

dice que estos servicios deben estar basados en un enfoque integral, incluido el acceso a la medicina preventiva, nutrición, planificación familiar y salud reproductiva, así como programas de educación, consejería e información en la materia.

Las acciones prioritarias del PRONAM incluyen una amplia gama de aspectos, todos encaminados a lograr la igualdad y la equidad entre los géneros en distintos planos de la vida social, desde el ámbito familiar hasta la esfera de la política formal. En cuanto a salud reproductiva y en concordancia con los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo, propone asegurar el acceso de la población femenina a un Paquete de Servicios Básicos de Salud, que incluye servicios integrales y de calidad en materia de medicina preventiva, nutrición y salud reproductiva, acompañados de acciones de comunicación educativa y social.

El "Cuidado de la salud" incluye básicamente salud reproductiva y sexual y retoma los acuerdos más importantes de El Cairo y del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, pues abarca todas las fases del ciclo vital femenino y todos los aspectos de la salud de las mujeres, focalizando a los grupos o sectores sociales y etarios con mayores rezagos o necesidades, como los residentes de zonas rurales, de concentración indígena y urbano-marginados. Así, la planificación familiar libre e informada se establece como un derecho de las parejas y este propósito se acompaña de asegurar información, orientación y consejería y el acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos, así como de promover que "los hombres asuman su responsabilidad en las decisiones y prácticas relativas al comportamiento sexual y reproductivo". La maternidad sin riesgos y la nutrición para gestantes y lactantes de bajos ingresos y la atención al recién nacido son otras de las prioridades del PRONAM. Prevenir, detectar y atender el cáncer cérvico uterino y de mama; normar los servicios a parejas en riesgo preconcepcional o infértiles y la salud en el climaterio y la posmenopausia; prevenir y atender enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA, procurar la capacitación de prestadores de servicios de salud y de maestros en cuanto a salud sexual y reproductiva con un enfoque de género;

promover la participación comunitaria y de organismos de la sociedad civil en el cuidado de la salud y en la formulación, seguimiento y evaluación de los servicios; todas éstas aparecen como acciones prioritarias del PRONAM.

En términos generales, el PRONAM recoge importantes elementos del diagnóstico y los lineamientos del PSRYPF del PNP y del PND, pero también marca algunas diferencias, pues enfatiza las desigualdades de género en todos los aspectos, la perspectiva de género está presente en su análisis y en sus propuestas como un eje central. Otra de las diferencias notables entre este Programa y los anteriores, es que no asume como meta la reducción de las tasas de fecundidad, por lo mismo, no internaliza la tensión entre la política poblacional y la política de salud orientada al bienestar de las mujeres. De hecho, opta decididamente por el segundo objetivo, y en ese sentido se inscribe más claramente en una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos y en la posibilidad de que las decisiones reproductivas sean tomadas con total libertad. Por su enfoque y prioridades, y por el hecho de no fijarse metas demográficas, este Programa parece más apegado al espíritu de El Cairo.

## V. El Financiamiento Público Para Salud Reproductiva

### Precisiones e imprecisiones

**C**iertamente, pese a sus omisiones y tensiones, la incorporación del concepto salud reproductiva en planes y programas importantes del sector público creó expectativas alentadoras. Un segundo plano de análisis obliga a revisar las acciones que se desarrollaron a partir de la planeación, entre ellas, la asignación de recursos públicos reviste especial importancia, pues la instrumentación de los planes exigía más recursos, no sólo por los compromisos gubernamentales adquiridos en El Cairo, sino por la ampliación de las acciones en torno a la salud reproductiva.

Las líneas de acción orientadas a la salud reproductiva cubren un amplio espectro y, como dijimos, no están circunscritas al

mundo médico ni al sector salud, sino que comprenden muchas otras actividades de diversas instituciones públicas. La dificultad para encontrar información precisa sobre los gastos que comprende el conjunto de tareas relacionadas con salud reproductiva es muy grande, pues no sólo se hallan dispersos, sino diluidos en otro tipo de gastos de diversas instituciones, de modo que no es fácil separar o estimar lo propio de la salud reproductiva en rubros donde se mezclan varios gastos.<sup>70</sup> Estas dificultades nos impiden estimar con precisión las erogaciones públicas en esta área de la salud, de hecho, el gasto que en adelante queda consignado como "gasto en salud reproductiva" es sin duda menor que el gasto real ejercido por el sector público en ella, pero es una aproximación importante que de todas formas indica la tendencia de los recursos financieros en el rubro, somos conscientes de que una estimación más precisa requiere de mayor información y búsqueda.

Hemos centrado nuestro análisis en cuatro rubros importantes que realiza el sector salud y cuya evolución puede ser comparada antes y después de El Cairo, pues desde antes de 1994 estaban registrados como tales, éstos son: planificación familiar, atención materno infantil, consulta ginecobstétrica y egresos hospitalarios ginecobstétricos. Tanto planificación familiar como salud materno infantil son centrales en la atención de la salud reproductiva y aparecen como rubros específicos en las cuentas del sector salud; en cambio, la consulta y los egresos hospitalarios ginecobstétricos, se

---

<sup>70</sup> Algunos de los gastos sobre los que no tenemos información precisa son por ejemplo los realizados por el Programa para Adolescentes, que en principio dependería del gasto en Planificación Familiar; tampoco tenemos la estimación del gasto realizado en torno a enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA; los que tienen que ver con prevención y detección de neoplasias del tracto reproductor de la mujer, en los que se incluye el cáncer cérvico uterino y mamario; y los gastos relacionados con la atención del climaterio y la menopausia. Tampoco nos ha sido posible estimar lo gastado específicamente en capacitación y en información, educación y comunicación. Otros gastos realizados por programas e instituciones que no pertenecen al sector salud también resultan difíciles de cuantificar, por ejemplo la parte que Progresá destina a apoyar programas de salud reproductiva al colaborar a la capacitación de auxiliares de salud, o bien los realizados por la Secretaría de Educación Pública que ha incluido importantes temas de salud sexual y reproductiva en libros de texto gratuitos, o el Instituto Nacional Indigenista que ha contribuido también en algunos programas específicos.

han tenido que calcular aplicando a los gastos de la "consulta externa general" y de "egresos hospitalarios generales", el porcentaje de consulta y hospitalización ginecobstétricos.<sup>71</sup> Con el fin de comparar la evolución real en la asignación de recursos financieros, hemos deflactado todas las cifras a pesos de 1993, tomando el índice implícito del PIB (producto interno bruto), base 1993, registrado en el *Sistema de Cuentas Nacionales*, que publicó el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en 1996.

### **Gasto público, social, en salud y en salud reproductiva**

Los números indican que entre 1993 y 1996, el gasto en salud reproductiva ha sido duramente castigado, pues disminuyó de 3 mil 486.6 millones a 2 mil 339.9 millones de pesos, es decir, en un 33%. Este castigo está vinculado a la reducción del gasto real destinado a salud, que ha sufrido un desplome aun más severo, pues cayó en un 37% en el mismo periodo. La contracción de los gastos en salud no coincide con la tendencia del gasto público y del gasto social, pues aunque en 1995 ambos se redujeron (6% y 3% respectivamente) como producto de la crisis financiera desatada a fines de año anterior, en 1996, los dos habían recuperado los niveles de 1993 (ver cuadro 2).

---

<sup>71</sup> El aplicar a los rubros generales un porcentaje simple de lo que corresponde a consulta y hospitalización ginecobstetrica, ofrece aún varias imprecisiones, sobre todo en el caso de la hospitalización, pues se ha aplicado un gasto medio a todos los egresos hospitalarios y esto sin duda puede tener desviaciones. Creemos que una estimación real debiera considerar el costo medio de un parto, que es el egreso hospitalario ginecobstétrico más común.

## Cuadro 2

Gastos público, social, en salud y en salud reproductiva.\* 1993-1996  
(Millones de pesos de 1993)

Año	Gasto Público	Variación respecto a 1993	Gasto Social	Variación respecto a 1993	Gasto en Salud	Variación respecto a 1993	Gasto en Salud Reprod.	Variación respecto a 1993
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
1993	206,897.2	100.00	107,043.1	100.00	42,444.3	100.00	3,486.6	100.00
1994	230,360.6	101.11	118,777.8	110.96	45,722.2	107.72	3,945.3	113.15
1995	194,523.5	94.01	103,841.7	97.00	27,260.3	64.22	3,539.1	101.50
1996	208,608.8	100.82	108,307.7	101.18	26,988.5	63.58	2,339.9	67.11

\*El gasto en salud reproductiva incluye planificación familiar, salud materno infantil, consulta externa ginecobstétrica y hospitalización ginecobstétrica. El gasto aquí registrado incluye a IMSS, ISSSTE, Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Petróleos Mexicanos (PEMEX), SSA, IMSS-SO, DARDAD y Departamento del Distrito Federal (DDF), es decir, a todas las instituciones que se ubican dentro del sector salud.

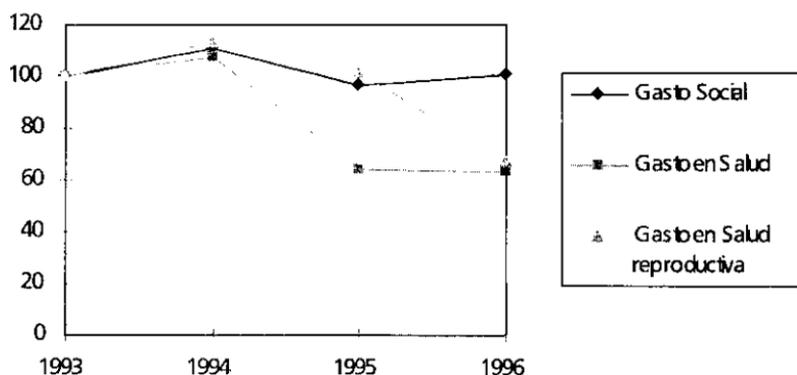
Fuente: elaboración propia con base en datos de *El ingreso y el gasto público en México (1995). Carpeta de egresos de la Federación (1990-1998). Anexo estadístico del Cuarto Informe de Gobierno (1998). Boletín de información estadística de la SSA (1993-1996)*

Ciertamente el hecho de que el gasto público y el social de 1996 alcancen apenas el nivel de 1993 significa un estancamiento y la imposibilidad de cubrir las necesidades asociadas al simple crecimiento de la población, pero hay que considerar que había rezagos y sectores que requerían de mayor atención; también es bueno recordar que después de 1994 se agudizaron las condiciones de pobreza para millones de mexicanos, por lo que elevar los gastos público y social era insoslayable. En este sentido, el problema se tornó más dramático, pues a los viejos pendientes sociales se añadieron los que surgieron o se agravaron en los últimos años. Es evidente que si el estancamiento de los gastos público y social eran preocupantes, la severa contracción de los gastos en salud y salud reproductiva era francamente alarmante, pues si en 1993 no alcanzaban para atender a todos los mexicanos ni todos los problemas de salud, en 1996, con más población y más pobreza, era necesario ampliar el monto de pesos destinados a atender a una población más vulnerable y con mayores dificultades para

autofinanciar sus gastos de salud. Pero los recursos monetarios del sector público se redujeron (ver gráfica 1).

Gráfica 1

Variación relativa del Gasto Social, en Salud  
y en Salud Reproductiva. 1993-1996  
(1993= 100%)



Que la salud ha sido castigada es indudable, pues no sólo cayó más que los gastos público y social, sino que en el periodo 1993-1997 perdió poco más del 15% de los fondos públicos que tenía en 1993; se quedó atrás de algunos otros rubros como el destinado a educación que se elevó en un 30% entre 1993 y 1997; y definitivamente lejos de otros que fueron favorecidos con decisión, como "seguridad nacional" que en ese mismo periodo se incrementó en un 57% en términos reales (ver cuadro 3 y gráfica 2).

Otros datos también confirman que ha decrecido la importancia que el sector público ha dado a la salud reproductiva en el terreno financiero, pues si en 1993 sus recursos representaban el 1.68% del total del gasto público y el 3.26% del gasto social, cuatro años más tarde, en 1996, estas proporciones disminuyeron al 1.12% y al 2.16%, respectivamente, mientras el gasto social se mantenía en el orden del 50% (ver cuadro 4).

### Cuadro 3

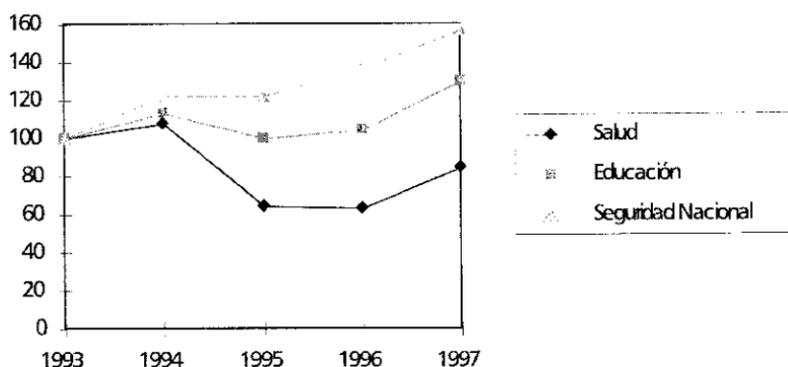
Evolución del gasto en salud, educación y seguridad nacional. 1993-1997  
(Miles de millones de pesos de 1993)

Año	Gasto en Salud	Variación respecto a 1993	Gasto en Educación	Variación respecto a 1993	Gasto en Seguridad Nacional	Variación respecto a 1993
	\$	%	\$	%	\$	%
1993	42,444.3	100.00	45,660.1	100.00	9,850.4	100.00
1994	45,722.2	107.72	51,787.6	113.42	12,023.6	122.06
1995	27,260.3	64.23	45,678.5	100.04	12,069.3	122.53
1996	26,988.5	63.59	47,927.0	104.96	13,479.4	136.84
1997	35,979.6	84.77	59,488.2	130.28	15,481.7	157.17

Fuente: elaboración propia con base en datos de *El ingreso y el gasto público en México (1995)*. Carpeta de egresos de la Federación (1990-1998). Anexo estadístico del Cuarto Informe de Gobierno (1998).

### Gráfica 2

Evolución relativa del Gasto en Salud, Educación y Seguridad Nacional (1993=100%)  
(1993=100%)



El único que tuvo una caída más drástica, fue precisamente el gasto en salud, cuyo desplome permitió que, pese a que los recursos reales destinados a salud reproductiva fueran menores (ver cuadro 2), su participación en el rubro salud se mantuviera casi constante

e incluso de 1994 a 1995 se elevara del 8.62% al 12.98% (ver cuadro 4). Lo cual indica que pese a las restricciones presupuestales, al interior del sector salud se ha intentado conservar cuando menos el monto real de recursos de la salud reproductiva.

#### Cuadro 4

Participación del gasto social en el gasto público,  
del gasto en salud en el gasto público y social y del gasto en salud  
reproductiva\* en el gasto público, social y en salud. 1993-1996.  
(Porcentajes estimados con base en millones de pesos de 1993)

Año	Gasto Público	G. Social/ G. Público	G. Salud/ G. Público	G. Salud/ Social	G. Salud Reprod/ G. Público	G. Salud Reprod/ G. Social	G. Salud Reprod/ G. Salud
	%	%	%	%	%	%	%
1993	100	51.71	22.27	39.65	1.68	3.26	8.21
1994	100	51.56	21.36	38.49	1.71	3.32	8.62
1995	100	53.38	22.58	26.25	1.82	3.41	12.98
1996	100	51.92	21.40	24.91	1.12	2.16	8.66
Prom.	100	52.14	21.90	32.32	1.58	3.03	9.61

\*El gasto en salud reproductiva incluye planificación familiar, salud materno infantil, consulta externa ginecobstétrica y hospitalización ginecobstétrica. El gasto aquí registrado incluye a IMSS, ISSSTE, Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Petróleos Mexicanos (PEMEX), SSA, IMSS-SOLIDARIDAD y Departamento del Distrito Federal (DDF), es decir, a todas las instituciones que se ubican dentro del sector salud.

Fuente: elaboración propia con base en datos de *El ingreso y el gasto público en México (1995)*. *Carpeta de egresos de la Federación (1990-1998)*. *Anexo estadístico del Cuarto Informe de Gobierno (1998)*. *Boletín de información estadística de la SSA (1993-1996)*.

Paradójicamente, el recorte real del gasto en salud reproductiva y sexual ha coincidido con un ensanchamiento de sus programas, líneas de acción y actividades. Parecería que la posibilidad de ampliar las actividades y áreas de trabajo no sólo depende del monto de los recursos sino de la forma en que se ejercen, de las prioridades que se establecen, de la racionalización del trabajo de los prestadores de servicios, de la relación de colaboración con las comunidades y ONG y de la coordinación institucional. El hacer más eficiente el uso de los fondos públicos no significa que su

aumento sea innecesario, por el contrario, además de un uso racional y eficiente se requiere una asignación mayor para atender áreas débiles, grupos sin acceso a servicios y para mejorar la calidad de éstos.

### **Recursos y programas**

En cuanto al destino que se ha dado a estos recursos podemos señalar lo siguiente: el gasto más voluminoso corresponde a Hospitalización Ginecobstétrica, que en promedio ha concentrado poco más de tres cuartas partes (76.67%) de los recursos totales destinados a salud reproductiva en el cuatrienio 1993-1996 (ver cuadro 5). Aunque en este rubro se incluyen todos los gastos generados por problemas ginecobstétricos (salpingoclasias, histerectomías, atención a cáncer cérvico uterino y de mama que requieran hospitalización, complicaciones por aborto), según la opinión de algunas médicas, es previsible que la mayor proporción corresponda a partos. Conforme al monto de sus recursos, el segundo programa en importancia es el de Salud Materno Infantil, que en promedio gasta la décima parte (10.31%) del total destinado a salud reproductiva en este cuatrienio. El tercer programa en importancia es Planificación Familiar cuya participación promedio en el periodo es de 7.61%; y finalmente, la consulta externa ginecobstétrica cuyo gasto promedio absorbe el 5.40% del total. Cabe señalar que en 1996 hubo una redistribución de las proporciones destinadas a cada programa, así, el gasto en Hospitalización Ginecobstétrica bajó poco más del 10% (de 81.06 a 70.26%), mientras Planificación Familiar se elevaba en 4 puntos porcentuales, y Salud Materno Infantil y Consulta Ginecobstétrica lo hacían en 3 puntos porcentuales aproximadamente (ver cuadro 5 y gráfica 3).

Pero estas fluctuaciones en la distribución porcentual no son más que una manera de ver el problema, otra nos remite a la evolución del presupuesto que se asigna a cada programa, y allí no hay de otra, pues si el gasto real en salud reproductiva ha tendido a disminuir, su caída se expresa en el conjunto de programas que la componen. Así, si en

## Cuadro 5

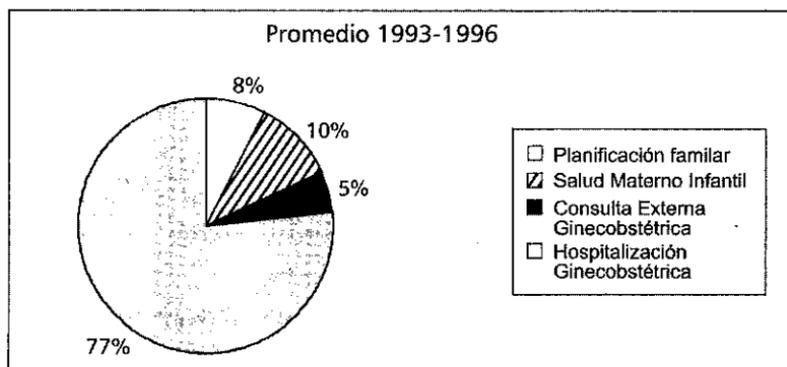
### Participación absoluta y relativa del gasto en salud reproductiva. Total y por programa\* 1993-1996 (Millones de pesos de 1993)

Año	Planificación Familiar		Salud Materno Infantil		Consulta Externa Ginecobstétrica		Hospitalización Ginecobstétrica		Salud Reproductiva Total	
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
1993	267.9	7.68	338.2	9.70	171.3	4.91	2,709.2	77.70	3,486.6	100.00
1994	308.8	7.83	383.5	9.72	188.6	4.78	3,064.4	77.67	3,945.3	100.00
1995	193.6	5.47	318.0	8.99	158.7	4.48	2,868.8	81.06	3,539.1	100.00
1996	221.7	9.47	300.4	12.84	173.8	7.43	1,644.1	70.26	2,339.9	100.00
Prom.	248.0	7.61	335.0	10.31	173.1	5.4	2,571.6	76.67	3,327.7	100.00

\* Planificación Familiar y Salud materno Infantil son programas específicos del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. La consulta externa y la hospitalización ginecobstétrica no tienen programas específicos, sino que aparecen diluidos en los gastos de los programas de "Consulta Externa General" y "Egresos Hospitalarios". Aquí se ha aplicado al gasto en estos programas el porcentaje de consultas y egresos hospitalarios ginecobstétricos. Fuente: elaboración propia con base en datos de el *Boletín de información estadística 1993-1996* de la Ssa.

## Gráfica 3

### Participación relativa de los programas en el gasto en Salud Reproductiva.



1994, como resultado de un aumento real del presupuesto global de salud reproductiva todos los programas elevaron su gasto más o menos en la misma proporción (13%), en 1995, cuando este gasto regresó a los niveles de 1993, todos los programas se redujeron, aunque el más castigado fue Planificación Familiar, que perdió un 43% de los recursos con que contó en 1994. En 1996, cuando el presupuesto de salud reproductiva llegó a sus niveles más bajos (67% de lo que tenía en 1993) la contracción más fuerte se sintió en Hospitalización Ginecobstétrica que apenas alcanzó el 60% de los recursos disponibles en 1993. Salud Materno Infantil también redujo su presupuesto real en un 12% con respecto a 1993. Planificación Familiar se recuperó levemente (de un 72 a un 82%) aunque no alcanzó los recursos financieros reales del año 93 (ver cuadro 6).

## Cuadro 6

Evolución del gasto en salud reproductiva con respecto a 1993.  
Total y por programa\*  
(Millones de pesos de 1993)

Año	Planificación Familiar		Salud Materno Infantil		Consulta Externa Ginecobstétrica		Hospitalización Ginecobstétrica		Salud Reproductiva Total	
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
1993	267.9	100.00	338.2	100.00	171.3	100.00	2,709.2	100.00	3,486.6	100.00
1994	308.8	115.00	383.5	113.40	188.6	110.10	3,064.4	113.10	3,945.3	113.00
1995	193.6	72.00	318.0	94.00	158.7	92.70	2,868.8	105.90	3,539.1	101.50
1996	221.7	82.70	300.4	88.80	173.8	101.50	1,644.1	60.70	2,339.9	67.00

\* Planificación Familiar y Salud materno Infantil son programas específicos del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. La consulta externa y la hospitalización ginecobstétrica no tienen programas específicos, sino que aparecen diluidos en los gastos de los programas de "Consulta Externa General" y "Egresos Hospitalarios". Aquí se ha aplicado al gasto en estos programas el porcentaje de consultas y egresos hospitalarios ginecobstétricos.

Fuente: elaboración propia con base en datos de el *Boletín de información estadística 1993-1996* de la Ssa.

La reducción del gasto ejercido en cada programa se agrava por otras circunstancias, por ejemplo, a partir de 1995, los recursos de Planificación Familiar fueron compartidos por el recién creado Programa para Adolescentes y por el programa experimental dirigido a

indígenas, así que la reducción real del gasto en Planificación Familiar fue mayor a lo registrado por las cifras y evidentemente insuficiente para los tres programas. El retroceso presupuestal en Consulta y Hospitalización Ginecobstétricas se dio al mismo tiempo en que se detectaba un mayor número de casos de cáncer cérvico uterino, por tanto, su atención exigía ampliar los recursos financieros en estos renglones. La drástica reducción del gasto en Hospitalización Ginecobstétrica que, inferimos, se destina mayoritariamente a “partos”, no responde a una drástica caída de la natalidad. Consecuentemente, un número creciente de mujeres habrán tenido que recurrir a parteras tradicionales, cuyo trabajo y escasa retribución costean en parte los recortes del gasto en estos renglones; pero también se sabe que en la Secretaría de Salud el costo de estos servicios se ha elevado, por lo que son las usuarias quienes compensan con su propio gasto los recortes presupuestales en los programas.

### **Recursos, instituciones y población**

Las tres instituciones más importantes del sector salud, debían cubrir al 82% de la población nacional que potencialmente necesita de servicios (ver cuadro 7), y atienden realmente al 75% de la población que accede a ellos (ver cuadro 8). Es decir, este trío atiende a tres cuartas partes de la población usuaria del país. Sin duda es el Instituto Mexicano del Seguro Social el más importante en cobertura, pues absorbe a casi el 39% del total de usuarios;<sup>72</sup> le sigue la Secretaría de Salud con cerca de un 27%; y finalmente el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, el ISSSTE, con un 10.2% del total de la población usuaria. La labor de estas tres instituciones incide en la salud de más de 47 millones de mexicanos.

El gasto que estas instituciones realizan por cada usuario es desigual y definitivamente desventajoso para la población abier-

---

<sup>72</sup> En 1999, se reporta que el IMSS atiende al 55% de la población del país, entre asegurados, pensionados y jornaleros agrícolas, aunque la estimación parece exagerada. Ver Kraus, Arnoldo, “IMSS: grandes números, grandes preguntas”, en *La Jornada*, 10 de marzo de 1999, p. 8.

## Cuadro 7

### Distribución absoluta y relativa de la población potencial\* por institución 1993-1996 (Millones de personas)

Año	IMSS		ISSSTE		Ssa		Total Nal.		Total Institucional**	
	#	%	#	%	#	%	#	%	%	%
1993	36.738	40.9	8.919	9.9	27.926	31.1	89.742	100.00	81.9	
1994	36.554	40.5	9.102	10.1	28.632	31.7	90.277	100.00	82.3	
1995	34.324	38.2	9.246	10.3	29.859	33.2	89.803	100.00	81.7	
1996	37.261	39.2	9.312	9.8	31.412	33.1	94.962	100.00	82.1	
Promed	36.219	39.7	9.145	10.0	29.457	32.3	91.196	100.00	82.0	

\* En IMSS e ISSSTE es población derechohabiente, en Ssa es población no derechohabiente que potencialmente puede acudir a estas instituciones.

\*\* Es el porcentaje de la población potencial nacional cubierta por las tres instituciones.

Fuente: elaboración propia con base en datos de *Boletín de Información Estadística de la Secretaría de Salud (1993-1996)*.

## Cuadro 8

### Distribución absoluta y relativa de la población usuaria\* por institución 1993-1996 (Millones de personas)

Año	IMSS		ISSSTE		Ssa		Total Nal.		Total Institucional**	
	# de usuarios	%	%	%						
1993	24.043	40.0	6.369	10.6	15.471	25.7	60.147	100.00	76.3	
1994	24.044	39.4	6.575	10.8	15.777	25.8	61.081	100.00	76.0	
1995	24.233	38.5	5.886	9.3	17.411	27.6	62.991	100.00	75.4	
1996	24.123	37.1	6.645	10.2	17.979	27.7	64.951	100.00	75.0	
Promed	24.110	38.8	6.369	10.2	16.660	26.7	62.293	100.00	75.7	

\* Población que usa los servicios que prestan estas instituciones

\*\*Es el porcentaje de la población usuaria nacional cubierta por las tres instituciones.

Fuente: elaboración propia con base en datos de el *Boletín de Información Estadística de la Secretaría de Salud (1993-1996)*.

ta, así por ejemplo, en 1994, el presupuesto por cada usuario derechohabiente fue de 786 pesos mientras que por cada "nadahabiente" fue de sólo 218 pesos, es decir, menos de la ter-

cera parte. Las polaridades son aún más marcadas si comparamos el presupuesto por usuario entre la población abierta que atiende IMSS SOLIDARIDAD (127 pesos) y los derechohabientes de PEMEX (2,594 pesos).<sup>73</sup>

Los recursos financieros que reciben estas instituciones y que están destinados a salud reproductiva, sólo guardan una proporción adecuada e incluso ligeramente mayor a su cobertura en el IMSS, donde para el 38.8% de la población usuaria se canaliza el 42.16% de los fondos públicos totales destinados a este fin. Le sigue el ISSSTE, que atiende al 10.2% de los usuarios y gasta el 2.4% de los recursos de la salud reproductiva, es decir, la cuarta parte de lo que le correspondería si el reparto de recursos públicos fuera proporcional a la cobertura institucional. Finalmente, la Ssa gasta el 5.08 de los fondos públicos destinados a salud reproductiva y cubre al 26.7% de los usuarios. En otras palabras, la Ssa recibe recursos en una proporción cinco veces menor a su cobertura. La diferencia es abismal (ver cuadros 9 y 10 y gráfica 4).

## Cuadro 9

Distribución absoluta y relativa del gasto en salud reproductiva a nivel institucional  
(Millones de pesos de 1993)

Año	IMSS		ISSSTE		Ssa		Total Nacional	
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
1993	1,545.129	44.32	93.331	2.68	167.016	4.79	3,486.569	100.00
1994	1,635.012	41.44	131.653	3.34	204.165	5.17	3,945.315	100.00
1995	1,378.913	38.96	55.007	1.55	121.802	3.44	3,539.066	100.00
1996	1,027.448	43.91	47.599	2.03	161.345	6.90	2,339.940	100.00
Prom %		42.16		2.40		5.08		100.00

Fuente: elaboración propia con base en datos del *Boletín de Información Estadística de la Secretaría de Salud (1993-1996)*.

<sup>73</sup> División de Estudios Económicos y Sociales, *México social. 1996-1998. Estadísticas seleccionadas*. México, Grupo Financiero Banamex-Accival, 1998.

## Cuadro 10

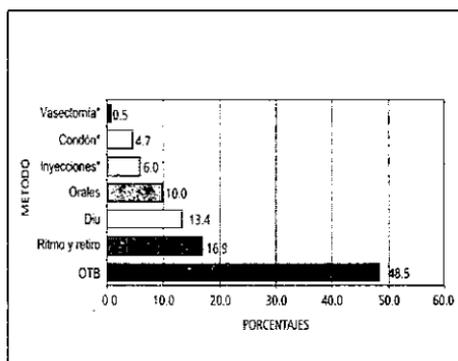
Distribución relativa de la población usuaria y del gasto en salud reproductiva a nivel institucional (Porcentajes)

Año	IMSS		ISSSTE		Ssa		Total Nacional	
	Población Usuaria	Gasto en Salud Reprod.						
	%	%	%	%	%	%	%	%
1993	40.0	44.32	10.6	2.68	25.7	4.79	100.00	100.00
1994	39.4	41.44	10.8	3.34	25.8	5.17	100.00	100.00
1995	38.5	38.96	9.3	1.55	27.6	3.44	100.00	100.00
1996	37.1	43.91	10.2	2.03	27.7	6.90	100.00	100.00
Prom %	38.8	42.16	10.2	2.40	26.7	5.08	100.00	100.00

Fuente: elaboración propia con base en datos del *Boletín de Información Estadística de la Secretaría de Salud (1993-1996)*.

## Gráfica 4

Distribución relativa de la población usuaria y del gasto en Salud Reproductiva por institución. (Porcentajes promedio 1993-1996)



Aunque el ISSSTE dispone de una proporción menor de recursos en relación a la proporción de población que atiende, es la Ssa la institución más castigada en provisión de recursos financieros para salud reproductiva, y no es cualquier cosa, pues proporciona

servicios a más de 16 y medio millones de habitantes, mientras el ISSSTE atiende a poco más de 6 millones de pobladores. Además es previsible que una parte de la población no atendida por el ISSSTE en salud reproductiva, recurra a la medicina privada para satisfacer sus necesidades, en cambio, la población abierta que atiende Ssa es precisamente aquella que no tiene empleo regular y formal o que definitivamente no tiene empleo, lo que hace suponer que difícilmente podrá acceder a servicios privados de calidad. Una de las maneras de suplir la carencia de recursos públicos en la Ssa, ha sido depositar en los y las usuarias una parte creciente del costo de los servicios y, aunque su precio es mucho menor que en el sector privado, no hay que olvidar que lo pagan los pobladores marginados del campo y la ciudad.

La manifiesta desproporción en la distribución de fondos públicos y la cobertura institucional afecta sin duda la calidad del servicio que proporcionan las instituciones con menores fondos, pero también echa por tierra la orientación redistributiva y la decisión de priorizar a los grupos más vulnerables, marginados, pobres, etc., que se declara en el Plan Nacional de Desarrollo, y en los programas de población, de la mujer y de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000.

Mención especial merece el trabajo realizado por IMSS SOLIDARIDAD, cuyos servicios se orientan precisamente a los pobres de los pobres, es decir, al sector rural más alejado y disperso, el que se encuentra en la extrema pobreza; pues aunque la atención curativa que proporciona es primaria, y más bien prioriza una gran cantidad de tareas preventivas y de capacitación de auxiliares o promotores de salud, en 1996 su presupuesto global representaba el 3.8% de gasto total del sector salud y atendía al 17% de toda la población, es decir a más de 11 millones de habitantes (ver cuadro 11). Evidentemente, este grupo social carece de recursos propios para costear los servicios de la medicina privada, pero también sufre los problemas más agudos y graves de salud, en él se concentran los rezagos y los más altos índices de desnutrición y de morbi-mortalidad materno infantil.

## Cuadro 11

### Población usuaria y gasto en salud del IMSS SOLIDARIDAD (Millones de personas)

Año	Población Usuaria		Gasto en Salud	
	#	%	%	%
1993	10.454	17.4		2.0
1994	10.319	16.9		2.2
1995	10.540	16.7		3.3
1996	10.039	17.0		3.8

Fuente: elaboración propia con base en datos de el *Boletín de Información Estadística de la Secretaría de Salud, 1993-1996*.

Aunque es claro que el presupuesto asignado al IMSS SOLIDARIDAD tiende a elevarse, también es evidente que está muy lejos de ser un monto suficiente para su población objetivo. Pese a ello, se dice que en los últimos cuatro años, a través del IMSS-SOL se han incorporado 5 millones 388 mil mexicanos y se espera cubrir un universo aproximado de 3 millones de trabajadores eventuales.<sup>74</sup> Estas cifras suenan poco creíbles, pues al mismo tiempo, se reconoce que en 1999 el Programa de Educación Salud y Alimentación, dejará de atender a la mitad de la población que vive en la extrema pobreza: 13 millones de mexicanos de un total de 26 estimados oficialmente,<sup>75</sup> precisamente parte de los que pretende cubrir el IMSS-SOL. En este sentido, parece obvio que sin el aporte - casi gratuito de los promotores y servidores voluntarios de las comunidades- en trabajo, recursos, conocimientos y organización, el programa IMSS SOLIDARIDAD prácticamente no podría operar.

### Los nuevos escenarios financieros

En 1998 y 1999, los fondos públicos han sufrido nuevos recortes, pues una parte importante proviene de la exportación petrolera y los precios del crudo cayeron a niveles bajísimos en 1998. Así,

<sup>74</sup> *Idem*.

<sup>75</sup> Enciso, Angélica, "Excluidos del Progreso 13 millones de pobres", en *La Jornada*, 2 de marzo de 1999, p. 60.

como resultado de esta contracción, el gasto social de 1999 representa el 7.8 del PIB, la proporción más baja desde 1992, lo cual significará, entre otras cosas, que la población beneficiada por la política social se reducirá de 70 a 26 millones de personas. Es decir, se borran de un plumazo 44 millones de pobres moderados y se focaliza el gasto social a la atención exclusiva de la pobreza extrema, segmento que dudosamente la recibirá, pues -como mencionamos- el Progreso declaró que dejará de atender al 50% de los 26 millones de pobres extremos.<sup>76</sup>

La caída del gasto público también ha afectado al sector salud, que en conjunto sufrirá un recorte presupuestal de 1,856 millones de pesos, aplicado de la siguiente manera: 1,693 millones menos al IMSS, 97 millones menos al ISSSTE y 66 millones menos a la SSA. Una vez más se observa que las prioridades son otras, pues el recorte al gasto militar será de casi una vigésima parte (101 millones de pesos) del monto restado a la salud.<sup>77</sup>

La dramática situación de los pobres no parece amortiguarse ni a través del gasto social ni con sus propios recursos, pues un informe secreto del Banco Mundial reporta que 83% de la población trabajadora mexicana ha sufrido una reducción en su ingreso real y que su consumo total disminuirá cuando menos hasta el año 2000.<sup>78</sup>

Es remota la posibilidad de avanzar significativamente en el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva, pues el abatir rezagos sociales y atender necesidades básicas será más difícil en el presente y en el futuro inmediato, dado que se dispone de menos recursos financieros y se multiplica la población que vive en condiciones de pobreza.

Pese a ello, no hay que olvidar que en años recientes ha habido una contracción del gasto en salud y en salud reproductiva y

---

<sup>76</sup> Cuéllar, Mireya, "En 1999, el menor gasto social en ocho años", en *La Jornada*, 10 de enero de 1999, p. 11. Citando un estudio de la Comisión de Desarrollo Social de la Cámara de Diputados.

<sup>77</sup> Saavedra, Jorge, "La salud pública y el recorte del presupuesto", en *Suplemento mensual Letra S*, en *La Jornada*, 7 de enero de 1999.

<sup>78</sup> Cason, Jim y David Brooks, "BM: se desplomó el ingreso de 83% de mexicanos en 10 años", en *La Jornada*, 17 de octubre de 1998, p. 1.

que de todas formas se ha ampliado el espectro de acciones relacionadas con estas áreas; lo que indica que no sólo importa el cuánto, sino el cómo se utilizan los recursos financieros. Hoy, ampliar los montos asignados a salud reproductiva y sexual es insoslayable, pero el disponer de escasos fondos públicos obliga a redefinir prioridades, por ejemplo, priorizar salud en vez de gasto militar, también exige racionalizar el uso del presupuesto asignado a salud y a salud sexual y reproductiva, de modo que con menos se haga más, y que se beneficie realmente a los grupos de población más vulnerables.

## VI. El Proceso Institucional<sup>79</sup>

### La Dirección General de Salud Reproductiva

#### Funciones y estructura

**E**n diciembre de 1994, cuando apenas iniciaba la administración zedillista, se tomó la decisión de crear una nueva dependencia dentro del sector salud: la Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR), precisamente con el fin de asumir los retos institucionales que implicaba la adopción del concepto y el impulso de una política pública de salud reproductiva. Y no fue fácil, pues las Direcciones Generales de Planificación Familiar y de Atención Materno Infantil, que tenían una larga experiencia y operaban con relativa autonomía, tuvieron que integrarse y sujetarse a nuevas estructuras organizativas y nuevos mandos. La posterior constitución del Grupo Interinstitucional, en febrero de 1995 y la formulación del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 (PSRYPF), obligaron a las antiguas instancias a repensar su práctica y a asumir nuevas tareas y enfo-

---

<sup>79</sup> Este apartado recoge parcialmente la experiencia de la Dirección General de Salud Reproductiva y sus áreas, del IMSS, del IMSS SOLIDARIDAD y del DIF, en el impulso institucional de la salud sexual y reproductiva después de El Cairo, apuntando dificultades y avances. Fue elaborado con base en documentos y entrevistas a directores de área y funcionarios médicos de departamentos normativos. También se incorporan puntos de vista de algunos prestadores de servicios. Estamos conscientes de que un balance más profundo y completo debiera incluir la percepción de las y los usuarios y las opiniones de un mayor número de prestadores de servicios y trabajadores de la salud.

ques. De hecho, el nombre mismo del nuevo programa expresa la resistencia de las antiguas direcciones a asimilarse a otra perspectiva, decir "salud reproductiva y planificación familiar es un pleonasma",<sup>80</sup> pues la primera incluye a la segunda, pero la segunda no quería disolverse o perder identidad ni en el nombre. A la vez, la asunción del nuevo concepto fue valorada positivamente por muchos prestadores de servicios, pues «dedicarse a planificación familiar era como un castigo, como un trabajo para médicos de segunda, ahora, con la integración de la salud de la mujer, de la atención al cáncer cérvico uterino... adquirió algo así como otra categoría».<sup>81</sup>

Problemas de distinta naturaleza también tuvieron que salvarse: se requerían cambios legislativos pues no estaba reconocida la nueva Dirección en la estructura de Ssa, de hecho, fue hasta 1997 cuando se logró el nombramiento formal del Director General, cuando se admitió en las cámaras, se modificó el reglamento y se incorporó el término salud reproductiva. Pese a la tardanza, señala su Director, fue rápido, había voluntad política para hacer el cambio.<sup>82</sup> La atención confidencial a adolescentes también exigió cambios legislativos, se tuvo que modificar la Ley General de Salud para que ésto fuera posible.<sup>83</sup>

La nueva Dirección tiene funciones de planeación, de hecho quedó como cabeza de sector en el Grupo Interinstitucional que elaboró el PSRYPF y tiene un carácter normativo, es decir, a partir de las políticas establecidas en el PSRYPF, elabora las normas oficiales que guiarán las acciones del sector salud en torno a cada uno de los componentes de la salud reproductiva. También está encargada de vigilar que se cumplan. "Todos los compromisos de El Cairo en cuanto

---

<sup>80</sup> Había resistencia y oposición inicial, hubo grupos en contra de ampliar los horizontes de la planificación familiar, dentro y fuera de las instituciones, entre otras cosas porque los recursos para planificación familiar tendrían que "estirarse" para atender a los adolescentes, la salud de la mujer, etc. Entrevista al Dr. Gregorio Pérez Palacios, Director de la Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR), 24 de noviembre de 1998.

<sup>81</sup> Entrevista al Doctor Josué Garza, Director del Área de Planificación Familiar de la DGSR, 25 de noviembre de 1998.

<sup>82</sup> Entrevista al Dr. Pérez Palacios.

<sup>83</sup> Entrevista a la Lic. Yolanda Varela, Directora de Sistemas Gerenciales de la DGSR, 25 de noviembre de 1998.

a salud reproductiva debían reflejarse en la emisión de normas y la adaptación de políticas. La normatividad es importante para regular y orientar la actividad de todo el sector salud.<sup>84</sup>

En cuanto a su función normativa, la DGSR partió de algunos antecedentes: la Norma Oficial Mexicana Para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente y la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, ambas emitidas en 1994, poco antes de la creación de la DGSR; pero también elaboró otras nuevas: la Norma Oficial Mexicana Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, emitida en 1995; y la Norma Oficial Mexicana Para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino, dada a conocer el 6 de marzo de 1998. Estas funciones aún no terminan, pues están en proceso de elaboración las normas relacionadas con el cáncer de mama, la atención a la pareja infértil y la atención al climaterio y la posmenopausia.

La DGSR se estructuró en cuatro áreas: Planificación Familiar, Salud Perinatal, Salud de la Mujer y Sistemas Gerenciales. Las áreas definen políticas, certifican, vigilan, capacitan, elaboran materiales y evalúan las acciones en torno a la salud reproductiva.<sup>85</sup>

En el área de Planificación Familiar se concentraron las actividades relacionadas con información, consejería y orientación sobre métodos anticonceptivos, así como aquellas encaminadas a ampliar la cobertura de planificación familiar. Todo ello tendiente a garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Aquí se integró el programa de investigación en áreas indígenas y el de Salud Sexual y Reproductiva Para Adolescentes. Aunque éste atraviesa todas las áreas, se consideró más pertinente asociarlo a las actividades de planificación familiar.

En el área de Salud Perinatal, que incluye atención al embarazo, parto y puerperio, así como atención a menores de cinco

---

<sup>84</sup> *Idem.*

<sup>85</sup> Entrevista al Dr. Garza.

años, quedó integrado el Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre y el Programa de Reanimación Neonatal.

En el área de Salud de la Mujer, se concentraron las acciones relacionadas con cáncer cérvico uterino y de mama, la atención del climaterio y la posmenopausia, así como la atención de los problemas de infertilidad. En esta área se ubicó la cuestión de género, aún cuando se tenía conciencia de que atraviesa todos los componentes. También aquí se ubicó lo relacionado con información, educación y comunicación, que obviamente permeaba al conjunto de las áreas.

Finalmente, en el área de Sistemas Gerenciales se concentra aquello que tiene que ver con sistemas de información, programación, evaluación y capacitación, tiene una función de apoyo a todas las áreas.

### **Difusión del concepto**

La primera tarea que enfrentó la DGR fue difundir el concepto salud reproductiva entre el personal del sector salud y entre los usuarios. El desafío era grande, dice el Director: "Establecimos un programa integral de comunicación educativa y social. Buscamos una imagen visual, un logo para que la gente asociara la salud reproductiva con una imagen. Usamos medios de todo tipo, prensa, radio, televisión, folletos, trípticos, rotafolios, conferencias y medios electrónicos. Cuidamos que imágenes y mensajes fueran reproducidos. Ha sido un proceso largo e intenso y hemos recibido mucho apoyo de los medios y de las áreas de comunicación social de todas las instituciones."<sup>86</sup> Se han diseñado carteles sobre derechos reproductivos que están en los consultorios, a la vista de usuarios y prestadores de servicios. Desde hace cuatro años, en octubre se celebra la «Semana de la salud reproductiva» para difundir el concepto y para brindar servicios. En 1997, la estampilla del servicio postal se dedicó a salud sexual y reproductiva de la población adolescente.<sup>87</sup> El saldo ha sido positivo, dicen los direc-

---

<sup>86</sup> Entrevista al Dr. Pérez Palacios.

<sup>87</sup> Consejo Nacional de Población, *III Informe de avances del Programa Nacional de Población 1995-2000*, México, CONAPO, 1998.

tivos de la DGSR, pues ahora el concepto está en el discurso oficial y hasta en el discurso eclesiástico, en las cámaras legislativas, en las escuelas, etc. y la gente lo asocia cuando menos con alguno de sus componentes. La tarea no ha terminado, pero el avance ha sido sustancial, reconocen los directivos.

La difusión entre los y las usuarias se apoyó en muchos medios, pero se requería también que el prestador de servicios estuviera informado del concepto y lo asumiera prácticamente. La información y capacitación proporcionada por la DGSR se unió estrechamente a los objetivos y acciones que demandaban las diversas áreas. Después de 1994, ésta ha sido otra de las preocupaciones de la DGSR, pues, dice su Director General, tenían que incorporar nuevos componentes como salud de la mujer, especialmente lo relacionado con cáncer cérvico uterino y mamario y estaban priorizando a sectores poco atendidos, como la población adolescente, los indígenas, los pobladores de comunidades rurales dispersas y los habitantes de zonas urbanas marginadas; todos ellos ofrecían nuevos retos porque requieren servicios específicos no totalmente experimentados en la SSA, pero también porque constituyen el grueso de los diez millones que no tenían acceso a los servicios de salud, y su atención implicaba ampliar la cobertura; a todo ello había que incorporar la perspectiva de género y fortalecer la idea de calidad.<sup>88</sup>

### **Planificación familiar**

En algunas áreas, como Planificación Familiar, se han incrementado los cursos en información y consejería para apuntalar la libre decisión. Los directivos señalan que el consentimiento informado era y sigue siendo un objetivo, en el expediente clínico debe quedar registrado que el usuario, generalmente usuaria, acepta el método anticonceptivo, en algunas instituciones como el IMSS el consentimiento queda avalado por la firma del usuario, en SSA la firma sólo se solicita cuando se trata de métodos definitivos. El Director del área de Planificación Familiar explica que esta peculiaridad de la SSA obedece a

---

<sup>88</sup> Entrevista al Dr. Pérez Palacios.

que "cuando al mexicano le piden que firme, sospecha de algo malo, si el nivel educativo es bajo, la cosa es peor. Entonces pensamos que se puede omitir la firma pero no la información ni la consejería."<sup>89</sup> Pese a estas declaraciones, parece ser que el derecho a la información y a la libre decisión no están garantizados, por ejemplo, recientemente se han hecho denuncias públicas en diversos estados del país, pues en algunos municipios o localidades rurales pobres, se estaba condicionando la entrega de despensas del Progreso a la aceptación de salpingoclasias y de vasectomías.<sup>90</sup> Si tradicionalmente estos recursos se han empleado para el clientelismo político, ahora son base de una especie de clientelismo antinatalista.

Hay estados, señala el Director del área, sobre todo los del norte, que ofrecen mejores condiciones y cobertura en planificación familiar; en cambio, en el sur hay fuertes rezagos. En esta área, un desafío muy importante es la incorporación del varón. No ha sido fácil, dice el directivo, aunque se intenta involucrar en las acciones de planificación familiar aún falta mucho por hacer. Contra todos los pronósticos, señala, la vasectomía sin bisturí ha tenido muy buena aceptación, pero aún es muy baja la proporción de usuarios si se le compara con las usuarias de métodos anticonceptivos. La idea de que el varón se responsabilice de sus actividades sexuales y reproductivas es aún un reto pues la planificación familiar sigue teniendo en las mujeres a su sujeto privilegiado y mayoritario.

---

<sup>89</sup> Entrevista al Dr. Garza y a la Lic. Varela.

<sup>90</sup> "Por medio de engaños, amenazas de quitarles las becas del Progreso y promesas de dinero, zapatos y despensas, médicos y técnicos de los servicios estatales de salud obligan a hombres y mujeres mixtecos y tlapanecos... a dejarse esterilizar mediante operaciones de vasectomía o salpingoclasia", en "Mediante engaños y amenazas esterilizan a indígenas en Guerrero", en *La Jornada, /El Sur*, citado en *La Jornada*, 4 de mayo de 1999, p. 60 y 37. Aún cuando el Consejo Estatal de Población de Guerrero dijo desconocer las denuncias y se prometió investigar al respecto, una conocida reportera del estado de Guerrero, aclaró públicamente que el 1 de octubre de 1998, el Director General Operativo de los Servicios Estatales de Salud recibió actas de asamblea de cuatro comunidades donde se denunciaba la esterilización de 17 hombres mediante presiones y promesas de dinero y subsidios a la alimentación, carta de Maribel Gutiérrez en "El correo ilustrado" de *La Jornada*, 6 de mayo de 1999, p. 2.

La diversificación de métodos anticonceptivos adecuados a las condiciones y necesidades de las usuarias también se ha trabajado. Por ejemplo, dice el Director General: "Se ha tenido un éxito rotundo con un anticonceptivo inyectable mensual. A los mexicanos nos gustan las inyecciones, se tiene la idea de que si no duele no cura. Los inyectables antiguos producían amenorrea (suspensión o disminución de la regla), entonces trabajamos con la Organización Mundial de la Salud para producir la *Mesigina* y el *Cyclofem*, que no suspenden la regla, con ello se ha incrementado mucho la demanda."<sup>91</sup> También en esta línea, en un futuro próximo se espera adoptar la anticoncepción de emergencia<sup>92</sup> no sólo como método primario, sino como método secundario, útil por ejemplo en casos de violación.<sup>93</sup>

Aunque la gama de métodos anticonceptivos es amplia y se están haciendo esfuerzos por diversificarla, uno de los señalamientos críticos más recurrentes se refiere al hecho de que se promueve prioritariamente el uso de métodos definitivos, especialmente la salpingoclasia, o de métodos que garantizan el control del prestador de servicios sobre el cuerpo femenino, como el DIU; en cambio, los métodos de barrera, especialmente el condón, es poco promovido pese a que fomenta la participación responsable del varón y de que ayuda a prevenir no sólo embarazos no deseados sino también enfermedades de transmisión sexual y el virus del papiloma humano. Esta práctica tiene que ver con la prioridad del sector salud de reducir los índices de fecundidad (que garantizan mejor los métodos definitivos) antes que mejorar la salud reproductiva y que fomentar el consentimiento informado y la participación responsable del varón.

---

<sup>91</sup> El éxito de estos nuevos anticonceptivos ha permitido que México los exporte a Los Angeles y muchos otros países quieren adquirirlos. Entrevista al Dr. Pérez Palacios.

<sup>92</sup> Consiste en tomar dosis de pastillas anticonceptivas en las siguientes 72 horas después del coito y en cualquier momento del ciclo menstrual. Esta medida puede detener la liberación de óvulos (si se toma antes de la ovulación), o impedir la fecundación o la implantación en el endometrio.

<sup>93</sup> Entrevista al Dr. Garza y a la Lic. Varela.

Los esfuerzos por ampliar la cobertura de planificación familiar aún no permiten cubrir la demanda insatisfecha y, según los directivos del área, los retos se acrecientan pues debido a una reducción real del presupuesto, se prevé que en 1999, será difícil adquirir insumos y sólo podrá comprarse la mitad de los anticonceptivos con que contaron en 1998. La plazas están congeladas desde hace mucho y no sólo se ha deteriorado la calidad de vida del usuario sino la del médico, esto afecta sus tareas. A veces faltan recursos para cumplir bien las funciones, faltan viáticos para la supervisión, o recursos para la capacitación.<sup>94</sup>

### Salud Perinatal

En el área de salud perinatal se han desarrollado diversas acciones y estrategias para mejorar la salud de la madre y el niño y disminuir los índices de morbilidad y mortalidad. Algunas de ellas también tratan de involucrar más al varón, por ejemplo, la estrategia de "madres canguro" (cargar pegado al pecho al prematuro con bajo peso pero sin complicaciones, en lugar de usar incubadora), que favorece la salud y la relación afectiva con el bebé,<sup>95</sup> se extiende también al "padre canguro". La «Libreta de salud materno infantil»,<sup>96</sup> que apenas está a prueba entre la población rural de dos estados y que tiene como objetivo fomentar cuando menos cuatro controles del embarazo, integra al varón, se incluye al padre hasta en la imagen, en la portada de la Libreta, enfatiza el Director de Salud Perinatal. Uno de los obstáculos para intensificar la consulta prenatal es la falta de información de las usuarias, no

---

<sup>94</sup> *Idem.*

<sup>95</sup> La experiencia fue desarrollada inicialmente en Colombia, actualmente se está impulsando en veinte hospitales de México. Entrevista al Doctor Angel Catalán Ojeda, Director de Normatividad y Asistencia Técnica en Salud Perinatal de la DGS; al Doctor Gustavo A. Von Schmeling Gan Subdirector de Atención Perinatal, y al Doctor Adrián G. Delgado Lara, Subdirector, 25 de noviembre de 1998.

<sup>96</sup> La "Libreta de salud materno infantil" forma parte de una estrategia de salud en el medio rural. Se ha rescatado la experiencia previa de la cartilla de vacunación y se experimenta en Veracruz y Guerrero, apoyándose en consultorios de atención primaria, en promotores y auxiliares de salud, para que la embarazada lleve un control más frecuente y para que identifique datos de alarma Entrevista al Dr. Catalán Ojeda, et. al.

hay una cultura del autocuidado femenino, así que las embarazadas acuden casi siempre en el último trimestre, son prácticamente consultas preparto. Ante este problema, informan los directivos de Salud Perinatal, se han hecho campañas de maternidad sin riesgo; también se está capacitando y sensibilizando al prestador de servicios para que proporcione una atención con calidad y calidez, de modo que el buen trato aliente a la mujer a ir y a regresar a sus consultas. Todas estas acciones implican capacitación del prestador de servicios, sea para adquirir conocimientos técnicos, sea para enfatizar o adoptar nuevos enfoques y conceptos, entre otros, la calidad y calidez, o la sustitución del binomio madre-hijo, por el trinomio madre-padre-hijo. «Hay que erradicar la idea de que el varón sólo es proveedor y fomentar su compromiso con el desarrollo de la familia. A veces por patrones culturales esta idea no entra fácilmente».<sup>97</sup>

Otra de las líneas de acción y capacitación de salud perinatal, se vinculó al Hospital Amigo del Niño. Este programa fue propuesto originalmente por el Fondo de Naciones Unidas de apoyo a la Infancia (UNICEF) para promover la lactancia materna y el alojamiento conjunto y temprano,<sup>98</sup> pero en México se transformó con el fin de ofrecer servicios de planificación familiar postevento obstétrico.<sup>99</sup> De este modo cambió la estrategia inicial de UNICEF y el nombre de los hospitales adscritos a este programa, pues ahora son Hospital Amigo del Niño y de la Madre y quedaron vinculados a tareas de planificación familiar. El Hospital Amigo implicó un

---

<sup>97</sup> *Idem.*

<sup>98</sup> Se parte de la idea de que la lactancia materna facilita el puerperio, la matriz vuelve a su tamaño normal más fácilmente, mejora el sistema inmunológico del bebé, reduce la depresión posparto y el abandono de menores, pues la cercanía madre-hijo, fortalece los lazos afectivos. La lactancia materna libera a los padres de la compra de leche en polvo, el alojamiento conjunto ahorra espacio y personal en los centros de salud y hospitales. *Idem.*

<sup>99</sup> La inclusión de la "madre" en el programa de UNICEF obligó a ampliar los requerimientos de certificación de diez a veintiocho. Este programa exige un proceso de capacitación, autoevaluación y certificación. El proceso involucra al director del hospital pero también, dice el Director de la DGR, al último afanador y al portero. Se ha logrado certificar al 87% de los 800 hospitales del país. Estamos bajando esta estrategia al primer nivel, es decir, a los centros de salud". Entrevista al Dr. Pérez Palacios.

arduo proceso de capacitación, señala el Director de Salud Reproductiva, se promueve un cambio de actitud para que los ginecólogos, las enfermeras, los pediatras y los familiares trabajen en común con la usuaria. Actualmente, se ha certificado al 87% de los 800 hospitales del sector salud que hay en el país.

El Programa Hospital Amigo ha generado posturas contrarias: por un lado se enfatizan las ventajas del alojamiento temprano y conjunto, de la lactancia materna y de la posibilidad de que las mujeres tengan un fácil acceso a la planificación familiar en el posevento obstétrico; por otro, se ha señalado que la verdadera amistad es con el niño, pues efectivamente muchas medidas favorecen su salud; en cambio, la "amistad" con la madre parece trucu-lenta, pues la lactancia materna se promueve a toda costa y se dice que después de un parto, un aborto o una intervención ginecobstétrica la mujer no está en un momento idóneo para adoptar un método anticonceptivo. En este sentido, se ha sugerido que para garantizar el consentimiento informado se requiere de información y aceptación en un periodo anterior al evento obstétrico.

También se ha impulsado que en cada hospital se constituya un comité para investigar los patrones de morbimortalidad materna y perinatal, con el fin de combatir sus causas y disminuir el problema.

En 1995, y también a partir del área de salud perinatal se impulsó un Programa de reanimación neonatal que ha implicado un amplio proceso de capacitación.<sup>100</sup> Se cuenta con un equipo de 28 capacitadores que ha trabajado a nivel estatal, estiman que por ahora hay alrededor de ocho mil personas capacitadas (médicos, pediatras, neonatólogos), pero que ese alto número no está distribuido equitativamente en los hospitales; se intenta que cuando menos en cada hospital haya un instructor.<sup>101</sup>

---

<sup>100</sup> Este programa tiende a disminuir la mortalidad por anorexia, apoxia y asfíxia. Se consiguieron apoyos de la iniciativa privada para atender este problema y la detección de defectos al nacimiento como retraso mental e hipertiroidismo congénito, a través del tamiz neonatal. *Idem*.

<sup>101</sup> Entrevista al Dr. Catalán Ojeda *et. al.*

## Salud de la mujer

En el área de salud de la mujer, se reconoce que la atención al cáncer de mama, a la pareja infértil y a los problemas del climaterio y la posmenopausia, pese a ser una preocupación de la DGSR, aún están muy lejos de cubrir las necesidades. En cambio, se considera que a la prevención, detección y tratamiento del cáncer cérvico uterino se le ha dado mucha importancia, mucha más que la otorgada en El Cairo, dice el Director General. "En los últimos dos años se ha trabajado intensamente en acciones de capacitación, creación de infraestructura, gratuidad de la muestra y tratamiento en el sector público. Se ha capacitado a tres mil quinientas personas de SSA para toma de muestra, en estos cursos se promueve el respeto a la dignidad de las mujeres y a su privacidad, con la idea de que el examen se aproveche para dar información y orientación. Hay problemas técnicos que no ha sido fácil resolver, por ejemplo, la transportación de las muestras. En los últimos meses hemos conseguido equipo para que en centros de salud y en hospitales pueda tomarse la muestra del *papanicolaou*."<sup>102</sup>

En la SSA hay 118 laboratorios y hubo que redotarlos con materiales y equipo. Para garantizar la calidad de la atención se ha capacitado a citotecnólogos y patólogos. Gracias a ello, se avanza en un mejor registro del problema. También se ha incrementado la detección del virus del papiloma humano, de displasias, hay 76 clínicas de displasia. A pesar del avance hay deficiencias y se enfrentan al problema de recursos, que se traduce por ejemplo en la imposibilidad de abrir nuevas plazas.<sup>103</sup>

El cáncer cérvico uterino es grave entre la población abierta y además de las dificultades institucionales para atenderlo hay problemas de otra naturaleza, pues se dice que las mujeres que han terminado su fase reproductiva dejan de ir a consulta médica, por lo que también es necesario transformar la cultura de la mujer, elevar la autoestima y crear el hábito de la revisión médica.

---

<sup>102</sup> Entrevista al Dr. Pérez Palacios.

<sup>103</sup> *Idem*.

En muchos casos, este tipo de cáncer está asociado al virus del papiloma humano, así que es urgente involucrar al hombre en la prevención, pues si él tiene varias parejas propicia que la mujer se enferme. Además, el hombre también ha sido un freno para realizar el examen del *papanicolau*, pues muchas veces se opone si un hombre atiende a su pareja, considerando estas barreras culturales, se está capacitando a personal femenino, doctoras, enfermeras, para salvar este obstáculo.<sup>104</sup>

Se espera que la "Cartilla Nacional de Salud de la Mujer" anunciada apenas el 8 de marzo de 1998, propicie y fortalezca una cultura del autocuidado y contribuya a mejorar la salud femenina. La población que requiere esta herramienta es de 38 millones de mujeres: 10.5 de adolescentes, 13 de entre 20 y 35 años y más de 14 millones de 35 años y más. El 8 de marzo de 1999, el Secretario de salud reportaba la distribución de 23 millones de cartillas, es decir, el 60% del total. Indudablemente, la Cartilla apunta a cubrir de manera universal los problemas de salud de la mujer, pero su distribución no garantiza realmente que sus objetivos se cumplan, pues no basta un recordatorio y un registro, se necesitan también recursos humanos, infraestructura, coordinación, financiamiento y, como vimos, los recursos financieros se han reducido y los pendientes son muchos.

### **Atención a Adolescentes**

Por otra parte, algunos programas creados para sectores de la población diferenciados por su edad o por su condición étnica, ofrecen el siguiente panorama. El programa dirigido a adolescentes se orientó a casi 22 millones de personas que tienen entre 10 y 19 años, y se propuso prevenir embarazos no planeados, que generalmente son también embarazos no deseados, prevenir enfermedades de transmisión sexual incluyendo el virus del papiloma humano y el VIH-SIDA, y prevenir adicciones como tabaquismo, drogadicción y alcoholismo, que pueden generar condiciones propi-

---

<sup>104</sup> *Idem.*

cias para embarazos no deseados y para contraer enfermedades de transmisión sexual. Este programa se inició en noviembre de 1993, cuando la Ssa convocó a instituciones del sector salud de México y a ONG que tenían trabajo en salud sexual y reproductiva, para analizar el problema de la población adolescente. En la reunión se formuló la "Declaración de Monterrey", en la que se decidió trabajar conjuntamente en esta área. La iniciativa permitió que en junio de 1994, antes de la reunión de El Cairo, se echaran a andar algunos centros de atención a adolescentes en el Distrito Federal y en diez estados de la república.<sup>105</sup>

El Programa se apoya fuertemente, señala el Director General, en información, educación y comunicación, se privilegia la orientación y consejería y una política preventiva en los aspectos señalados. Como dijimos antes, para posibilitar la confidencialidad de la atención a adolescentes tuvo que modificarse la Ley General de Salud, pero los cambios legales, pese a sus dificultades, son más rápidos que los cambios culturales de los y las usuarias y de los prestadores de servicios, pues muchos aún consideran que los jóvenes necesitan el aval de los padres para consultar o para tomar la decisión del uso de algún método anticonceptivo, así que el proceso apenas inicia y aún le falta un gran trecho para satisfacer las necesidades de este grupo etario. Actualmente, funcionan 248 centros de atención, se intenta que en cada uno haya servicios especializados, tanto en el plano médico como psicológico. La corta experiencia de este programa indica que este grupo etario sí busca atención y algunos indicadores sobre fecundidad y uso de anticonceptivos también revelan que se está dando un cambio en las prácticas sexuales y reproductivas de los y las jóvenes. Aunque sin duda es meritorio el hecho de impulsar un programa como éste, es obvio que 248 centros son insuficientes para atender una demanda potencial de casi 22 millones de adolescentes, y que la capacitación a prestadores de servicios que atienden a este grupo etario aún es deficiente.

---

<sup>105</sup> Entrevista al Doctor Pérez Palacios y a la Lic. Varela.

## Atención a indígenas

El Programa Indígena se inició en 1994 en cuatro pueblos indios (amuzgos de Guerrero, nahuas de Puebla, zapotecos de Oaxaca y tzotziles de Chiapas), con el fin de indagar su percepción sobre la salud y la enfermedad. La investigación ha permitido detectar una gran demanda insatisfecha en planificación familiar. Dice el Director General: "Los antropólogos nos han engañado ¿Qué los indios no quieren saber nada de sexualidad? Falso, resulta que sí, están interesadísimos,"<sup>106</sup> Este programa partió de talleres de sensibilización con participación de médicos tradicionales y de la Ssa, actualmente se encuentra en la tercera fase, la procuración de servicios y la capacitación de indígenas, adolescentes y brigadas juveniles. Se han hecho *spots*, carteles, calendarios y agendas con temas relevantes de salud reproductiva. Aún falta terminar el modelo, adaptarlo y difundirlo entre otros pueblos indios. El universo potencial es muy amplio, pues se calcula que cuando menos diez millones de personas pertenecen a los pueblos indios, y constituyen precisamente uno de los sectores con menos acceso a los servicios de salud.

## Organización y capacitación en los estados

El conjunto de iniciativas y acciones relacionadas con la salud reproductiva, ha permitido que México sea considerado líder (junto con Chile, República Dominicana y Cuba), de manera que ha dado asistencia técnica a más de 200 directivos de catorce países de América Latina, fortaleciendo con ello la cooperación Sur-Sur.<sup>107</sup>

En el marco del proceso de descentralización de la Ssa, estas tareas fueron impulsadas desde el centro pero desarrolladas en cada entidad. En los estados se han ideado distintas modalidades y esquemas organizativos, en algunos existe la Dirección de Salud Reproductiva y jefes de departamento, en otros hay subdirecciones. A veces no opera bien, algunas funciones no quedan claramente

---

<sup>106</sup> Entrevista al Dr. Pérez Palacios.

<sup>107</sup> Entrevista al Dr. Catalán Ojeda et. al.

ubicadas, señalan los directivos. A solicitud de los estados, la DGRS está preparando una carpeta para uniformar criterios organizativos y funciones de las direcciones de salud reproductiva a nivel estatal. Hay reuniones periódicas de evaluación. Cada año se hace al menos una reunión nacional para discutir temas prioritarios.<sup>108</sup>

La difusión del concepto entre los prestadores de servicios se ha apoyado en diversos materiales como un Manual para la capacitación en perspectiva de género, la Carpeta básica de comunicación interpersonal, el Manual de uso de materiales de información, educación y comunicación, la Carpeta didáctica sobre *cyclofem*, y seis videos sobre los componentes de salud reproductiva, entre otros.<sup>109</sup>

La capacitación se da en "cascada", del centro hacia el personal de los estados, de este personal a las coordinaciones jurisdiccionales, de éstas hacia los centros de salud, y de este nivel hacia los auxiliares de salud que trabajan en comunidades. Todo el personal de las instancias estatales ha recibido capacitación, pero como hay rotación, esta tarea continúa. En conjunto, se estima que el 75% de los prestadores de servicios ha recibido capacitación en salud reproductiva. Los auxiliares de salud se reúnen una vez cada mes o cada bimestre con un supervisor, estas reuniones se aprovechan para informar y actualizar. El Progresá apoya la capacitación al personal comunitario en localidades de 500 a 2,500 habitantes, proporcionando información sobre métodos anticonceptivos, salud de los niños, embarazo, parto y puerperio.<sup>110</sup>

El saldo de la capacitación es espectacular si a números nos atenemos, sin embargo, la tarea no es fácil, pues informarse sobre el concepto y sobre tal o cual componente, no necesariamente se traduce en un cambio práctico, se requiere de tiempo y voluntad para transformar una cultura médica e institucional arraigada du-

---

<sup>108</sup> Entrevista a la Lic. Varela.

<sup>109</sup> Consejo Nacional de Población, *III Informe de avances del Programa Nacional de Población 1995-2000*, CONAPO, México, 1998.

<sup>110</sup> Entrevista a Beatriz Vázquez y Marisela Camacho, investigadoras del Programa en Mejoramiento de Calidad en los Servicios de Salud Reproductiva de la DGRS, 30 de Septiembre de 1998.

rante varios lustros. Muchos prestadores de servicios se aferran a los antiguos conceptos de "planificación familiar" y de "atención materno infantil", ha costado trabajo incorporar lo relativo a salud de la mujer, infertilidad, posmenopausia y climaterio, por ejemplo. Pero además, el equipo de capacitadores carece de material suficiente, de documentos indispensables, a veces faltan recursos y a veces hay que aprovecharlos en el instante, aunque no se tenga una planeación firme. Finalmente, el haberse capacitado no garantiza la habilidad para capacitar, así que la fuerza y calidad de la "cascada" se va adelgazando en el camino.<sup>111</sup>

Otro reto ha sido la incorporación de la perspectiva de género. Inicialmente se dió una capacitación específica en el tema, incluso se elaboró el *Manual para la capacitación en perspectiva de género*, pero, dice el Director, "tuvimos que rectificar, la cosa no era por ahí, al prestador de servicios le parecía muy abstracto el tema, no le gustaba, el problema era incorporar el concepto en cada área y así empezamos a hacerlo."<sup>112</sup> Una de las formas era involucrar al varón, en planificación familiar se impulsó la vasectomía sin bisturí y se tuvo una amplia respuesta, señalan los directivos. También se difundieron muchos mensajes para que las decisiones reproductivas fueran tomadas por la pareja, para que el cuidado de los hijos fuera asumido también por el padre. En fin, se ha incrementado la participación del varón. Sin embargo, dice el Director General, no se han cubierto muchas cosas, por ejemplo, se necesita visualizar al hombre no sólo en su rol de pareja, sino como ser humano sexuado, con sus propias necesidades y problemas de salud, hacen falta programas de masculinidad. Y hace falta capacitación para entender estas diferencias de género.

También se está incursionando en el tratamiento de problemas de violencia intrafamiliar, pues se considera que los servicios de salud son un escenario importante para informar, orientar y asesorar, ya que ahí llegan mujeres lastimadas. Hay un programa pilo-

---

<sup>111</sup> *Idem.*

<sup>112</sup> Entrevista al Dr. Pérez Palacios.

to en Monterrey, Torreón y Cuetzalan donde se desarrolla un modelo para capacitar a médicos y enfermeras en la atención a mujeres que sufren este tipo de violencia. Todas estas acciones tienden a fortalecer la transformación positiva de la relaciones de género. Pero es evidente que aún falta profundizar en el análisis, detectar los momentos y los aspectos donde es necesario destacar los problemas, y capacitar en todas las áreas y en todos los niveles.

### **Calidad y calidez**

La calidad y la calidez en la prestación de servicios de salud también ha sido una de las áreas de investigación y experimentación de la DGSR. En 1994, se inició el Programa de Calidad en el nivel central y se empezaron a desarrollar experiencias piloto en Zacatecas, Coahuila, Chiapas y San Luis Potosí, con el fin de arribar a un "Modelo de calidad en los servicios de salud reproductiva". El equipo abocado a esta tarea es muy pequeño (sólo tres personas), y parecen escasear los recursos para impulsarlo. De todas formas ha avanzado en una metodología tendiente a mejorar la calidad y calidez en los centros de salud, que consiste en constituir equipos multidisciplinarios (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales) para elaborar un diagnóstico sobre los problemas de calidad y calidez, jerarquizarlos y proponer formas de abordar y solucionar los más urgentes o graves.

Algunas de las experiencias piloto arrojan información sugerente, por ejemplo, en Coahuila se priorizaron dos problemas: tiempo de espera y baja cobertura en planificación familiar, fallaba la consejería, dicen las investigadoras. El equipo multidisciplinario propuso establecer estímulos y reconocimientos (cursos de capacitación, días de descanso y diplomas entregados en ceremonias públicas) para el personal que redujera el tiempo de espera y lograra ampliar la cobertura. Con estas medidas triplicaron la cobertura en planificación familiar y abatieron los tiempos de espera en la consulta.

En cuanto a calidez en la atención, las investigadoras concluyen que garantizarla implica que el trabajo del prestador de

servicios sea respetado y reconocido dentro de la institución, y que éste a su vez asocie su autoestima al reconocimiento de valores éticos y humanos y al cumplimiento de sus responsabilidades. Igualmente, señalan las investigadoras, es de vital importancia que el prestador de servicios perciba a los usuarios como sujetos con derechos, y no como población “nadahabiente” que recibe favores, pues esta última percepción propicia una relación de poder desigual y desfavorable para los usuarios, en el campo de la salud reproductiva, son mayoritariamente usuarias las que se encuentran en una posición vulnerable y desventajosa. Mientras no se trabajen estos planos del prestador de servicios, será difícil resolver de fondo el problema de la calidad y de la calidez, dicen las investigadoras. Sus estudios piloto indican que las trabajadoras sociales y enfermeras son más receptivas ante estos problemas, no así los médicos y las autoridades, cuyo escepticismo cambia hasta que empiezan a ver resultados.<sup>113</sup>

Si bien en 1994 se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, y sin duda representa un recurso indiscutible para el usuario, es también indiscutible que muchos problemas se solucionarán mejor si cambia la cultura y la percepción del prestador de servicios sobre su función y la naturaleza de su relación con los y las usuarias. Más aún si consideramos que millones de mexicanos forman parte de la población abierta, y que muchos se autoperciben como personas sin derechos, sujeta irremediamente al arbitrio o a la buena voluntad del prestador de servicios. En este sentido, los usuarios también tendrán que asumirse como sujetos con derechos para que las relaciones del poder cambien a su favor.

### **Ampliación de cobertura**

Los programas y acciones en torno a la salud reproductiva se han logrado pese a que, como vimos, en los últimos años han decrecido los recursos financieros dedicados a ella. La coordinación interinstitucional y la participación de ONG en algunas líneas de

---

<sup>113</sup> Entrevista a Beatriz Vázquez y Marisela Camacho.

trabajo han suavizado los efectos de los recortes presupuestales, pero no los contrarrestan definitivamente, y es un clamor de los directivos de todas las áreas que fluyan los recursos.

Pese a estas carencias financieras, los directivos de la DGR estiman que a fines de 1998, gracias al Programa de Ampliación de Cobertura que se propuso llevar el Paquete de Servicios Básicos de Salud (vacunación, alimentación y salud reproductiva), se habían cubierto 6.5 de los diez millones de mexicanos que no tenían acceso a ellos en 1994. Y la participación del Progresá, del Instituto Nacional Indigenista (INI) y de otras instituciones y programas, permitieron que otros 2.3 millones también accedieran a estos servicios. Lo cual indica, señala el Director General, que las metas de ampliación de cobertura "se quedaron chicas" y que al comenzar 1999, más del 95% de los mexicanos tenía acceso a servicios de salud.<sup>114</sup>

Creemos que se han sobreestimado tales cifras, pues si en efecto las campañas de vacunación abarcan prácticamente a todos los niños del país, los programas de alimentos subsidiados (que también contribuyen a la salud reproductiva) no tienen la magnitud que demanda la población con problemas de nutrición. Tan sólo en 1996, el 26% de las familias rurales recibía algún tipo de asistencia alimentaria, pero la desnutrición afectaba al 50% de esta población.<sup>115</sup> Pensar que los servicios de salud reproductiva están llegando a un porcentaje de población tan elevado también parece una ficción o un buen deseo, pero no una realidad, pues justamente al adoptar este concepto se ensancharon las tareas y retos institucionales al mismo tiempo en que se han reducido los recursos públicos y el flujo de recursos internacionales. La atención a nuevos grupos etarios y sociales, así como la importancia que están adquiriendo áreas de la salud reproductiva poco atendidas en el pasado hacen poco creíble este porcentaje.

---

<sup>114</sup> Entrevista al Dr. Pérez Palacios, al Dr. Garza y a la Lic. Varela.

<sup>115</sup> Avila, Abelardo, Teresa Shama y Adolfo Chávez, "Encuesta Nacional de Alimentación y Nutrición en el Medio Rural, 1996", en *Perfil de la Jornada, La Jornada*, México, 22 de julio de 1997.

La exageración de los logros impide evaluar en sus justos términos los avances y retos. Pues si bien hay problemas que merecen atención y recursos, también es indiscutible que se han desarrollado muchas iniciativas y acciones que han favorecido la salud sexual y reproductiva en estos años.

### **Logros y problemas**

La constitución de la DGR ha creado la posibilidad de integrar en una, las políticas tradicionales y los nuevos componentes de salud reproductiva, así, a planificación familiar y atención materno infantil (áreas que desde antes de El Cairo tenían programas y recursos específicos), se han sumado el Programa Para Adolescentes, la Salud de la Mujer, el Programa Indígena; problemas que antes tenían escasa atención como lo relacionado con cáncer cérvico uterino, atención al climaterio y la posmenopausia; o bien enfoques que hace unos cuantos años eran preocupación principal de las ONG, como la calidad y calidez de la atención, la perspectiva de género, y los derechos sexuales y reproductivos, hoy forman parte de las preocupaciones y del quehacer de las instituciones públicas.

La DGR ha abordado y dado pasos en distintos niveles: la planeación, la normatividad, la difusión de los programas, enfoques y derechos, la capacitación, la organización institucional, la investigación, la evaluación y el seguimiento. Todo ello crea expectativas favorables en torno a la salud reproductiva. Sin embargo, también hay que reconocer que pese a los avances, los rezagos, las deudas sociales y los retos son aún mayúsculos, que incluso en las áreas más trabajadas de la salud reproductiva hay demanda insatisfecha, más aún en aquellas de reciente creación o las que apenas empiezan a cobrar relevancia, como salud de la mujer, adolescentes, indígenas; o bien que los nuevos enfoques y perspectivas aún no logran concretarse ni asumirse prácticamente en el plano de la relación prestador de servicios-usuario o usuario. Hay que tomar en cuenta que la creación y adopción de una nueva política pública ofrece grandes dificultades en el sector salud,

dada su magnitud y dispersión, pero también dados los retos que la salud reproductiva ofrece en un país tan grande y con una población pobre en crecimiento, como ocurre en México.

También hay que reconocer que, pese a la disminución relativa de los recursos asignados a salud reproductiva, la ampliación de áreas, programas y servicios, indica una mejor distribución del gasto o una mejor racionalidad en su uso, pero también es evidente que los recursos financieros son insuficientes y esta carencia se traduce en una dificultad para atender todos los retos y pendientes, por lo que una elevación real de ellos resulta indispensable para abatir los rezagos de la salud sexual y reproductiva en nuestro país.

### **El Instituto Mexicano del Seguro Social**

El IMSS es una de las instituciones más relevantes del sector salud, pues atiende aproximadamente al 40% de la población derechohabiente. Cuenta con 8,716 unidades operativas (1,700 de régimen obligatorio), ofrece más de 700 mil consultas diarias a derechohabientes, atiende mensualmente a cerca de un millón y medio de pensionados y sus familias, y da servicio de guardería a más de 60 mil niños. En el IMSS trabajan alrededor de 350 mil personas -la mayoría sindicalizadas- de las que el 33% es personal médico, paramédico y de enfermería, y 67%, administrativo y de intendencia.<sup>116</sup>

Sobre su participación en acciones de planificación familiar y salud reproductiva, hay que decir que el IMSS es el principal proveedor de métodos anticonceptivos del sector, en 1995 cubrió al 44% de todas las usuarias del país. Desde 1973, cuando las políticas pronatalistas del Estado fueron desplazadas por las de regulación de la fecundidad, el IMSS desarrolló programas y acciones de control natal, colaboró en la formulación del Plan Nacional de Planificación Familiar 1977-82, y se volvió la institución vanguar-

---

<sup>116</sup> Corro, Salvador y Fernando Ortega Pizarro, "Rebelión empresarial contra Borrego y el IMSS. La hipertrofia por gastos absurdos y fines políticos", en la Revista *Proceso* Núm. 884, 11 de octubre de 1993.

dia en estos programas. Desde 1983, al objetivo demográfico, el IMSS añadió el enfoque de valorar los factores de riesgo reproductivo.

A partir de la realización de la CIPD en 1994,<sup>117</sup> de la creación de la DGSR, de la Reformas al Sector Salud, así como del PSRYPF, el IMSS ha reformulado sus programas y apuntalado otros que venía desarrollando.

Así, ahora, esta institución se plantea la atención integral al trinomio padre-madre-hijo "círculo virtuoso donde se integra al varón de manera activa y responsable" y la conjunción de componentes antes disgregados, como planificación familiar, salud materno-infantil, atención al adolescente, ETS y al VIH-SIDA, salud de la mujer (detección y prevención oportuna de displasias del tracto reproductor) menopausia y climaterio. Según sus documentos "planificación familiar ya no sólo es instrumento de equilibrio demográfico, ni un sistema de administración de anticonceptivos, es un proceso de vida... que considera todo el entorno biopsicosocial para alcanzar el bienestar de la familia."<sup>118</sup> Dado que para el IMSS es primordial proporcionar atención médica de calidad y con calidez, en la procuración de planificación familiar y salud reproductiva se plantea "una atención cálida y con pleno respeto de la libertad de decidir, de procrear y de planear... en cuanto a los programas de salud materno-infantil y planificación familiar, el IMSS se propone incrementar las coberturas y mejorar la calidad del embarazo, parto y puerperio, de la nutrición, crecimiento y desarrollo infantil, así como protección anticonceptiva oportuna y eficaz."<sup>119</sup>

También se reconoce que para ello son básicas las acciones de educación, prevención y rehabilitación, y asegurar el acceso a

---

<sup>117</sup> El IMSS asume explícitamente el concepto de El Cairo y los postulados de la IV Conferencia Mundial celebrada en Beijing en 1995, donde se reafirman los derechos de salud sexual y reproductiva de las mujeres como derechos humanos.

<sup>118</sup> Cardona, J.A., Ruíz, R.A., y M. Madrazo "La salud reproductiva en la seguridad social. Un enfoque integral ante la reforma del sector salud. El IMSS", México, 1997, p.19.

<sup>119</sup> Consejo Nacional de Población, "IMSS", III Informe de avances del Programa Nacional de Población 1995-2000, México, CONAPO, 1998, p. 268.

la información y a la consejería en condiciones de confidencialidad y privacidad. Perspectiva de género, equidad, igualdad entre mujeres y hombres, consentimiento libre e informado, son términos que están presentes en sus programas.

Igualmente en el discurso escrito se asumen lineamientos, estrategias y acciones de PSRYPF, con metas institucionales propias. Por ejemplo la Coordinación Auxiliar de Salud Reproductiva del IMSS se propone entre otros objetivos: impulsar una participación equitativa entre los géneros orientada a propiciar un cambio del comportamiento reproductivo de las parejas; postergar la edad del matrimonio y de la concepción del primer hijo, ampliar el espaciamiento intergenésico, terminar tempranamente la fecundidad; disminuir la morbimortalidad materno-infantil, procurar atención y cuidado del niño y del adolescente, etc., objetivos que sin duda remiten al PSRYPF. Y entre algunas de sus metas estratégicas 1995-2000, el IMSS se plantea: "alcanzar una cobertura anticonceptiva del 77.5% para una población de mujeres en edad fértil de 11.2 millones (8.8 urbanas y 2.4 rurales); atender a más de 4 millones de adolescentes, crear 1,334 centros de servicio y clínicas de atención para las y los adolescentes y distribuir entre esta población 148,200 agendas de autocuidado", además de múltiples acciones de información, educación, comunicación y consejería.

También se creó la mencionada Coordinación Auxiliar de Salud Reproductiva del IMSS (de la que dependen las direcciones de Planificación Familiar, Salud Materna, Salud Infantil y Adolescentes) que es responsable de los programas y tiene una función normativa, de supervisión y evaluación; y la Dirección de Planeación Estratégica y Epidemiológica encargada del diseño y las metodologías en salud reproductiva y que integra proyectos, programas y acciones.

Se dice que los programas de salud reproductiva y planificación familiar se llevan a cabo en todo el sistema hospitalario, particularmente en las Unidades de Medicina Familiar; que hay módulos extramuros donde trabajadoras sociales, médicos y enfermeras ofrecen información y consejería; aparte de brigadas de

promotores que comunican y difunden los derechos sexuales y reproductivos en escuelas, centros de trabajo, etc. Para todo ello se ha elaborado una enorme cantidad de materiales y cursos informativos y educativos de todo tipo, dirigidos a prestadores de servicios y a usuarios.<sup>120</sup>

Además, la institución dice haber alcanzado metas importantes, como la disminución de la mortalidad materno-infantil<sup>121</sup> (cuyas causas identifica como "patología de la pobreza"), y un incremento significativo de prácticas anticonceptivas de mujeres unidas en edad fértil, pues según encuestas sociodemográficas, pasó de 37.8% en 1979, a 63.1% en 1992.<sup>122</sup> La institución también se precia de haber aumentado la cobertura de métodos quirúrgicos, frente a otros (DIU y hormonales). Así, mientras que en 1979 en el medio urbano, el 46% del total de usuarias (del IMSS) optó por métodos definitivos y el 28% por el dispositivo intrauterino; en 1992 el método quirúrgico (OTB) se aplicó al 65% de las usuarias y el DIU al 29%.<sup>123</sup> También en el campo, el IMSS ha incrementado los métodos quirúrgicos, aunque su oferta ha veni-

---

<sup>120</sup> Hasta 1998 y según reportes del *III Informe de Avances del PNP 1995-2000*, en el IMSS se habían realizado cerca de 470 mil atenciones de vigilancia del embarazo por enfermeras de Atención Materno-Infantil, y 335 mil por parte de enfermeras prenatales que representan actividades de educación individualizada para incrementar la participación de la mujer en su autocuidado; 418 mil entrevistas, casi 36 mil sesiones educativas a grupos de usuarios por el personal de Trabajo Social en Unidades de Medicina Familiar de todo el sistema; se impartieron 2,791,000 sesiones educativas a la población sobre salud reproductiva en Unidades de Medicina Familiar de todo el sistema, etc. En cuanto al material de información, educación y comunicación, cerca de una cuarentena de libretas, rotafolios, carteles, trípticos, cuadernillos, muestrarios, videos, etc., destacan: las tarjetas de guía de apoyo a las actividades de consejería, Juego de tarjetas de casos clínicos para la capacitación de parteras rurales, Maxirotafolio de Salud reproductiva, Minirotafolio de técnicas quirúrgicas simplificadas, Guía técnica de Apoyo para la enfermera materno infantil, de vasectomía sin bisturí, de OTB con anestesia local y sedación, para la obtención del consentimiento informado, paquete didáctico "La trastienda de atrasito de la raya", entre otros.

<sup>121</sup> De 1994 a 1995, la mortalidad materna disminuyó de 37.4 por cada 100 nacidos vivos a 34.7. La mortalidad infantil disminuyó de 14.74 descesos por 1,000 nacidos vivos en 1992, a 12.6 en 1995; la mortalidad perinatal pasó de 18 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos en 1992, a 15 en 1995. Cardona, J. A., et al., *Op.Cit.*, p. 94-97.

<sup>122</sup> Aunque existen diferencias de cobertura entre áreas urbanas, donde el IMSS alcanzó el 70%, y áreas rurales que no llegan al 50%. Cardona J, A., et al. *Op.Cit.* p. 79.

<sup>123</sup> Cardona J. A., et al. *Op.Cit.* p. 82.

do disminuyendo debido a la cobertura del IMSS SOLIDARIDAD. Sin duda esta institución privilegia los métodos de "alta continuidad y eficacia" sobre los hormonales y/o los controlados directamente por la o el usuario, lo cual no significa que éstos sean irrelevantes. Así, en un "día típico" de la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil que ilustra los métodos entre nuevas aceptantes, se dice que, mientras en el campo se hacen 110 OTB, en el medio urbano 657, y en cambio en las ciudades sólo hay 802 aceptantes de hormonales contra 1,059 usuarias en el medio rural. En cuanto a la vasectomía, resulta insignificante en comparación con otros métodos, en el campo, el IMSS apenas practica una vasectomía por 89 en las ciudades.<sup>124</sup> Se precia también de ofertar la gama más amplia de métodos de mayor continuidad, eficacia, accesibilidad y menores efectos secundarios, destacando, entre las estrategias de la Coordinación, la de "mejorar los métodos quirúrgicos."<sup>125</sup> Todo ello habla mucho de las prácticas institucionales donde predominan los objetivos de reducción de la fecundidad -particularmente en mujeres unidas en edad fértil-, los métodos definitivos, y la escasa importancia de la participación del varón en la anticoncepción, lo que contrasta con la parte discursiva y la adopción de conceptos sobre salud sexual y reproductiva de la CIPO.

Finalmente el IMSS se considera la institución pública con más recursos para tratar la problemática de las y los adolescentes, "desde el punto de vista médico, cultural, social y deportivo."<sup>126</sup> Este grupo, se dice, es prioritario por varias razones, la fundamental es que entre las adolescentes la fecundidad no ha disminuido como en otros grupos etarios de mujeres, en cambio han aumentado los embarazos no deseados, los abortos inducidos con alto riesgo de muerte materno-infantil, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH-SIDA. Además la magnitud de la población adoles-

---

<sup>124</sup> *Idem.* p. 59.

<sup>125</sup> La estrategia 28 de la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil del IMSS, dice: "mejorar la accesibilidad y oportunidad de aquellos métodos definitivos a través de las técnicas quirúrgicas simplificadas tanto en el ámbito urbano como en el rural". Cardona et al. *Op.Cit.*, p. 111.

<sup>126</sup> *Idem.*, p. 99.

cente de 10 a 19 años, representaba en 1994 el 16.7% del total de usuarios adscrito a Unidades Familiares del IMSS, es decir, alrededor de 4 millones de jóvenes.<sup>127</sup>

En parte los programas de salud sexual y reproductiva, las nuevas instancias de coordinación institucional y las múltiples acciones educativas del IMSS, sugieren una adopción rápida de conceptos emanados de la CIPD, aunque igual que en los programas nacionales de carácter normativo, esta muy presente el objetivo general de disminución de la natalidad. Todo lo cual se traduce en metas cuantitativas sesgadas, así por ejemplo las de cobertura anticonceptiva se dirigen exclusivamente a mujeres en edad fértil,<sup>128</sup> y no se menciona al varón ni se habla de nuevos aceptantes de vasectomía. La virtud es que pese a ello, hay metas de este tipo relativas a morbilidad materno-infantil, perinatal, sobre atención a población adolescente, y sobre procesos de información, educación y comunicación en distintos niveles y para grupos etarios diferentes, en torno a salud sexual y reproductiva.

Sin embargo ni el discurso, ni las estructuras organizativas son suficientes, pues en la práctica hay factores que obstaculizan el avance, por ejemplo las inercias institucionales, las deshumanizadas y autoritarias relaciones entre prestador de servicios y usuarias(os); las resistencias culturales tanto de usuarios como de médicos y enfermeras, y finalmente las dificultades de la mayoría de los derechohabientes, que por su situación de pobreza tienen dificultad para usar los servicios de salud.

Otra barrera está en el ámbito de la comunicación y la traducción práctica, "el problema -señala una entrevistada- es cómo bajar los programas y sus conceptos a los prestadores de servicios... Cómo hacerle para que lo entiendan y se apropien de ellos los usuarios".<sup>129</sup> Por ejemplo, aunque en los programas se insiste en que la perspec-

---

<sup>127</sup> *Idem.*

<sup>128</sup> "Alcanzar una cobertura del 77.5% para una población de mujeres en edad fértil de 11.2 millones... Atender a 5 millones de usuarias... a un millón de aceptantes (nuevas usuarias)" Cardona *et al.* *Op.Cit.* p.105.

<sup>129</sup> Entrevista a la Doctora Hebe Martínez, Jefa de Consulta Externa de Medicina Familiar del Hospital General de la Zona 8, IMSS, 8 de septiembre de 1998.

tiva de género atraviesa todos los componentes de la salud sexual y reproductiva, hay médicos que declaran no saber cómo manejarla, cómo entenderla, como traducirla en su relación cotidiana con las y los usuarios, y reconocen que es algo nuevo, muy ajeno a su experiencia y conocimiento. Una doctora -jefa de Consulta Externa de una Unidad de Medicina Familiar del IMSS- nos comunicaba las dificultades para convencer a muchas embarazadas sobre la necesidad de defender sus derechos y su autonomía ante las «golpizas del marido», pues la mayoría se encuentra atrapada en una red de pobreza y violencia familiar difícil de romper. Educar, sensibilizar, inducir cambios en los patrones de comportamiento tradicionales entre la pareja y los hijos, sin duda es un reto que rebasa con mucho los esfuerzos de los prestadores de servicios. Algunos médicos de Unidades de Medicina Familiar, aunque reconocen mayores esfuerzos que en el pasado por orientar y convencer a la usuaria(o) de los beneficios de una salud sexual y reproductiva sana "poco se avanza porque la pobreza, el sometimiento al marido, el machismo y la ignorancia no dejan que las mujeres decidan, la que ya tiene muchos hijos y está en riesgo, vuelve a embarazarse; la joven, reincide".<sup>130</sup>

En relación al consentimiento informado, "cuyo objetivo es en parte mejorar la competencia técnica del prestador de servicios sobre el procedimiento seguido para la obtención de éste, la difusión de las ventajas y los beneficios para usuarios y agentes de salud,"<sup>131</sup> un médico decía que lo más frecuente es que las mujeres acepten algún método anticonceptivo y firmen la hoja, sobre todo durante el embarazo y en el inmediato posparto, y que luego se retracten. Otras no se atreven a decidir solas "de treinta mujeres que asisten a la consulta de Medicina Familiar en un día, veinte dicen que necesitan el permiso del marido."<sup>132</sup> Y es que las mujeres

---

<sup>130</sup> *Idem.*

<sup>131</sup> Consejo Nacional de Población, "IMSS", III Informe *Idem*, p.273.

<sup>132</sup> Entrevista al Doctor Ramón Minguet, Jefe de Salud Materno-Infantil de la Coordinación Auxiliar de Salud Reproductiva de la Delegación No.3 Suroeste D.F. del IMSS, 14 de octubre de 1998.

están en desventaja en una relación donde los médicos tienen poder y son quienes presionan para la adopción de tal o cual método, muchas veces en momentos de vulnerabilidad emocional, y además están presionadas por sus maridos y por condiciones familiares poco propicias para tomar decisiones libremente.

Por otro lado hay una alta deserción de mujeres a la consulta después del parto, y por lo tanto la vigilancia puerperal en las unidades médicas es muy baja (apenas la mitad de los partos atendidos) lo que hace parecer poco efectivas y de escaso impacto las acciones de promoción y educación. "A veces las señoras no regresan -dice la doctora Martínez- porque si no tienen para comer, menos para pagarse el viaje a la clínica". Pero la mala calidad de los servicios también colabora a la deserción, "el derechohabiente -afirma un médico de la Coordinación- entra con desconfianza al Seguro que tiene fama de atender mal... por eso desde hace dos años se ha puesto énfasis en acortar los tiempos de espera."<sup>133</sup> Se reconoce que entre muchos médicos y enfermeras prevalece una actitud irrespetuosa y que se somete a los usuarios a la «bancoterapia» en interminables antesalas. Este comportamiento contraviene la propuesta de calidad y calidez que se pregona en los discursos. La compulsión de cubrir una meta diaria de consultas y llenar formatos, también es una inercia fuerte que no ayuda al cambio.

Algunas entrevistadas consideran que uno de los obstáculos para mejorar el servicio es el sindicato "que protege a doctores ineptos, sin especialidad en Medicina Familiar, que no son egresados de la Residencia ni están certificados por el Consejo de Medicina Familiar."<sup>134</sup>

En el documento del Proyecto de Reforma del IMSS, elaborado por especialistas del Banco Mundial y de la institución, se consiguan carencias y prácticas burocráticas en los tres niveles de atención. En el primer nivel: consultorios de Unidades de Medicina Familiar, hay largas filas para recibir la consulta; escasez y

---

<sup>133</sup> Entrevista al Doctor Minguet.

<sup>134</sup> Entrevista a la Doctora Hebe Martínez.

obsolescencia de equipos e insumos; falta de motivación del personal, despersonalización en la relación médico-paciente, insatisfacción del usuario y quejas de trabajadores y empresas respecto de la asignación y el pago de incapacidades. Se menciona que los médicos familiares, además de estar saturados de consultas deben dedicar parte de su tiempo a la mecanografía y al manejo de documentación. En estas Unidades tampoco hay capacidad administrativa, es notoria la ausencia de controles para incapacidades laborales; no hay control y sí abuso de expedición de recetas médicas y estudios de laboratorio y radiológicos. En el segundo nivel -hospitales generales, regionales o de zona- con personal y equipos especializados, también hay largas filas de espera, sobrecargas de trabajo para todo el personal agudizadas por un acendrado ausentismo de trabajadores y empleados. En el tercer nivel -centros médicos y hospitales de especialidad- hay rezago en instrumental y equipo, abasto inoportuno de medicamentos, lo que genera retraso en la atención de los pacientes, todo ello hace que los servicios tengan un costo elevado. Este rezago tecnológico y organizativo se traduce "en problemas de coordinación entre unidades proveedoras, duplicidades e insuficiente cobertura, baja productividad y calidad deficiente."<sup>135</sup>

Este recuento de los problemas del IMSS fue la base para negociar un crédito del Banco Mundial, que supuestamente permitirá llevar a cabo la reforma en un plazo de tres años a partir de 1998. Un componente fundamental es "la remoción de la burocracia innecesaria con el fin de incrementar la eficiencia". Algunos doctores opinan que con esta reforma "los pacientes podrán cambiar de médico si no están conformes y elegir al que mejor trato les dé y para no perderlos, el médico tendrá que esmerarse."<sup>136</sup> El usuario no solamente podrá elegir dentro de su clínica familiar a su médico de cabecera, tendrá oportunidad de escoger si se que-

---

<sup>135</sup> Correa Guillermo y Carlos Acosta Córdoba, "Negocia el Gobierno a espaldas del Congreso, un crédito por 700 millones de dólares para financiar la 'reforma' de la seguridad social", en la Revista *Proceso* no.1117, marzo 1998, México, p. 7.

<sup>136</sup> Entrevista a la Doctora Hebe Martínez.

da en la institución pública o en la privada. En esta lógica, la idea es que cada una de las 139 zonas médicas existentes, cuenten con presupuesto autónomo y compitan por los derechohabientes. Además podrán subrogarse diversos servicios de salud y prestaciones a empresas privadas, dentro o fuera de las instalaciones del IMSS, lo que implica una privatización virtual, por lo que el usuario tendrá acceso a niveles diferenciados de calidad en la atención de la salud, dependiendo de su capacidad económica.<sup>137</sup>

En este asunto hay muchos desacuerdos e intereses contrapuestos. Algunos médicos creen que la reforma ayudará a romper perjudiciales inercias sindicales y cotos de poder institucionales lo que "puede mejorar la calidad de los servicios y beneficiar al usuario." En cambio la mayoría de trabajadores sindicalizados -cerca de 300 mil- la rechazan, pues además de oponerse a la privatización de la seguridad social, la consideran una medida encaminada a dismantelar su sindicato. Parece difícil desautorizar la opinión de quienes ven en la reforma medidas de cambio para mejorar la calidad de los servicios de salud, ya que el seguro social tiene muchas deficiencias; pero tampoco se justifica por ello, el borramiento de un gremio sindical tan numeroso y consolidado. Desde una perspectiva más amplia, lo que sí parece proponer esta Reforma, es que la comunidad debe asumir crecientemente el costo de la seguridad social y la salud; una transformación estructural de privatización y racionalización del gasto público, que implica dismantelar al mismo tiempo los organismos de defensa gremial y los derechos de la población a la seguridad social. Además es probable que este anunciado retiro del Estado, afectará los ambiciosos programas que hoy se desarrollan en torno a la salud sexual y reproductiva en el IMSS, por más que se diga que la población pobre de los actuales derechohabientes, tendrá acceso a por lo menos el Paquete Básico que incluye estos servicios. Ciertamente, se requeriría un estudio más amplio considerando la opinión de los usuarios.

---

<sup>137</sup> Correa, Guillermo, et. al., *Idem*.

Otro obstáculo para promover una salud sexual y reproductiva sana, tiene que ver con la cultura y atañe tanto a prestadores de servicios como a usuarios, pues su asimilación implica cambios de actitudes y comportamientos en la vida familiar y en las relaciones humanas, incluídas las de médico-paciente, que no ocurren por decreto.

Finalmente la pobreza -aún de los actuales derechohabientes- representa un obstáculo al avance de la salud sexual y reproductiva. Sin duda importa ampliar la cobertura de los servicios de salud y mejorar su calidad, pero para alcanzar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos que se proponen los programas, se requiere también mejorar la situación alimentaria, económica, laboral, de ingreso y de empleo de la población, contrarrestar la violencia doméstica contra niños y mujeres, erradicar la discriminación y la desigualdad de oportunidades económicas y sociales entre hombres y mujeres. Y esto rebasa el ámbito de las instituciones de salud.

En resumen el IMSS es la institución más importante del sector salud pues atiende al 40% de la población derechohabiente; es la proveedora de métodos anticonceptivos con mayor cobertura en el país, y la vanguardia del sector salud en programas de planificación familiar. A nivel discursivo, programático y organizativo, el Seguro Social asimiló rápidamente los conceptos y propuestas de salud sexual y reproductiva derivados de la CIPD, pero enfatizó sus metas y estrategias para el año 2000 relativas al logro de objetivos demográficos, compartiendo las mismas tensiones que los programas normativos que se derivan de reducir la fecundidad y alcanzar un bienestar sexual y reproductivo basado en cambios culturales. En cuanto a las dificultades prácticas del proceso institucional para construir una salud sexual y reproductiva libre, resaltan la falta de entendimiento del concepto entre prestadores de servicio y usuarias(os); la violencia familiar y las presiones médicas, que impiden a las mujeres optar de manera informada y libre por el espaciamiento, número de hijos y método anticonceptivo, por más que hoy rija la regla de obtener el con-

sentimiento firmado por las usuarias; las resistencias culturales de prestadores de servicios y usuarios y la situación de pobreza en que se encuentra la mayoría de los derechohabientes para hacer uso pleno de los servicios de salud; las deficiencias y la falta de calidad y calidez de los servicios médicos, atribuidos a las inercias burocráticas y a los cotos de poder institucionales y sindicales. Todo ello en el contexto de una reforma en curso, pactada por el IMSS y el Banco Mundial, que con los argumentos de mejorar la calidad de los servicios en beneficio de los usuarios, de racionalizar el gasto y eficientar el uso de los recursos humanos y la infraestructura, pretende privatizar la seguridad social, y transferir los costos de la salud pública a una población crecientemente empobrecida, y de paso dismantelar el sindicalismo del Seguro Social.

### EL IMSS SOLIDARIDAD

Otro programa institucional que trabaja en salud reproductiva ha sido el IMSS SOLIDARIDAD (IMSS-SOL), denominado así desde 1988, pero que tiene sus antecedentes en la labor que el IMSS venía desarrollando desde los años setenta con grupos marginados. Su antecesor, el Programa IMSS-COPLAMAR,<sup>138</sup> se creó el 25 de mayo de 1979, mediante un convenio entre el IMSS y COPLAMAR.<sup>139</sup> A partir de entonces IMSS-COPLAMAR se abocó a la atención de la población no asegurada y sin servicios de salud ubicada en las zonas rurales, que abarcaba al 30% de los habitantes del país. Desde un inicio, este programa se apoyó en la participación comunitaria para lograr sus fines. La función del IMSS-COPLAMAR era verdaderamente importante, pues su población objetivo no sólo estaba excluida de los servicios de salud, sino de todo tipo de servicios y por supuesto de los beneficios del desarrollo económico. Este sector incluía prácticamente a toda la población indígena del país y a buena parte de la rural, es decir a

---

<sup>138</sup> Coplamar: Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados.

<sup>139</sup> Zedillo Castillo, Antonio, "Las primeras acciones sociales en el Instituto Mexicano del Seguro Social", en *La Participación Comunitaria en Salud. Experiencias del IMSS en Zonas Indígenas y Campesinas*, México, IMSS 1997.p. 17.

los grupos sociales con mayores problemas de salud, nutrición, abasto, educación, empleo e ingreso.<sup>140</sup>

En 1983, en medio de una aguda crisis financiera y una enorme deuda pública, el gobierno de Miguel de la Madrid desapareció COPLAMAR, y el IMSS absorbió la responsabilidad de la salud de su población objetivo mediante el Programa de Atención Primaria en Zonas Rurales (PAPZOR). Durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994), las funciones y la filosofía del antiguo IMSS-COPLAMAR y del PAPZOR, fueron heredadas por el IMSS SOLIDARIDAD, como parte del Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL). Entonces se desarrolló el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) dirigido a las población rural más necesitada y apoyado también en la participación comunitaria.

Entre 1984 y 1986 el programa se transfirió a la Ssa -que es la encargada de la población abierta- y a los gobiernos de los estados. Se entregaron 926 unidades médicas y 22 hospitales a catorce entidades. Luego, en el periodo de Salinas de Gortari se decidió que el Programa se quedara en diecisiete estados y que creciera con más unidades médicas".<sup>141</sup>

El IMSS-Sol se financia en un 100% con recursos federales, que se destinan a los estados en los que opera. El Programa atiende a 11 millones de personas y tiene una infraestructura de 68 hospitales y 3,539 unidades médicas. El alma del Programa es la participación comunitaria. Para 1997 el IMSS-SOL se apoyaba en 14 mil comités de salud, tenía 19 mil profesionales de la salud, 121,979 promotores voluntarios, 7,895 parteras rurales y 4,115 terapéutas tradicionales, lo que no sólo muestra los avances del Programa, sino la carencia y necesidad de servicios de salud de los pobladores del campo.<sup>142</sup> La idea de prevenir y atacar los problemas de salud "compartiendo res-

---

<sup>140</sup> Según el INEGI, en 1995 el 40% de la población residía en localidades rurales de menos de 15 mil habitantes, donde el promedio de escolaridad de mayores de 15 años es de 5%; el 47% de la población habita viviendas en malas condiciones y el 39.4% no cuenta con agua entubada.

<sup>141</sup> Entrevista al Doctor Javier Cabral, Coordinador General del Programa IMSS SOLIDARIDAD, 31 de julio de 1998.

<sup>142</sup> Consejo Nacional de Población, *III Informe...*, p. 283.

ponsabilidades" con las propias comunidades ha resultado un acierto en más de un sentido. "En primer lugar la acción comunitaria -afirma el Coordinador General- permite potenciar y estirar los recursos... en tiempos de crisis y en países en vías de desarrollo como éste, la participación de la gente es la alternativa fundamental. Gracias a ella, 'el dinero se nos multiplica', y se ahorran muchos gastos al Estado."<sup>143</sup>

En 1994 el IMSS-SOL destinó apenas el 4% de su gasto total al trabajo comunitario y el número de voluntarios era diez veces mayor que todo el personal del Programa. De enero a agosto de 1995 las parteras y asistentes rurales de salud atendieron el 30% de los partos ocurridos en este universo de trabajo (35,000 eventos) con un valor promedio unitario de 2,000 pesos, lo que significó un ahorro para el IMSS-SOL de 70 mil pesos.<sup>144</sup>

La participación comunitaria para atender la salud de pobladores rurales pobres que además viven en comunidades pequeñas y dispersas, sin duda es una alternativa adecuada para cubrir rezagos, reconocer el saber tradicional y comunitario y ofrecer servicios que de otro modo difícilmente llegarían a estos pobladores. Pero para que este esquema realmente garantice una atención adecuada y permita consolidar equipos y prácticas comunitarias de salud, se requiere una estrategia de apoyo, provisión de instrumentos, capacitación, supervisión y remuneración decorosa al personal involucrado en ello. Sin embargo, pareciera ser que el sector público enfatiza el ahorro monetario que permite la participación comunitaria. Y este ahorro exagerado (4% de recursos financieros para el 16% de la población más pobre), redundaría necesariamente en una dificultad para consolidar los equipos de trabajo y sin duda para dar una atención de calidad a los pobladores. Los escasos estímulos económicos, el desabasto de materiales médicos y la in-

---

<sup>143</sup> *Idem.*

<sup>144</sup> Baca Pozos, Guillermo, "Consideraciones en torno al costo-beneficio en la acción comunitaria", en *La participación comunitaria en salud. La experiencia del IMSS en zonas indígenas y campesinas*, México, IMSS, 1997, pp. 263-265.

suficiencia de personal especializado en varios hospitales y Unidades Médicas Rurales, han generado deserción de muchos de los servidores voluntarios, generalmente mujeres y jóvenes muy empeñosos. Una evaluación reveló que entre 1987 y 1990, el 63.4% de las y los promotores rurales abandonaron el Programa.<sup>145</sup>

Pese a los problemas y deficiencias, las comunidades aportan su energía organizativa, sus conocimientos y sus recursos. En una encuesta del INEGI de 1993 a población solidario-habiente, se observó que el 90% participa en las asambleas y brinda apoyo al Programa; el 90% dice que en la comunidad se discute cómo evitar enfermedades; el 70% ha participado en acciones de atención a la salud y el 50% ha realizado actividades de seguimiento. El compromiso comunitario también se manifiesta en el funcionamiento de los Comités de Salud.<sup>146</sup> “En cada unidad médica y en cada hospital hay un Comité nombrado por su asamblea comunitaria -dice el Coordinador-; en 1986 el 90% de las comunidades del Programa contaba con un Comité de salud, y en 1991 el 95%, la mayoría había sido nombrado en elecciones democráticas y en asamblea”.

“El Programa no está en ningún lado en donde no haya un convenio de coparticipación, con los médicos rurales, con las parteras y donde no haya un Comité de Salud... tenemos 3,500 médicos rurales y 3,500 enfermeras, todas ellas son de la localidad donde está la unidad médica, y tienen que saber las costumbres y el lenguaje del lugar y el primer requisito es que la comunidad las seleccione”.<sup>147</sup>

De modo que la participación comunitaria no sólo es un acierto económico, pues el involucrar a personas de la comunidad en

---

<sup>145</sup> Flores Alvarado, Angel. *Idem*.

<sup>146</sup> Según una evaluación, el 86% de los comités se abocaba principalmente a la nutrición infantil, el 68.5% realizaba diagnósticos de salud y el 58% también hacía tareas de alfabetización. Flores Alvarado, Angel, “Interacción entre los equipos de salud y la comunidad”, en *La participación comunitaria en el cuidado de la salud*, México, IMSS, 1997, pp. 249-262.

<sup>147</sup> Entrevista al Doctor Cabral.

la resolución de problemas de salud permite reconocer valiosos conocimientos y prácticas tradicionales y amalgamarlas con la medicina institucional de corte occidental; favorece la posibilidad de crear una cultura de la salud enfatizando estrategias preventivas; posibilita un trato más cercano entre prestadores de servicios y usuarios; y deposita en la comunidad buena parte del saber sobre la salud.

El Programa tiene un enfoque integral. Existe una estrategia de atención mínima de la salud, donde se suman los recursos comunitarios y los de la institución para "modificar los factores que condicionan la salud... o sea mejoramiento de la vivienda, educación, letrinas y drenaje, sistemas de agua potable, electrificación, caminos, fomento de huertas familiares, proyectos ecológicos para reforestación, tratamiento de aguas y también incorporación de la medicina tradicional e indígena".<sup>148</sup> Así, junto a los servicios de salud también se procuran los de nutrición, educación, higiene y saneamiento ambiental. De manera que quienes impulsan las acciones "no solamente son promotores de salud, sino promotores comunitarios".<sup>149</sup>

El Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) consiste - explica el Coordinador- en que "la comunidad, el comité, los promotores y los técnicos de salud realizan un diagnóstico de los problemas de la salud en la localidad, los jerarquizan, seleccionan el más frecuente y el que sí se puede resolver, hacen un programa, lo llevan a cabo, y después lo evalúan con un sistema de información, que además les permite retroalimentar su diagnóstico... Este es el modelo que se practica en cada comunidad donde hay una unidad médica rural, donde hay un hospital". De este modo y a muy bajos costos, el IMSS-SOL cuenta con diagnósticos anuales actualizados de la salud en el área rural donde opera.

Entre las prioridades definidas por el IMSS-SOL en 1998, se encuentra la salud reproductiva: "Nos planteamos cinco prioridades:

---

<sup>148</sup> Entrevista al Doctor Cabral.

<sup>149</sup> *Idem.*

la primera vincula la educación con la salud; la segunda es la salud reproductiva y la materno-infantil; la tercera es el proyecto de adolescentes y jóvenes rurales e indígenas; la cuarta es la salud ginecológica de la mujer, con énfasis en detección y tratamiento oportuno de cáncer cérvico uterino y de mama; y la quinta es el proyecto de saneamiento ambiental muy relacionado con la salud".<sup>150</sup> El MAIS es sin duda ambicioso, pues según el Doctor Cabral "pretende resolver el 85% de los problemas de salud de la gente rural, no sólo en atención médica, sino en desarrollo comunitario".

Para el Coordinador General la capacitación a los prestadores de servicios y la información a los usuarios ha sido fundamental, particularmente después de 1994 cuando se redoblaron esfuerzos en torno a la salud reproductiva. "La capacitación se da en cascada, y consiste en que el personal de comando delegacional y la Coordinación del IMSS-SOL hace un diagnóstico, define prioridades y capacita al primer eslabón de la cadena, luego ellos llegan a las delegaciones y capacitan a cada zona médica, que tiene de 16 a 20 unidades médicas rurales y cada unidad tiene tres asistentes rurales y cada asistente y cada médico rural tiene todo ese personal de parteras, de promotoras, de médicos tradicionales, y así vamos bajando la capacitación".<sup>151</sup>

El IMSS-SOL capacita a becarios y personal adscrito al Programa, y a miembros de las comunidades. Las becas equivalen a un salario mínimo y se proporcionan a parteras y asistentes rurales durante el tiempo que dura su entrenamiento, y sin duda se trata de una remuneración simbólica.<sup>152</sup> En los informes de avance del CONAPO se registran múltiples acciones de capacitación<sup>153</sup> y se menciona como un buen ejemplo la atención a la salud del ado-

---

<sup>150</sup> Entrevista al Doctor Javier Cabral.

<sup>151</sup> *Idem*.

<sup>152</sup> Las becas son otorgadas por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social gracias a un convenio con el IMSS-SOL.

<sup>153</sup> Se dice que a través de las 10 radiodifusoras del Instituto Nacional Indigenista se transmitieron mensajes en 29 lenguas indígenas sobre salud reproductiva y planificación familiar y se establecieron convenios con 225 radiodifusoras locales para emitir spots sobre estos temas, entre otras acciones.

lescente.<sup>154</sup> En el “Modelo de atención a la salud ginecológica”, con énfasis en el cáncer cérvico uterino, los informes mencionan que se ha capacitado al personal buscando incrementar la cobertura de detección y mayor eficiencia en la toma y lectura de la citología cervical, además se han entrenado equipos de conducción en la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, el Manual de Instrucción para el Uso de la Metodología Anticonceptiva y la Guía para la Obtención del Consentimiento Informado y Compartido. Sin embargo, en algunas entidades con enormes rezagos como Chiapas, donde la mortalidad por cáncer cérvico uterino es casi el doble del promedio nacional, un estudio reciente reveló que el IMSS-SOL carece de equipo para realizar la prueba del *papanicolaou*, que hay apenas un citotecnólogo por cada jurisdicción; también se documenta la falta de gratuidad del examen y de los tratamientos de displasias femeninas. Se muestra que en el IMSS-SOL se hacen exámenes “a ojo”, macroscópicos, por la carencia de equipos para la toma de muestras.<sup>155</sup> Hay opiniones críticas sobre la visualización macro de cuello de utero, dado que se trata de una revisión “a ojo”, algunas doctoras consideran que se hace simplemente por falta de equipo, “lo grave es que se acepta como una técnica válida institucionalmente y es una opción regresiva”.<sup>156</sup> Si bien ha habido acciones de capacitación, estudios de caso como éste, documentan las penurias, dificultades y contradicciones del proceso y ponen en duda el balance optimista del IMSS-SOL.

En los informes oficiales se dice también que se han establecido Centros Delegacionales de Capacitación en técnicas simplificadas de anticoncepción quirúrgicas, donde las parteras aprenden técnicas de anestesia local y sedación, así como técnicas de vasectomía sin bisturí.<sup>157</sup> Con el usuario “tenemos reuniones, asam-

---

<sup>154</sup> Participan equipos multidisciplinarios regionales y coordinadores de enseñanza de Hospital Rural.

<sup>155</sup> Gloria Sayavedra, estudio sobre el cáncer cérvico uterino en Chiapas en este libro.

<sup>156</sup> Entrevista a la Doctora Gloria Sayavedra, 18 de febrero de 1999.

<sup>157</sup> En el estudio de Sayavedra se dice que en la región fronteriza sólo un hospital del ISSSTE hace vasectomías porque el resto no tiene personal capacitado.

bleas, talleres de capacitación -dice el Coordinador- además firmamos un convenio con la Secretaria de Educación Pública (SEP) para utilizar el satélite Edusat (Canal de Educación Satelital a Distancia) y transmitir información y programas educativos sobre planificación familiar y salud sexual y reproductiva".<sup>158</sup>

En cuanto a anticonceptivos, el doctor Cabral argumenta que "la prevalencia de métodos es muy dispareja en el campo y la ciudad, por eso planteamos un proyecto de salud reproductiva que tiene como premisas: la información, educación y comunicación en métodos anticonceptivos, en enfoque de género y en derechos humanos. La disponibilidad de los métodos anticonceptivos y la provisión y el acceso son claves para extender la cobertura de anticoncepción".<sup>159</sup>

Para los solidario-habientes -dice el Coordinador- diseñamos una estrategia a la que llamamos Modelo de Comunicación Alternativa<sup>160</sup> sobre salud reproductiva y planificación familiar... así, se imprimieron rotafolios, trípticos, carteles, libros que contenían todos estos temas poniendo el acento en lo integral de la salud reproductiva de la mujer, y no solamente en la planificación familiar".

Las "Jornadas Quirúrgicas" han sido, según el Doctor Cabral, otro éxito del Programa: "Tenemos una gran demanda para OTB y aplicación de dispositivos intrauterinos, claro que lo quirúrgico viene después de una jornada educativa, que la gente sepa que es eso, que implicaciones y riesgos tiene... Además la paciente contesta la hoja de consentimiento informado y compartido".<sup>161</sup> Los informes oficiales mencionan que a través de las jornadas educativas y quirúrgicas en Unidades Médicas Rurales, se logró incre-

---

<sup>158</sup> Entrevista al Doctor Cabral.

<sup>159</sup> *Idem.*

<sup>160</sup> Se refiere al Modelo de Comunicación educativa diseñado a fines de 1995 que promueve de forma didáctica prácticas de procreación saludables, enfocadas a mejorar la salud materno-infantil, orientación sexual y reproductiva a jóvenes de 10 a 19 años de edad, consejería a adolescentes a través del manual de apoyo "De aquí no sale" que ofrece información y confidencialidad, difusión y orientación de enfermedades de transmisión sexual como la sífilis y el VIH-SIDA.

<sup>161</sup> Entrevista al Doctor Cabral.

mentar el promedio de aceptantes en un 50% entre 1994 y 1997.<sup>162</sup> Lo cual parece un poco exagerado pues en las últimas dos décadas -cuando cobra auge la práctica de la anticoncepción como política de planificación- apenas se alcanza a cubrir al 28% de las mujeres rurales en condiciones de mayor rezago educativo y socioeconómico, y cuando en 1992 existía en el campo una demanda insatisfecha de métodos, cercana al doble de la de áreas urbanas y metropolitanas.

En cuanto a planificación familiar y salud reproductiva el Coordinador insiste en que el Programa IMSS-SOL tiene "un enfoque en salud no en demografía... no nos interesa saber si le estamos quitando el número de hijos a la mamá, sino educarla en que los embarazos pronto, frecuentes y muchos la ponen en riesgo de muerte a ella y al niño... Si una mamá tiene hijos cada año, el tercero nace con desnutrición severa y la madre se deteriora... le decimos no la amuele, espérese, recupérese, vaya despacito... Si quiere tener trece hijos, adelante, la fecundidad es libre y natural, téngalos, pero vigílese constantemente".<sup>163</sup> Esta idea quizá contrasta con las metas de protección anticonceptiva de alcanzar el 57% de cobertura en el medio rural para el año 2000, particularmente en las delegaciones identificadas como prioritarias por CONAPO.<sup>164</sup> Quizá por este imperativo, los informes oficiales del IMSS-SOL insisten en que ya se tiene una cobertura del 56.5% en las comunidades donde opera el Programa, con un resultado de más de un millón de solidario-habientes usuarias de métodos anticonceptivos, y solamente les faltan un 0.5% para llegar a la meta.<sup>165</sup> Y aunque se insista en que no hay prioridades demográficas, lo cierto es que la urgencia por alcanzar las metas denota lo contrario, así los informes oficiales dicen que en las Unidades Médicas Rurales la cobertura anticonceptiva posparto alcanzó nada

---

<sup>162</sup> Consejo Nacional de Población, *III Informe de...*, p. 286.

<sup>163</sup> Entrevista al Doctor Cabral.

<sup>164</sup> Consejo Nacional de Población, *III Informe de...*, p. 286.

<sup>165</sup> Se menciona también que entre 1994 y 1997 en el área del Programa, el uso de DIU se incrementó del 50 al 51.2%, el quirúrgico aumentó del 15.9 al 18.2%, mientras que el hormonal disminuyó del 33.7% al 29.9%.

menos que el 77%, la posaborto el 82.9% y la del Programa en conjunto casi el 80%.<sup>166</sup>

En relación al cáncer cérvico uterino: "Nuestro proyecto - dice el Doctor Cabral- es cubrir a más del 85% de mujeres susceptibles de padecer este cáncer, porque la cobertura real anda entre un 15% y un 20%". Pero el problema no sólo es clínico "se requiere involucrar al personal médico en una cultura de la revisión de los genitales de la mujer, pero se necesita una inversión de dinero muy importante para que haya lectura de todas las laminillas del *papanicolau* y respuesta oportuna, ahorita la cobertura es muy baja." Otra cuestión que el coordinador asegura como muy eficaz para la detección de cáncer de cuello de útero y que se está practicando con mucho éxito en los hospitales y unidades médicas del Programa "es la visualización de pelvis que hacen médicos generales, es una técnica para ver el interior uterino, se trata de una visualización externa o macro con uso de productos químicos, si se ven problemas en una mujer se le selecciona y se le envía a un hospital donde hay instrumental y equipo para una atención más compleja. A este proyecto se le agrega el aspecto cultural y de seguimiento que implica la Cartilla de la Mujer, pues nuestro programa es hacia la mujer."

Por otro lado, el Coordinador reconoce la escasa participación del varón: "Hemos tenido muchísima demanda de vasectomías, esto es un avance, aunque no quiere decir que el hombre esté más incorporado... el problema sigue siendo cultural y educativo, y esto es uno de los rezagos más importantes que tenemos".

Aunque se admite que ha aumentado el número de pobres y que por tanto también han crecido las necesidades y las carencias de servicios médicos para esta población, el Coordinador insiste en que se trata de "un Programa muy bien cimentado en comparación con otros y que ha tenido muy buenos resultados". Pese a las carencias, dice, el Programa se sostiene por "la necesi-

---

<sup>166</sup> Consejo Nacional de Población, *III Informe de...*, p. 288.

dad de la gente y la eficiencia institucional".<sup>167</sup> Oficialmente se maneja que entre 1990 y 1997 la mortalidad materna y perinatal ha disminuído en un 40.8%,<sup>168</sup> lo que parece exagerado en tan corto tiempo, más si la cifra se refiere a áreas rurales; además de que de 1994 a 1996 aumentó el número de pobres extremos, particularmente en el campo.

Por otra parte, para el Doctor Cabral, ni el recorte, ni la reducción del presupuesto restan eficiencia y éxitos al Programa "de los 3,200 millones de pesos en cifras gruesas que tenemos de presupuesto anual, casi toca 180 pesos al año por solidario-habiente. Se destina el 70% a niños y mujeres y cada vez nos acercamos más a sostener coberturas preventivas totales, lo que quiere decir que nuestras inversiones están acercándose al 85% o 90% de las necesidades de prevención (nada menos), en cambio los presupuestos para curación son apenas del 70% u 80%... y claro, falta dinero para tener otras especialidades."<sup>169</sup> Pero el obstáculo no es principalmente el presupuesto, "en los últimos tres años, de 1994 para acá, la demanda de servicios ha aumentado entre el 15 y el 40% en consultas, egresos hospitalarios, exámenes de laboratorio, y estoy de acuerdo en que se requiere más dinero, pero sobre todo se necesita enfocarlo más a la transferencia de tecnología educativa, a proyectos productivos, a enseñarle a la gente cómo hacer cosas para incorporarse al mercado... por eso estamos haciendo un Modelo de Desarrollo Humano, que complementa todos nuestros programas, donde les decimos a los jóvenes, a las mamás, y a los señores de las áreas rurales que ellos son importantes y que valen mucho para México, y que con esfuerzo, sí pueden salir de la pobreza extrema".<sup>170</sup>

Indudablemente, el IMSS-SOL es un programa importante para los millones de pobres rurales. Aunque los informes muestran esfuerzos y logros, una de las dificultades evidentes no reportados

---

<sup>167</sup> Entrevista al Doctor Cabral.

<sup>168</sup> Consejo Nacional de Población, *III Informe de...*, p. 288.

<sup>169</sup> Entrevista al Doctor Cabral.

<sup>170</sup> *Idem*.

se refiere al presupuesto. Parece abusarse del ahorro que para el sector público representa la participación comunitaria, y ello necesariamente implica que los costos de salud del sector más pobre de la sociedad mexicana están recayendo en la comunidad, en los usuarios y en la propia salud de las personas.

Otra cuestión importante es que, pese a las carencias, este programa aborda la salud reproductiva en una perspectiva integral del desarrollo y la salud de la comunidad. Este enfoque permite enfatizar tareas preventivas que otras instituciones dejan de lado o no priorizan por tener un enfoque curativo. Finalmente, vale la pena mencionar que lo relacionado con planificación familiar, salud perinatal y cáncer cérvico uterino, forman parte de las prioridades institucionales. Sin duda, una mejor provisión de recursos financieros permitiría que el programa funcionara mejor y es previsible que mejoraría la salud y la salud reproductiva de los pobres del campo.

### **El Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia**

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), fundado en 1977, es resultado de la fusión del Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez y el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia. En 1982 se integra al sector salud con el objetivo de ofrecer servicios de prevención, orientación y promoción de la salud, la nutrición y la asistencia social y comunitaria, a población vulnerable y marginada. Actualmente se apoya en los programas nacionales de Salud, Alimentación, Solidaridad y Modernización de la Empresa Pública y opera en dos mil municipios del país, con cuatro programas básicos.<sup>171</sup>

Los acciones del DIF abarcan una gama muy amplia de problemáticas, desde la asistencia alimentaria (desayunos escolares, despensas familiares, cocinas populares) hasta la atención de cen-

---

<sup>171</sup> Los de atención y mejoramiento de la nutrición familiar; de promoción familiar y comunitaria; de rehabilitación y asistencia social; y de ayuda y asistencia a la población en desamparo. Salud. *México Social. 1996-1998. Estadísticas Seleccionadas*. p. 279.

tros para discapacitados en zonas urbanas. En áreas rurales, el DIF lleva a cabo programas para el desarrollo comunitario que incluyen centros de salud de uso múltiple, y educación y orientación sobre varios temas.<sup>172</sup>

Parte importante de los esfuerzos y recursos del DIF se canalizan a infantes y adolescentes. Los niños asistidos están generalmente en situación de abandono, orfandad o maltrato y son población "de alto riesgo": niños de la calle, jornaleros y migrantes. Para ellos la institución desarrolla programas de asistencia jurídica, psicológica, médica y también les proporciona hogares, becas y tratamiento contra adicciones.

Las y los adolescentes son uno de los grupos prioritarios a los que el DIF ha orientado parte de sus acciones en los últimos años. Desde 1989 emprendió programas como el de Desarrollo Integral del Adolescente (DIA) que, entre otras tareas, incluía información y consejería sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual.

En 1992, en coordinación con los Centros de Orientación para Adolescentes (CORA) se crearon los Círculos de Madres Adolescentes en 23 Centros de Desarrollo Comunitario del Distrito Federal como una alternativa de superación de madres menores de 20 años. De esta experiencia se desprendió la necesidad de reforzar acciones educativas para prevenir el embarazo temprano no planeado, para disminuir su reincidencia, sensibilizar a las madres acerca de cuidados pre y posnatales, y facilitar el ingreso de sus pequeños a estancias infantiles y para que las jóvenes continuaran sus estudios. Desde entonces se empezó a incorporar una perspectiva de género, y después de 1995 se elaboró un Manual sobre el tema que ha orientado a ésta y a otras instituciones de salud, particularmente en tareas relacionadas con adolescentes y mujeres. El DIF ha planteado una doble estrategia para menores y adolescentes, una considera acciones preventivas para

---

<sup>172</sup> El Programa Red Móvil cuenta con dos mil promotoras comunitarias en el país, que viven durante seis meses en poblados rurales y orientan a la gente sobre salud, nutrición, mejoramiento de la vivienda, letrización y saneamiento ambiental.

el ejercicio de una conducta sexual responsable; otra ofrece atención y se apoya en la constitución de grupos de madres adolescentes para la autoayuda y superación. Este programa fue realmente precursor de los que más tarde se impulsarían siguiendo los lineamientos de la conferencia de El Cairo sobre salud sexual y reproductiva. Pero los cambios no ocurrieron de inmediato, y la adopción del Programa en las instituciones estatales del DIF estuvo sujeta al entendimiento y al presupuesto de cada entidad. En Baja California Sur por ejemplo, hasta 1996 el Programa de atención a adolescentes, se reduce a acciones curativas puntuales: consultas médicas y odontológicas en centros comunitarios; aunque ya empiezan a ofrecerse asesorías psicológicas, "hasta entonces -afirma una funcionaria del DIF- empezamos a promover el espíritu de El Cairo: los derechos de los jóvenes a la salud, al consentimiento informado, a la libre decisión, así como la responsabilidad de los varones en la fecundidad."<sup>173</sup> Y reconocía la importancia del trabajo preventivo con este grupo, pues éste, es uno de los estados con los índices más elevados de embarazo adolescente en el país y donde se ha incrementado aceleradamente la morbilidad por ETS.<sup>174</sup>

En 1997 se inició un programa nacional de atención a jóvenes de entre 12 y 19 años, que retomó y dió continuidad al proceso anterior. Se trata del Programa Nacional de Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes, cuya normatividad fue elaborada por el DIF y la UNICEF, y que se apropia plenamente de los conceptos y estrategias del PSRYPF. Este Programa busca "promover entre los y las adolescentes un ejercicio responsable de la salud sexual y reproductiva, con acciones orientadas a la

<sup>173</sup> Entrevista a la Lic. Nohemí Carrillo Núñez, subdirectora de Concertación y Asistencia Social del DIF de Baja California Sur, tomada del documento *La Implementación del programa de Acción de El Cairo en el Sistema para el desarrollo Integral para la Familia (DIF) en Baja California Sur*, de Mónica Jasis Silberg (en este libro).

<sup>174</sup> Según el estudio citado de Mónica Jasis, en 1998, el 28% de los nacimientos de la entidad provinieron de madres menores de 19 años, además en el quinquenio 1991-1995 el promedio nacional fue de 2.5 hijos por mujer, en Baja California Sur fue de 2.7 hijos por mujer. También se documenta que entre 1990 y 1994 los casos de ETS en la entidad, tratados por instituciones de salud, aumentaron en un 33%.

disminución de embarazos no planeados, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, así como la asistencia social a las que ya son madres, padres o gestantes jóvenes, en función de una mejor calidad de vida que favorezca la integración familiar y social.”<sup>175</sup> En términos programáticos su cobertura es nacional. En las entidades donde opera el DIF, el programa se echó a andar con recursos del DIF Nacional, pero un año después su principal sostén económico provino de los gobiernos estatales, lo que lo hizo depender de criterios muy variables. Por ejemplo en Baja California Sur donde cerca del 50% de la población es menor de 15 años, este Programa apenas atendió en 1997 a 99 jóvenes que en 1998 aumentaron a 250, con acciones de prevención, grupos de autoayuda, educación en torno a derechos, y participación de los varones en el ejercicio de la sexualidad. Pero, según dice una funcionaria del DIF estatal, como el Programa tiene un carácter primordialmente preventivo y no curativo, “es probable que no se logre el apoyo necesario del departamento de Finanzas del Gobierno del estado”.<sup>176</sup> De manera que en casos como éste, el impacto puede ser mínimo.

“En este proyecto -explica el Director de Promoción y Desarrollo Social del DIF- tratábamos de prevenir y atender el embarazo adolescente pero no desde el punto de vista médico, sino rebasando esa perspectiva y valorando los riesgos sociales, la estigmatización familiar y la exclusión a la que lleva”.<sup>177</sup> Muchas veces, dice, la joven que se embaraza deja de estudiar, no puede trabajar, sufre el rechazo de sus compañeros, de su familia y hasta el maltrato físico de los padres, quienes frecuentemente la obligan a casarse. «Formamos grupos de autoayuda con jóvenes gestantes y madres adolescentes -relata el Director de Promoción- y en seis meses desarrollamos un taller con 19 sesiones donde se

---

<sup>175</sup> DIF-UNICEF, *Programa Nacional de Prevención y Atención Integral del Embarazo a Adolescentes*, México, 1998.

<sup>176</sup> Documento citado de Mónica Jasis donde refiere una entrevista con la Lic. Carrillo sobre las dificultades para sostener este programa.

<sup>177</sup> Entrevista al Lic. Francisco Robles, Director de Promoción y Desarrollo Social del DIF, 29 de julio de 1998.

tratan temas como la autoestima, la afectividad, la salud sexual y reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, maternidad, desarrollo del niño y también se abordan los derechos de los jóvenes a tener y a cuidar a sus hijos, porque muchas veces los abuelos se los quitan. Todo esto encaminado a integrar a las adolescentes a la familia y a la sociedad y a incorporarlas a procesos educativos y productivos».

Pero no solamente para este grupo etario se trabajan aspectos de salud sexual y reproductiva. El DIF tuvo un papel muy activo en la creación de la Cartilla de la Mujer. Y hasta reclaman la paternidad: "nosotros fuimos los inventores". La iniciativa surgió en el DIF de Tlaxcala, donde la esposa del ex-gobernador emprendió una verdadera cruzada contra el cáncer cérvico uterino, con la ayuda de las esposas de los presidentes municipales, que a su vez formaron una red muy numerosa de voluntarias para que no "quedara una sola mujer sin hacerse el examen del *papanicolau*; el DIF estatal puso parte de la infraestructura, pero el programa caminaba solo, eran como tres mil señoras convenciendo a otras, que convencían a otras que jalaban a las demás".<sup>178</sup> Tlaxcala es la entidad con el más alto índice registrado de cáncer de cuello de útero en el país. "En tres años de intensa labor, se incrementaron de 12 mil a setenta y tantos mil los exámenes de cáncer de cuello de útero. Y no es que se hubiera disparado el número de mujeres con cáncer, sino que había un subregistro enorme".<sup>179</sup> Gracias al empeño de este ejército femenino, "se logró que el resultado de los exámenes se entregara en un mes, en lugar del año que normalmente tardaba".<sup>180</sup> Y para ello el DIF pagó y capacitó a los citotecnólogos "desde cómo hacer las lecturas celulares, hasta los estudios epidemiológicos que corrigen márgenes de error",<sup>181</sup> y se encargó del trabajo de promoción y difusión. La Ssa, que coordinaba el programa, hacía los diagnósticos

---

<sup>178</sup> *Idem.*

<sup>179</sup> Entrevista al Doctor José Luis Navarro Paredes del DIF, 29 de julio de 1998.

<sup>180</sup> *Idem.*

<sup>181</sup> *Idem.*

y canalizaba a las mujeres a las clínicas de displasia, donde se les daba tratamiento gratuito.

A partir de la espectacular experiencia de Tlaxcala, afirma el Director de Promoción, "se pensó en dar forma a la Cartilla, primero la retomó el Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica y luego el nacional (CONAVE),<sup>182</sup> finalmente se discutió en el centro... y en marzo de 1988 por fin se presentó formalmente en el Centro Médico como Cartilla Nacional de Salud de la Mujer." En el decreto del 6 de marzo se establece que se trata de "un instrumento que facilita a las mujeres llevar el seguimiento adecuado de su estado de salud, a fin de exigir la atención respectiva..." y donde se consigna información básica.<sup>183</sup>

Pero "sacar adelante esta Cartilla no fue nada fácil -dice el Director de Promoción- nos topamos con muchas resistencias de las propias mujeres y hubo cantidad de médicos con opiniones muy contrarias." En primer lugar las mujeres no están convencidas de hacerse el examen -nos explican- "porque es molesto, porque en ocasiones anteriores las han lastimado o humillado, porque no se toma la muestra con cuidado y con suficiente privacidad." Además tampoco ellas le dan importancia a su autocuidado; en segundo lugar, no se practican el examen si no tienen el permiso del marido, y en Tlaxcala "exigían que tomara la muestra una mujer y de ningún modo el médico del pueblo, que es su paisano y las conoce."<sup>184</sup>

Y es que la idea renovadora de la salud reproductiva propone un examen más frecuente, que el *papanicolau* se vuelva una costumbre y que el autocuidado se transforme en un hábito, lo cual "ha implicado pelearse con esquemas y patrones culturales muy arraigados." Según opiniones de algunos oncólogos y médicos de salud pública este examen debe practicarse cada tres años

---

<sup>182</sup> Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

<sup>183</sup> Salud perinatal; planificación familiar (métodos anticonceptivos que la mujer utilice o haya usado), prevención y control de cáncer cérvico uterino y mamario (exámenes de *papanicolau* y clínicos de mama); climaterio y menopausia, todas las vacunas aplicadas a la mujer desde el inicio de su edad reproductiva y antecedentes ginecobstétricos.

<sup>184</sup> Entrevista al Lic. Robles.

o cuando mucho cada dos, "alegaban que era muy costoso hacerlo anual en comparación con las muertes evitadas, que no valía la pena el gasto."<sup>185</sup> Otro desacuerdo era la edad y casi por las mismas razones, muchos médicos sostenían la idea de que la revisión no es relevante antes de los 45 años, y en cambio la corriente promotora de la salud reproductiva, propone que sea anual y empiece desde la juventud. "El impacto en costo y el ahorro de tratamientos de cáncer y de disminución de la mortalidad femenina -afirman nuestros informantes- puede ser enorme." Un examen anual hace cultura, crea hábito. "Si se estableciera cada tres años, como norma, todo el esfuerzo educativo y de convencimiento se perdería, y por tanto también se desandaría el camino ganado con las mujeres hacia su revaloración."<sup>186</sup>

La Cartilla de la Mujer no solamente es un documento médico, "importa desde el punto de vista cultural, social y de género... Por una parte es una constancia del seguimiento periódico de la salud de la mujer y esto es la misión que le toca a los médicos, que lo asumen como un método de detección. Por otra, la Cartilla es central desde la perspectiva del derecho." Se trata, dicen nuestros entrevistados, "del Acta donde consta que la mujer tiene derecho a la vida y a la salud". La Cartilla acentúa que la mujer es un sujeto con derechos. Y sin duda "su aprobación es un avance sin precedentes."<sup>187</sup>

Para garantizar la difusión de la Cartilla, el Grupo Interinstitucional acordó que el sector público la distribuyera en sus centros de atención; en el DIF "nos propusimos llevársela a miles de mujeres 'nadahabientes', revisando el padrón electoral. Ya se ha repartido una gran cantidad. Ahora tenemos el reto de dar una educación permanente para que tener la Cartilla y usarla, de veras vaya haciendo cultura entre mujeres". Sin duda esto es un logro, pero es evidente que no bastan las campañas de distribución masiva de la cartilla, que no basta con que un gran número de

---

<sup>185</sup> *Idem.*

<sup>186</sup> *Idem.*

<sup>187</sup> *Idem.*

mujeres la tenga; para generar una cultura del autocuidado es necesario además que las mujeres accedan realmente a los servicios de salud, que puedan practicarse el examen y tratarse clínicamente. Sin esta otra parte, que implica disposición de laboratorios, de citotecnólogos, de clínicas de displasias, en fin, de recursos médicos, humanos y económicos para acercarse y atender a la población más desprotegida y vulnerable, la cartilla puede resultar ineficaz.

Aunque el DIF cuenta con hospitales en algunas entidades, su principal ámbito de acción no es el de la atención médica sino el preventivo, formativo, educativo y asistencial. "Esto es una limitación y a la vez una virtud". A diferencia de otras instituciones de salud, su labor no está encerrada en la clínica, se desarrolla en la calle, las colonias, las comunidades, por esto sus posibilidades en lo formativo y cultural son muy amplias, pues teóricamente puede llegar a mayor número de personas. Pero en cuanto a recursos, el DIF Nacional es más precario que la mayoría de las instituciones del sector salud. "Además de las pláticas de orientación sobre las ventajas y riesgos de la sexualidad, antes contábamos por lo menos con un paquete de anticonceptivos, restringido, pero que nuestro personal médico y paramédico podía aplicar. Hoy ni condones tenemos para acompañar las sesiones de planificación familiar."<sup>188</sup> De modo que otro problema del DIF es el de los recursos.

"El DIF Nacional tiene poco presupuesto y muchos promotores voluntarios, que en realidad representan nuestra mayor riqueza." Aproximadamente un 59% de su presupuesto se destina a programas alimentarios, el 35% a rehabilitación, centros asistenciales y casas hogar, y muy poco a otras actividades, donde se incluye planificación familiar y salud sexual y reproductiva. Pero además esto se vincula con el hecho de que el DIF Nacional aporta sólo un 20% de la operación del Sistema en los estados, pues el grueso proviene de los gobiernos estatales. Es decir que el DIF está realmente descentralizado y su funcionamiento depende de los

---

<sup>188</sup> *Idem.*

estados. "Prácticamente cada DIF estatal es un órgano de gobierno autónomo dirigido por las esposas de los mandatarios. Y esto hace que el funcionamiento de los programas dependa mucho de la energía o la pasividad de cada directora."<sup>189</sup> En general "la descentralización no es mala, todo lo contrario, los programas y los recursos se adaptan, se adecuan, se priorizan según las necesidades de la entidad..." pero en la tarea de impulsar la salud sexual y reproductiva, todo se hacía según la interpretación particular de cada Comité Estatal, y muchas veces el campo de trabajo del DIF en salud reproductiva se reducía a cuestiones de planificación familiar y aplicación de DIU y hasta ahí."

En entidades como Baja California Sur, de 1995 a 1997 los recursos del DIF destinados a programas relacionados con salud sexual y reproductiva se incrementaron muy poco en comparación con los de asistencia familiar, social y alimentaria, y con los de carácter curativo.<sup>190</sup> Llama la atención el recorte de ingresos que de 1995 a 1997 sufrió por ejemplo, el Programa para la Atención a Adolescentes, pues fue nada menos que del 49%.<sup>191</sup> Otro Programa, el de Servicios Médicos, donde se promueve el uso de métodos anticonceptivos, desde 1996 se volvió exclusivamente preventivo, porque la Institución carecía de anticonceptivos, de manera que los médicos se limitaban a dar pláticas sobre el tema, pero tampoco se realizan acciones para la prevención del cáncer cervicouterino y mamario, en parte por falta de materiales.<sup>192</sup> Esto no solamente debido a que se redujeron los recursos federales para estos programas, sino al hecho de que el gobierno del estado planteó prioridades presupuestales distintas. Pese a ello, de 1995 a 1997, no solamente disminuyó sino que creció la atención

---

<sup>189</sup> Entrevista al Doctor Navarro.

<sup>190</sup> Así, el Programa Alimentario de Atención Social a la Familia (PASAF) en 1997 aumentó 34 veces el presupuesto que tenía en 1995, mientras que los tres programas más relacionados con salud sexual y reproductiva (Red Móvil, Servicios Médicos y Atención al adolescente), apenas tuvieron un incremento relativo del 11% de 1995 a 1997. Estudio citado de Mónica Jasis.

<sup>191</sup> Según el estudio citado de Mónica Jasis, mientras que en 1995 este programa disponía de 93,611 pesos, en 1997, contaba apenas con 45,882 .

<sup>192</sup> Estudio citado de Mónica Jasis.

a madres adolescentes, lo que revela que los programas nacionales de salud sexual y reproductiva en general, pero en este caso los impulsados por el DIF Nacional, sí tuvieron alguna resonancia en los estados.

Desde la creación del Grupo Interinstitucional y de la DGRS, el DIF ha participado muy activamente en el impulso de la salud sexual y reproductiva. Además de aportar su experiencia con adolescentes donde ya se manejaba la salud sexual y reproductiva con un enfoque de género, en el DIF se elaboró un manual sobre perspectiva de género, que se ha difundido con mucho éxito.

Sin embargo la apreciación sobre la riqueza de este proceso "deja mucho que desear -opinan nuestros entrevistados- por documentos de análisis, programas novedosos, conceptos holísticos y definiciones bonitas sobre sexualidad y salud reproductiva, no paramos... " el reto es hacer que tan valioso material sea asimilado por los prestadores de servicios.

Otro problema es que "todavía no acaba de asumirse una visión de género de quienes tienen que llevarlo a la práctica, el proceso es disparado porque falta educación en este sentido. Tampoco el mejoramiento de la calidad de los servicios se ha logrado plenamente, el trato autoritario hacia las y los usuarios persiste entre muchos prestadores de servicios."

Sin duda la educación a los prestadores de servicios y a los usuarios, orientada a reforzar una cultura diferente de la salud sexual y reproductiva, es indispensable, y según nuestros entrevistados, ya se han dado los primeros pasos. El Programa para Adolescentes, la campaña de la Cartilla de la Mujer, el Manual de género, son elementos importantes en este sentido y el DIF ha sido una institución promotora relevante en lo tocante a adolescentes y a la difusión de la Cartilla. Pero un obstáculo serio es la limitación de recursos. Resulta paradójico que el DIF haya ampliado sus acciones en torno a la salud sexual y reproductiva y cuente con poco presupuesto. Hoy las tareas de la institución en torno a planificación familiar, anticoncepción, autocuidado, etc. son prioritariamente preventivas, en parte porque se carece de materiales y de anticonceptivos,

que antes sí manejaban directamente los médicos y promotores del DIF y que entregaban a las y los usuarios. Esta parte educativa y preventiva que se ha intensificado, puede resultar frustrante para la comunidad si no se ofrece también el acceso a ciertos servicios (*papanicolau*, clínica de displasias, etc.) y a cuando menos algunos métodos anticonceptivos, que acompañen las sesiones informativas y el trabajo de promoción de una salud sexual y reproductiva sana y equitativa entre géneros.

### Otras acciones institucionales en torno a la salud sexual y reproductiva<sup>193</sup>

Hasta aquí hemos analizado algunos elementos de los procesos institucionales de la salud sexual y reproductiva después de El Cairo. Y aunque nos limitamos a un examen rápido de la experiencia de la Dirección General de Salud Reproductiva y de tres instituciones del sector salud (IMSS, IMSS-SOL y DIF), es sabido que en este proceso han participado más de una veintena de instituciones públicas, algunas empresas privadas,<sup>194</sup> ONG y agencias internacionales.<sup>195</sup> Sin duda se han realizado múltiples actividades relacionadas con la salud sexual y reproductiva en un esfuerzo inédito de coordinación institucional, social y comunitaria. El universo de las acciones ha resultado muy amplio, desde la discusión y planeación de políticas rectoras, normas oficiales y procedimientos de la salud sexual y reproductiva dirigidas a instituciones del sector; hasta la capacitación de padres de familia, promotores juveniles y parteras de remontadas comunidades rurales e indígenas. Todo ello ha significado un avance sustancial, pero la aplicación de las normas, la

---

<sup>193</sup> Para elaborar este apartado hemos recurrido básicamente a la información contenida en: Consejo Nacional de Población, *III Informe de...*; y Comité Técnico Para la Revisión y el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD, del Grupo de Trabajo Interinstitucional Sobre Salud Reproductiva, "Capítulo v. Salud, derechos reproductivos y salud reproductiva" (versión preliminar), en el *Informe de México, ejecución del Programa de Acción de la CIPD*, 1998.

<sup>194</sup> El Consejo de Fabricantes y distribuidores de sucedáneos de leche materna.

<sup>195</sup> La Agencia Internacional de Cooperación Japonesa (IICA) colaboró con la SSA, en la difusión y seguimiento de la Libreta de Salud Materno-Infantil, dirigida a mujeres embarazadas, que se inscribió en el objetivo de mejorar la calidad de la atención perinatal.

práctica cotidiana de los prestadores de servicios con la población más marginada, la escasez de recursos materiales y humanos, deja aún mucho que desear, y parecería que los progresos en torno a la salud reproductiva han sido más importantes en los ámbitos normativos y de planeación y más difíciles de ver en las prácticas médicas concretas.

En este esfuerzo institucional el uso de medios de comunicación ha sido imaginativo y diverso, desde el cartel y la historieta, hasta el mensaje televisivo, electrónico, radiofónico, el logo visual en el transporte público, en estampillas postales, exposiciones en museos, módulos de atención abierta, y servicios telefónicos especializados.

Los temas de sexualidad, de procreación, de regulación anticonceptiva, de enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA, de riesgos sexuales y reproductivos, del cuidado de la salud materna e infantil, de los beneficios de la lactancia al seno, de la prevención, detección y tratamiento oportuno de displasias femeninas, del climaterio y la posmenopausia, han dejado de ser patrimonio de "especialistas" y de manejarse "a puerta cerrada" en el ambiente médico de consultorios, clínicas y hospitales. Gracias al esfuerzo conjunto de instituciones públicas, organizaciones sociales y ONG, hoy, el término "salud reproductiva" y los temas asociados a él, han salido a las calles, están en los hogares, en los medios de comunicación, en los libros de texto gratuitos, en los discursos oficiales, de la iglesia y de las cámaras. Y esto significa que la salud sexual y reproductiva no sólo es asunto de médicos familiares, ginecobstetras, perinatólogos, etc., sino de educadores, comunicólogos, promotores sociales, abogados, investigadores y de la sociedad que se organiza en comités de mujeres, por la maternidad sin riesgo, por la lactancia materna, etc. La gente empieza a oír, lo asocia, le preocupa.

Los mensajes y los programas institucionales de salud sexual y reproductiva se están abriendo a población de todas las edades: niños, adolescentes, mujeres y hombres en edad fértil, personas posmenopáusicas y de la tercera edad; y a la vez se han elaborado

normas, programas y actividades especiales para grupos etarios como las y los adolescentes y los habitantes más vulnerables y desprotegidos de zonas rurales, indígenas y urbano marginales.

Un rápido recuento de qué se ha hecho hasta hoy resulta ilustrativo. El Grupo Interinstitucional, ha llevado a cabo acciones de coordinación interinstitucional, intersectorial e internacional; ha propuesto, elaborado e impulsado, políticas, normas y procedimientos en salud sexual y reproductiva, y ha promovido modificaciones en la legislación, además de investigar, programar y evaluar; finalmente, ha propugnado por la descentralización institucional.

Paradójicamente, las instituciones de la SSA han tratado de ampliar la cobertura de los servicios de salud y de planificación familiar -uno de los mayores desafíos- desplegando acciones de información, difusión, consejería de planificación familiar, así como de suministro y provisión de métodos anticonceptivos, pero como afirman algunos funcionarios de la Dirección General de Salud Reproductiva aún no se cubre la demanda insatisfecha y el futuro no será mejor, pues debido al recorte presupuestal, sólo podrán adquirirse en 1999 la mitad de los anticonceptivos de 1998. Instituciones como el DIF, reconocen que por falta de recursos, no disponen ni de condones para ilustrar sus sesiones educativas de salud sexual.

En los informes de avance del CONAPO, también se dice que el trabajo comunitario del IMSS-SOL y la SSA ha colaborado ha extender la cobertura con grupos muy rezagados como los indígenas y las comunidades rurales más pequeñas, aisladas y distantes. Esto no concuerda con el Progreso, que dejará de atender a 13 millones de pobres,<sup>196</sup> precisamente una parte de la población objetivo del IMSS-SOL. También resulta preocupante que por ejemplo, entre 1994 y 1995, en Chiapas, una de las entidades de mayor marginación, haya disminuído el gasto en salud para población abierta

---

<sup>196</sup> Angélica Enciso, "Excluídos del Progreso 13 millones de pobres", en *La Jornada*, 2 de marzo de 1999, p. 60.

pasando del 74% al 59%,<sup>197</sup> lo que seguramente influye en la cobertura del IMSS-SOL.

El servicio de información y orientación telefónica sobre planificación familiar *Planificatel* del IMSS y el CONAPO que empezó en 1997, y el *De joven a joven*, que proporciona información y orientación telefónica a adolescentes y parejas jóvenes, impulsado por el CONAPO, el DIF, Locatel y el Gobierno del Distrito Federal; y los mensajes radiofónicos dirigidos a adolescentes de todo el país con participación del CONAPO y los Consejos Estatales de Población (COEPO) en coordinación con el Instituto Mexicano de la Radio, son otras de las acciones amplias de información y orientación.

Otra medida fue la inauguración en 1997 de servicios vespertinos y módulos quirúrgicos del IMSS para el uso de quirófano en jornadas nocturnas o fines de semana, con el objeto de atender a más población y disminuir el intervalo entre la decisión y adopción de un método de control.<sup>198</sup> Pero algunos estudios sobre salud reproductiva revelan que en este esfuerzo hay contradicciones, sobre todo en la atención a usuarias indígenas de regiones rurales pobres: en Chiapas, las jornadas sabatinas han sido una práctica ordinaria del IMSS-SOL para esterilizar mujeres principalmente indígenas, mediante salpingoclasias y generalmente de modo coercitivo; de modo que en estas prácticas se confunde la necesidad de promover un consentimiento informado y libre sobre derechos reproductivos y métodos antoconceptivos, con medidas de presión en torno a la reducción de la fecundidad.<sup>199</sup> En el ensayo de Georgina Sánchez (en este libro), se destaca la importancia presupuestal que le otorga la Dirección General de Salud Reproductiva a la planificación familiar en Chiapas, la autora se pregunta si se trata de una inversión orientada a que las mujeres -principalmente indígenas- tengan más poder sobre su cuerpo y sobre su capacidad de decidir

---

<sup>197</sup> Citado por Georgina Sánchez *et al.* en *La salud reproductiva en la región fronteriza y los Altos de Chiapas. Una mirada prospectiva desde El Cairo*, en este libro.

<sup>198</sup> Según el *III Informe de Avances...*, en 1997, se captaron 75,762 aceptantes para los servicios, y 14,891 para los módulos.

<sup>199</sup> Citado por Georgina Sánchez *op. cit.*

sobre métodos, valoración de riesgos, disfrute de la sexualidad, o se atiende a un modelo regional rezagado y con altos índices de natalidad.

En relación con la educación sexual y reproductiva se reportan varias acciones, desde los talleres escolares y la inclusión de temas de sexualidad en los libros de texto de educación primaria y secundaria de la SEP; hasta trabajos concertados entre instituciones públicas y ONG, que sensibilizan y capacitan a promotores juveniles, a adolescentes y padres de familia en comunidades. El DIF, por medio del programa del Desarrollo Integral del Adolescente (DIA), y del Manual de Género, capacita y orienta a jóvenes en delegaciones e instituciones educativas; el IMSS también desarrolla campañas educativas en sus unidades de medicina familiar, y mediante visitas domiciliarias, a centros educativos, laborales, deportivos, en sesiones grupales, y a través de mensajes pintados en bardas, en mantas, mediante volantes. Una amplia acción educativa se dirige al fomento y la integración de grupos culturales y deportivos de jóvenes, donde promotores de salud, trabajadoras sociales de SSA, del DIF, del CONASIDA, de ONG como CORA y MEXFAM, imparten talleres, sesiones, cursos y pláticas confidenciales sobre salud sexual y reproductiva. El CONAPO impulsó la campaña *Planifica, es cuestión de querer*, dirigida a jóvenes de las regiones más rezagadas de once entidades del país, que incluyó promocionales para televisión abierta de cobertura nacional y versiones radiofónicas. El IMSS-SOL puso en marcha el "Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente" y el "Modelo de Comunicación Educativa" mediante la transmisión de programas vía satélite. Entre las acciones educativas dirigidas a promotores de los servicios de salud, destaca la elaboración de un rotafolio sobre Salud Sexual y Reproductiva de las y los Adolescentes, elaborado por el Subcomité Interinstitucional de Comunicación en Planificación Familiar formado por instituciones de la SSA y el CONAPO. Finalmente, otra acción coordinada entre la SSA, el IMSS, el IMSS SOLIDARIDAD, el ISSSTE y el CONAPO, fue la integración de un grupo abocado al diseño de un sistema homogéneo de planificación familiar.

Otro reto importante para una salud sexual y reproductiva sana, es la permanencia de jóvenes en el sistema educativo for-

mal, a ello se orientan programas de becarios como el de "Estímulos a la Educación Básica" del SEDESOL, también del Progresas, y por supuesto de la SEP, y las experiencias rurales de posprimaria que impulsa el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE) para egresados de la primaria, aunque los recientes recortes presupuestales en programas de combate a la pobreza como el Progresas, seguramente dejará sin este estímulo a muchos niños y jóvenes de áreas rurales.

En la línea de propiciar la participación del varón en las decisiones de la vida sexual y reproductiva, la SSA, y organismos como MEXFAM, han empezado a impulsar conjuntamente acciones de estímulo a la responsabilidad compartida del hombre en el uso de métodos anticonceptivos, y el CONAPO ha investigado el impacto del Programa Nacional de Población en la población masculina. Finalmente, la Secretaría de la Defensa Nacional y la de Educación Pública se coordinaron para difundir entre jóvenes conscriptos, cuestiones sobre sexualidad y equidad en las relaciones intergenéricas. En los planes y acciones institucionales y en diversos medios informativos, empieza pues, a abordarse la responsabilidad del varón en la reproducción, pero a la vez la Dirección General de Salud Reproductiva reconoce que, en este campo, las acciones son mínimas y que no existe, ni se ha pensado aún en un programa sobre masculinidad, y que en las políticas oficiales de anticoncepción y planificación familiar, la mujeres en edad fértil, siguen siendo el sujeto principal.

Sobre el problema de mortalidad materna, el Comité Interinstitucional del Estudio de Mortalidad Materna y Perinatal, junto con Comités estatales realizaron supervisiones y evaluaciones en hospitales públicos y jurisdicciones de la SSA. Estas acciones son importantes aunque insuficientes, pues la mortalidad materna es uno de los principales rezagos de la salud reproductiva en nuestro país; de manera que pese a las acciones, persiste una tasa muy alta de morbi-mortalidad materna, pues gran parte de la población, básicamente indígena, no tiene acceso a servicios de salud para la atención del embarazo, parto y puerperio.

En torno al mejoramiento de la calidad en la atención perinatal, la Ssa impartió capacitación a los responsables del programa de salud reproductiva en cada uno de los estados del país, en el uso y manejo de los métodos de historia clínica perinatal base y carnet perinatal del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, asimismo el Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgo junto con instituciones del Ssa, el Instituto Nacional de Perinatología, agencias internacionales y sector privado realizaron varias campañas de capacitación para personal médico. Igualmente el Programa Nacional de Reanimación Neonatal capacitó, sobre atención al recién nacido, a médicos y paramédicos; y Ssa informa que las parteras rurales recibieron adiestramiento en parto limpio y vacunación.

El Comité Nacional de Lactancia Materna y sus 31 homólogos estatales capacitaron a personal médico. En cuanto a salud de la mujer, se expidió la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer, se está experimentando la Libreta de Salud Materno-Infantil para mujeres embarazadas, distribuidas por las instituciones de Ssa y el DIF, ambas son parte del esfuerzo institucional a raíz de los acuerdos de El Cairo. La Ssa también adiestró a prestadores de servicios en el manejo del equipo de detección, y en el tratamiento y atención de mujeres en riesgo. Pero aquí, quizá más que en otros ámbitos, los esfuerzos han sido insuficientes, particularmente en cuanto a la detección oportuna de cáncer cérvico uterino que es hoy la tercera causa de muerte en el país. En algunas entidades como Chiapas, la cobertura del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino mediante el examen del *papanicolau*, es tan baja que no alcanza ni al 6% del total de usuarias que el Instituto de Salud de Comitán dijo tener en 1996. Otros problemas son la falta de citotecnólogos, de capacitación de los prestadores de servicios, de gratuidad, y la tardanza en la entrega de resultados del examen, que en el caso del IMSS llega a ser hasta de siete meses.<sup>200</sup>

---

<sup>200</sup> Gloria Sayavedra, *El programa de detección de cáncer cérvico uterino en la región fronteriza y los Altos de Chiapas*, en este libro.

También se pusieron en marcha en la Ssa programas sobre tratamiento posmenopáusico y el Instituto Nacional de Nutrición y algunos hospitales públicos emprendieron tratamientos para hombres y mujeres infértiles. Finalmente, las acciones de combate al VIH-SIDA han involucrado a múltiples instituciones como ONUSIDA, CONASIDA, FUNSIDA, Servicios Especializados para la atención integral de pacientes con VIH-SIDA, los bancos de sangre, los centros estatales de transfusión sanguínea, todas las instituciones de la Ssa, muchas del sector privado, y hasta farmacias y estéticas.

Las listas de programas, acciones, y trabajos concertados, entre instituciones y sociedad, parecen interminables, y sin duda representan avances en la salud sexual y reproductiva, pero son relativos y contradictorios; mientras que se promueve, se planea, se informa, se invita; en las extremidades del sistema de salud confluyen muchas dificultades: la falta de recursos materiales, técnicos, humanos, de gratuidad en la atención, las barreras culturales tanto de prestadores de servicios como de usuarios, y finalmente el hecho de que hay cada vez menos recursos financieros para salud, en un país donde año con año aumentan las carencias y los niveles de pobreza.

## VII. Los Saldos y los Retos

1. **L**a rápida creación de un Grupo Interinstitucional en el que participan las dependencias más importantes del sector salud, otras instituciones del sector público y ONG, abre sin duda la posibilidad de construir una política pública con participación de la sociedad civil y una política integral de salud reproductiva, pues este Grupo tuvo a su cargo la elaboración del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar y desarrolla tareas de seguimiento y evaluación. Su existencia posibilita la superación de la fragmentación que caracteriza las acciones del sector público, y el enriquecimiento del concepto desde una perspectiva multidisciplinaria y multisectorial que puede favorecer su proyección hacia políticas educativas,

poblacionales, sociales, etc.; la participación de ONG en asuntos de interés público también tiende a dotar de un contenido participativo y democrático al concepto de lo público. Ciertamente, aunque hay avances significativos, también hay problemas no resueltos y riesgos que sería bueno avizorar: se corre el riesgo de una coordinación más formal que real, de un predominio de la visión medicalizada del concepto y de que las ONG no cumplan la función que se espera, sea por falta de información, análisis y propuestas; sea por no ser escuchadas y cumplir involuntariamente un papel legitimador, o por ser cooptadas sin llegar a consolidarse como una "masa crítica", autónoma y propositiva.

Las instituciones públicas que participan en el Grupo deberían evitar caer en algunos de estos riesgos, otros competen claramente a las ONG, así, si el viejo debate del feminismo sobre el significado de la autonomía ha modificado posiciones que llevaron al aislamiento y falta de interlocución del movimiento, las nuevas relaciones con el sector público obligan a recordar que la autonomía política y la capacidad crítica y propositiva de las ONG resultan clave para establecer una relación constructiva y respetuosa con el sector público; asimismo, la necesidad de sistematizar experiencias propias, investigar, monitorear, consensar y formular propuestas desde la sociedad civil, resultan ahora una tarea impostergable que debe realizarse continua y consistentemente, de otro modo, la interlocución y la presencia lograda en esta instancia perdería sentido. Pese a tantos asegunes, la existencia del Grupo Interinstitucional crea la posibilidad de mayor coordinación, riqueza y participación en la formulación y la contraloría social de las políticas de salud reproductiva.

2. La creación de una Dirección General de Salud Reproductiva con funciones normativas, de promoción y vigilancia para el conjunto del sector salud, también puede representar un avance para dar integralidad y coherencia a una política que

intenta asumir el carácter holístico del concepto. Aunque es visible que las líneas tradicionales de lo que hoy se denomina salud reproductiva fueron ampliadas en la Dirección y que casi podemos encontrar todos sus componentes, también es evidente que algunos elementos no están bien ubicados en la estructura organizativa, por ejemplo, la cuestión de género tendría que atravesar todos los componentes y quedó “encerrada” en Salud de la Mujer, lo mismo ocurre con “Información, Educación y Comunicación”; el programa para adolescentes y el de indígenas quedaron en Planificación Familiar, pero la atención a estos grupos requiere de otras áreas. El enfoque integral que exige el concepto salud reproductiva no se expresa claramente en la organización institucional, aunque se hayan incluido importantes componentes. Ciertamente que el reto es enorme, pues adoptar un nuevo enfoque en el sector salud no es cosa que pueda hacerse de un día para otro, pero tal vez algunas decisiones organizativas revelan la dificultad para entender o traducir en una estructura organizativa el concepto. Y si a nivel central hay confusión, en la provincia hay caos.

3. La creación del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar ha permitido la incorporación de importantes áreas o la revaloración de otras que, si bien existían desde antes, habían sido relegadas, algunas metas de este programa se inscriben decididamente en la perspectiva de lograr una salud reproductiva, pero estos propósitos se sujetan a otros objetivos, metas y acciones programáticas que apuntan decididamente a reducir el crecimiento poblacional y que se expresan tanto en el Programa de Salud Reproductiva como en el Nacional de Población y en el Nacional de Desarrollo. La definición de metas demográficas reduccionistas no sólo se contraponen al espíritu de El Cairo, donde los cambios en la magnitud, la estructura y las tendencias poblacionales se vincularon al ejercicio pleno de los derechos

reproductivos y al acceso universal a los servicios de salud reproductiva, sino que implica una tensión, una contradicción entre las políticas de salud reproductiva y las de población, pues alcanzar las ambiciosas metas demográficas puede significar el atropello de los derechos reproductivos, especialmente el consentimiento informado para uso de métodos anticonceptivos.

4. La prioridad que en estos programas tiene la reducción de la fecundidad obedece a una concepción de desarrollo que atribuye a ésta los problemas de la pobreza y el deterioro del medio ambiente. El llamado "círculo de la pobreza" (a más alta fecundidad más pobreza, a más pobreza más alta fecundidad), que ciertamente existe, pretende romperse por la vía de reducir el número de nacimiento de pobres. Esta idea es contraria al enfoque y espíritu de El Cairo, pues en la CIPD se reconoció que los problemas de la pobreza y del medio ambiente estaban más asociados a pautas de producción y de consumo inadecuadas e injustas de los países desarrollados, que a la alta fecundidad. En este sentido, aunque en efecto, los altos índices de fecundidad se vinculan a una baja calidad de vida y es previsible que el acceso a la educación y la cultura, al mercado laboral, a un ingreso digno, a otras expectativas y formas de realización personal, es decir, es previsible que el acceso al desarrollo se traduzca en una caída de los índices de fecundidad, esta reducción podría provenir de la ruptura del "círculo vicioso" en otro punto: el de la redistribución del ingreso. Sin embargo, las políticas económicas de los últimos lustros caminan en sentido contrario: se concentra el ingreso en menos manos a la vez que crece el número de pobres y empobrecidos. En esta lógica, la única manera de que las capas pobres accedan al desarrollo es que reduzcan su número, es decir, en los planes de desarrollo se priorizan las políticas poblacionales que tienden a reducir la fecundidad, antes que las de salud reproductiva.

5. La política social, en la cual se ubican los programas de salud y salud reproductiva, enfrenta retos imposibles de resolver sin una reorientación real de la política económica, pues ésta amplía y agudiza los problemas de la pobreza y la salud a un ritmo mucho más veloz del que adopta la política social para atenderlos. En este sentido, abatir los rezagos de la salud reproductiva, atender los problemas que provienen del simple crecimiento de la población, incorporar nuevas áreas o dar mayor importancia a otras, garantizar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, son tareas que difícilmente alcanzarán sus metas, pues muchos de ellos se asocian a la pobreza y ésta, como dijimos, crece más rápido que los recursos y acciones que las políticas de salud y las sociales pueden atender.
  
6. Pese a sus omisiones y tensiones, la elaboración del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar y las líneas de acción impulsadas por la Dirección General de Salud Reproductiva han ampliado y enriquecido las políticas de planificación familiar y atención perinatal, tanto en el espectro médico que incluían, como en el enfoque social, de género y cultural con que se intenta abordar el problema. Precisamente por ello, los retos se multiplican, pues no sólo hay que atender nuevas áreas médicas, sino las peculiaridades sociales, de género, étnicas y culturales, que en nuestro país son muy diversas. Aunque se ha avanzado en la construcción conceptual, política, programática, técnica y práctica de esta nueva perspectiva, la experiencia médica y los viejos conceptos relacionados con planificación familiar y salud materno-infantil siguen teniendo prioridad sobre los otros componentes. Ciertamente se ha iniciado un proceso más abierto, pero las otras áreas y las dimensiones no médicas de la salud reproductiva mantienen un rezago que requiere aún de muchas energías y recursos.

7. La diversificación de los sujetos y de las etapas que incluye la salud reproductiva es un hecho plausible que podría desplazar la idea de que la “población objetivo” son las mujeres en edad reproductiva, pues ahora también importa la atención en la etapa del climaterio y la posmenopausia, la participación del varón, de la población adolescente, la atención a parejas infértiles, a indígenas, a sectores rurales, etc. Los objetivos y sujetos a quienes intenta llegar la salud reproductiva se diversifican. Pese a ello, y precisamente porque la planificación familiar y la salud perinatal siguen siendo predominantes, se percibe un desequilibrio entre las necesidades de los otros grupos sociales, sexuales y etarios, y la atención que se brinda a las mujeres en edad reproductiva y a los infantes. La población femenina en edad reproductiva y los menores de cinco años, siguen siendo los sujetos centrales a los que se dirigen las acciones del sector público. En este sentido, no sólo las adolescentes y las mujeres que han pasado su etapa reproductiva se ubican en un plano secundario, sino los varones de todos los grupos sociales y etarios. Y este rezago no es cualquier cosa, pues los hombres constituyen la mitad de la población, pero además, la salud de la otra mitad, la de las mujeres, será imposible si los varones no asumen responsablemente sus actividades sexuales y reproductivas y si no se reconstruyen con equidad las relaciones y los poderes entre los géneros. Equilibrar esfuerzos, recursos y acciones en función de los problemas que presentan los otros grupos sociales, etarios y sexuales, sigue siendo un gran desafío.
8. La adopción de una perspectiva de género en la planeación y acciones institucionales de la salud reproductiva es un mérito que debe vincularse a El Cairo y a una larga y creciente movilización de las mujeres. Ciertamente, en los niveles directivos de las instituciones se detecta un manejo más claro y concreto de esta perspectiva, y se ha iniciado la capacitación en otros niveles, pero en todos los planos se formulan

interrogantes, hipótesis y búsquedas. Sin embargo, da la impresión de que basta bajar un poco de la cúpula, para constatar que resulta difícil darle contenido al término, que no acaba de entenderse, de concretarse e incluso de aceptarse. Tal vez, más que hablar de la incorporación de una perspectiva de género, habría que construirla, se necesita dotarla de contenido y operativizarla en función de los componentes de la salud reproductiva y de las condiciones en que se vive la problemática de género en cada sector, grupo o región, para que prestadores de servicios y usuarias fortalezcan un cambio cultural que democratice las relaciones entre los géneros y el acceso a los servicios de salud. Somos conscientes del cambio de valores y prácticas que entraña la adopción de esta perspectiva, cuatro años resultan ser un lapso muy breve para exigir que el cambio se haya dado en todos los planos y niveles, se está avanzando en ese sentido, pero el trecho que falta por recorrer es aún muy largo.

9. La promoción de cambios legislativos y normativos para incorporar el concepto en las políticas y para poder proporcionar atención confidencial a adolescentes, la discusión y legislación sobre problemas de violencia; así como la ratificación y elaboración de normas oficiales que guían el quehacer institucional son un marco que apunta a garantizar la atención adecuada de un conjunto de problemas de salud reproductiva. Pero no basta, y si el discurso resulta progresista, el respeto real al derecho y la aplicación de normas y leyes exigen también recursos financieros, infraestructura, personal con capacidad técnica con una perspectiva social y de género, así como con un reconocimiento real de que la salud reproductiva es un derecho universal que requiere de respeto, calidad, calidez, etc., hacia las y los usuarios.
10. La elaboración y discusión del programa de salud reproductiva involucró fundamentalmente a las cúpulas

institucionales, aunque se calcula que la capacitación de prestadores de servicios sobre diversos temas de salud reproductiva abarca a un 75% del personal que trabaja en este campo, a medida que bajamos en la estructura institucional hasta llegar al prestador de servicios, la comprensión del concepto y de las acciones que implica se vuelven más nebulosas y difíciles de concretar, de modo que la relación entre usuaria y prestador de servicios está más ligada a las viejas prácticas que a los nuevos enfoques. “Bajar” los acuerdos, difundir los programas, capacitar en el terreno técnico y en el enfoque que este nuevo concepto exige, es aún una tarea inacabada y prioritaria para que el enorme ejército de prestadores de servicios asuma prácticamente la política y los programas de salud reproductiva.

11. La capacitación se da en “cascada”, de arriba hacia abajo y del centro a la periferia; pero los cursos no siempre se traducen en cambios prácticos, los prestadores de servicios se aferran a la tradición y ha costado trabajo incorporar lo relativo al varón, salud de la mujer, infertilidad, posmenopausia y climaterio por ejemplo. Pero además, el equipo de capacitadores no siempre tiene material para su labor, carece de recursos suficientes o a veces tiene que aprovecharlos al instante sin tener un plan firme. Finalmente, el capacitado no siempre tiene la habilidad para capacitar, así que la “cascada” se va adelgazando en el camino y cuando llega al prestador de servicios puede ser un hilo, por lo que la capacitación debe ser un proceso permanente.
12. La calidad y calidez en la atención a los usuarios es uno de los aspectos que hoy se visualizan como problemáticos y se hace investigación para diseñar un “modelo”.<sup>201</sup> Tanto en en-

---

<sup>201</sup> La SSA, el IMSS, el IMSS SOLIDARIDAD y el ISSSTE, diseñaron un Sistema de Mejoramiento Continuo de la Calidad en los Programas de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, como instrumento para la toma de decisiones en los niveles administrativos y para dar segui-

trevistas como en documentos se reconocen deficiencias, trato deshumanizado, autoritarismo y burocracia. En 1996 se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico,<sup>202</sup> que permite a las y los usuarios defender sus derechos cuando el prestador de servicios los ha violado, y aunque indudablemente es un recurso importante, persiste una relación asimétrica de poder entre usuarios y prestadores de servicios. Reconocer estas cuestiones es un buen punto de partida. Si bien los y las usuarias son víctimas de malos tratos y es su bienestar el que más importa porque están en una posición vulnerable ante el prestador de servicios, la investigación indica que éste también se encuentra sujeto a estructuras burocráticas, a maltratos institucionales, y que, como víctima o como victimario, forma parte de una red y de una cultura que requiere cambiar de fondo y en varios sentidos. Así, la calidad y la calidez, dependen no sólo de arbitrajes médicos, cursillos y "modelos", sino de la sensibilización, de la autoestima del proveedor de servicios y de un cambio de la cultura institucional que exige un esfuerzo en todos los niveles. Por otra parte, el conocimiento del usuario sobre sus derechos sexuales y reproductivos y su propia autoestima también resultan clave, pues mientras no se exijan, difícilmente se quitarán de encima el poder institucional que se les impone. Entones, el cambio cultural comprende a instituciones, prestadores de servicios y a usuarios.

13. Las campañas de difusión del concepto y sus componentes entre la población han sido relativamente exitosas, pues es verdad que el término empieza a utilizarse no sólo en el dis-

---

miento a este reto. Comité Técnico Para la Revisión de Avances CIPD + 5, *Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. México Informe*, Consejo Nacional de Población, México, Febrero de 1999, p. 154.

<sup>202</sup> De junio de 1996 hasta 1999 esta Comisión recibió 17 quejas por presunta violación al consentimiento informado (seis por salpingoclasias y once por colocación de DIU). *Idem*, p. 147.

curso oficial, sino en las cámaras legislativas, las escuelas, los libros de texto, la iglesia, la calle... Sin embargo, pese a los avances, apenas se inicia la tarea, pues una cosa es asociar algunos componentes de la salud reproductiva con el término, y otra asumirse como sujeto con libertad de decidir y derecho a los servicios, además, la difusión no ha tenido la misma intensidad y alcance en todos los grupos poblacionales.

14. En cuanto a salud de la mujer destaca la importancia creciente que está otorgando el sector público a la prevención del cáncer cérvico uterino. Entre 1996 y 1998 se ha desarrollado un intenso trabajo de capacitación (3,500 personas para tomar la muestra del *papanicolau*), creación de infraestructura, dotación de materiales y equipo y toma gratuita de muestras. Gracias a ello, en 1998, se incrementó en un 30% la detección citológica con respecto a 1997. En marzo de 1998 se inició la distribución de la "Cartilla Nacional de Salud de la Mujer", cuyo fin es ayudar a prevenir enfermedades femeninas, especialmente el cáncer cérvico uterino, y promover una cultura del autocuidado.

Estas acciones significan un avance, pero también hay que reconocer los rezagos que persisten en todos los planos: son insuficientes los citotecnólogos y patólogos, la infraestructura, los materiales y el equipo, hay problemas técnicos, por ejemplo para transportar las muestras y para informar los resultados (a veces tardan hasta ocho meses y a veces "se pierden" en el camino). Se necesita mayor respeto de los prestadores de servicios, pues se ha reportado que persisten problemas como la falta de privacidad y cuidado en la toma de la muestra, todos estos problemas desalientan o ahuyentan a las mujeres. Al cáncer de mama no se le ha dado la misma importancia, tampoco se ha fomentado la participación del varón en la prevención del virus del papiloma humano. Si bien la distribución de la Cartilla apunta a universalizar

el derecho de las mujeres a su salud, no garantiza el logro de sus metas, pues los 38 millones de mujeres que probablemente la tendrán en sus manos no sólo necesitan un registro y un recordatorio, sino acceso real a servicios de calidad, y eso no está asegurado. Especialmente rezagados están los grupos rurales que, o no tienen acceso o sufren muchas deficiencias en cantidad y calidad. Aunque no puede desdeñarse el esfuerzo del sector público y se ha incrementado la detección de cáncer cérvico uterino y del virus del papiloma humano, atender integralmente la salud de la mujer, crear una cultura de autocuidado e incorporar al varón parecen cosas lejanas. Lo más difícil aún está por cumplirse.

15. En cuanto a salud perinatal, los responsables destacan la experiencia piloto de una "Libreta de salud materno infantil", para promover la consulta prenatal,<sup>203</sup> postnatal y el cuidado del bebé, pero informan que la mayoría de las mujeres acuden en el último trimestre de embarazo, casi sólo para acordar su atención en el parto. Se reporta también una disminución en los índices de muerte materna (de 5.4 por 10 mil nacidos vivos en 1990 a 4.7 en 1997) y de muerte infantil (de 36.2 niños menores de un año por cada mil nacidos vivos en 1990, a 26 en 1998). Los informes oficiales dicen que la atención médica en el parto ha mejorado de 67.5% en el trienio 1985-87 al 85% en el trienio 1993-95.<sup>204</sup>

Dado que se carece de una cultura de autocuidado femenino se han impulsado campañas de maternidad sin riesgo y se ha fomentado la incorporación del varón tratando de sustituir al binomio madre-hijo por el trinomio madre-padre-hijo, pero los directivos reconocen que sus alcances

---

<sup>203</sup> Se reporta que la atención médica prenatal de las embarazadas ha aumentado de 70.6% en el trienio 1985-87, al 86.1% en el periodo 1993-95, aunque en zonas rurales este indicador asciende a 13.5% y en urbanas a 5.2%. *Idem.*, pp. 157-158.

<sup>204</sup> Pese a la disminución de la muerte materna se reconoce que los niveles actuales son elevados y que será difícil cumplir el compromiso de reducir la tasa en un 50% entre 1990 y 2000. *Idem.*, p. 154-163.

son muy limitados y que ha sido muy difícil encontrar maneras de incorporar responsablemente al varón y ampliar la consulta prenatal.

La atención perinatal es dispareja, por ejemplo en el medio rural el 28% de los partos son atendidos por parteras, mientras en las ciudades sólo el 6%. Además, las mujeres rurales y de barrios urbanos pobres sufren los mayores índices de desnutrición y con ello se agudizan sus problemas de salud durante el embarazo. La tendencia no se contrarresta porque los programas llegan mejor a la población urbana derechohabiente.

Otra línea de acción impulsada con mucho ímpetu ha sido el Programa del Hospital Amigo del Niño y de la Madre, que promueve la planificación familiar posevento obstétrico, 87% de los 800 hospitales del país han sido certificados por el Programa y, aunque para los responsables este alto porcentaje significa un logro importante, incluso desde la perspectiva integral que exige la salud reproductiva; aparentemente la atención a la madre es muy restringida y sólo se le focaliza para controlar su papel reproductor, pero además, está ampliamente analizado el hecho de que después de un parto, una cesárea, un aborto o una intervención ginecobstétrica, las mujeres no se encuentran en un momento idóneo para discernir y aceptar el uso de algún método anticonceptivo (generalmente se promueve la oclusión tubaria bilateral o el dispositivo intrauterino), y que se requeriría que la planeación y aceptación de tal o cual método se hiciera quince días antes del evento obstétrico para garantizar un verdadero consentimiento informado.

16. En cuanto a planificación familiar, se reporta un sinnúmero de acciones, desde capacitación en consentimiento informado, hasta diversificación de métodos anticonceptivos y ampliación de cobertura del programa (en 1994 la cobertura era del 65% y en 1998 había alcanzado el 68.7%; la demanda

insatisfecha de métodos pasó del 25.1% en 1987, a 14.2% en 1995). Sin embargo, se afirma la ampliación de cobertura, a la vez que los directivos informan que el recorte presupuestal de 1999 se traducirá en que contarán con la mitad de anticonceptivos que tuvieron en 1998 y que la demanda insatisfecha de planificación familiar es aún significativa en los estados del sur y sureste del país y en el medio rural. Por otra parte, aunque ha habido esfuerzos por diversificar la oferta de anticonceptivos y cierta sensibilidad para usar aquellos que dan posibilidad de decisión a las usuarias, los métodos definitivos y los que garantizan el control del sector salud sobre el cuerpo femenino (oclusión tubaria bilateral y dispositivo intrauterino) siguen siendo los más utilizados y promovidos, precisamente porque la reducción de la fecundidad sigue siendo el objetivo prioritario; consecuentemente, otros métodos, especialmente el condón, que no sólo ayuda a evitar embarazos no deseados sino a prevenir enfermedades de transmisión sexual, VIH-SIDA y el virus del papiloma humano; que contribuye a una vida sexual menos riesgosa e implica la participación responsable del varón, han sido menos promovidos y el varón es aún poco relevante en los programas de planificación familiar, pese a que entre 1992 y 1997 ha disminuido la desproporción entre vasectomías y salpingoclasias (de una por cada 54 OTB a una por cada 14). Por otra parte, las escasas acciones orientadas a salud sexual están desvinculadas del resto.

Finalmente, aunque las nuevas y viejas campañas de planificación familiar han ido permeando a la población y permiten que cada vez un mayor número de usuarias y usuarios den su consentimiento informado, hay asignaturas pendientes en este renglón. Y no es que se imponga el uso de anticonceptivos en todos los casos, pero existen evidencias de que no se proporciona información suficiente, de que se induce el uso de anticonceptivos pasando por alto los derechos reproductivos, e incluso de que los subsidios a la alimentación se condicionan

a la aceptación del uso del dispositivo intrauterino, la salpingoclasia, y en menor medida, la vasectomía. Aunque estos son los casos más graves, otras formas de presión también se ejercen, especialmente sobre las mujeres.

17. El impulso de un Programa para Adolescentes, dirigido a prevenir embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y adicción a las drogas también es un avance, pero resulta insuficiente desde varios ángulos: por un lado, el peso aún escaso que tienen la salud sexual y la sexualidad en este programa, por otro, su estrecha cobertura, pues para 22 millones de adolescentes hay apenas 248 módulos de atención. Es obvio que la demanda insatisfecha es mucho mayor que la atendida. Vale la pena señalar que aún en los módulos que operan no hay suficiente personal y que el que labora en ellos requiere de más capacitación, también se sabe que, pese a recibir información, no hay dotación suficiente de condones y que su uso es importantísimo para la salud sexual y reproductiva de este grupo etario y, como dijimos antes, para incorporar responsablemente al varón en sus actividades sexuales y reproductivas.
18. La ampliación de cobertura es uno de los aspectos donde el balance oficial presenta cifras francamente triunfalistas: se dice que de 1994 a 1998, la cobertura de acciones básicas de salud creció de 89 a 96%, es decir, que de los 10 millones de mexicanos que carecían de servicios en 1994, en 1998 se había logrado cubrir a más de 8. Algunas instituciones y programas como el Instituto Nacional Indigenista, el IMSS SOLIDARIDAD, Progresía y por supuesto la SSA, han estado enfrascadas en la tarea de proporcionar el Paquete de Servicios Básicos de Salud. Si en efecto se garantiza un paquete básico (vacunación, nutrición y salud reproductiva), la salud en general y la reproductiva en particular ofrecerían un panorama halagüeño. No obstante, lo que en el Paquete se denomina "bá-

sico”, en realidad se reduce a menos de lo mínimo, pues si en efecto la vacunación cubre casi a todos los niños, los programas de subsidio a la alimentación, cubren aproximadamente a la mitad de la población desnutrida y las pírricas despensas mensuales, más que garantizar el derecho a la alimentación y a la salud, representan una caridad que en algo alivia el hambre pero no suprimen la desnutrición. Decir que más de ocho de los diez millones de personas que carecían de servicios de salud en 1994 hoy tienen acceso a la salud reproductiva porque les ha llegado el paquete básico es borrar de un plumazo el hecho de que la salud reproductiva incluye muchos aspectos, y que ni siquiera la población derechohabiente tenía acceso a todos ellos, menos aun la población tradicionalmente marginada. Entonces, o se está empobreciendo el concepto (tal vez a planificación familiar, tal vez a cobertura de métodos anticonceptivos), o se está falseando la cifra.

19. La ampliación de cobertura se sustenta en un ejército de auxiliares, promotores, médicos y parteras tradicionales, en una palabra, en personal comunitario que es apoyado con capacitación y supervisión, pero que también aporta sus conocimientos tradicionales y ofrece un servicio invaluable a la comunidad y casi gratuito para el sector público. La participación comunitaria en la prevención y atención de la salud es sin duda una modalidad acertada para enfrentar una problemática que de otro modo no necesariamente daría mejores resultados. Sin embargo, el escaso presupuesto destinado a estos servicios, indica que el costo principal de la ampliación de cobertura y de la atención a los pobladores rurales pobres se apoya en el trabajo comunitario y no en el gasto público. El ahorro de fondos públicos se ha llevado a tal extremo que no sólo escasean los recursos para capacitación y supervisión, sino materiales e instrumentos indispensables que redundan en la mala calidad de la aten-

ción que reciben millones de mexicanos; por lo demás, se sabe de las dificultades para canalizar los casos complicados a unidades médicas, clínicas y hospitales del sistema de salud, no sólo por problemas operativos o burocráticos, sino por la pobreza en que se encuentra la mayoría de la población no derechohabiente, que reduce o cancela la posibilidad de traslado, alojamiento y atención en lugares distantes a sus pueblos. Si bien se ha impulsado un proyecto del albergues maternos para acercar los servicios de salud a embarazadas que viven en zonas de difícil acceso, el alcance es aún limitado.<sup>205</sup>

Así, la atención real y efectiva de millones de usuarios implica programas más amplios y costosos, y si el IMSS-Sol sigue siendo el programa central para los pobres rurales es indudable que requiere de mayor presupuesto y de ampliación de sus estrategias operativas y líneas de trabajo. Por otra parte, a las decenas de miles de promotores comunitarios apenas se les retribuye simbólicamente y en coyunturas precisas. Una decisión firme para ampliar la cobertura de servicios de salud con calidad, implica canalizar los casos que estos promotores no pueden atender hacia unidades médicas, clínicas y hospitales del sistema de salud, apoyando a los pacientes en esta fase de su atención, pero también requiere priorizar la capacitación, supervisión, provisión de materiales e instrumental y una remuneración decorosa para el personal comunitario. Esto, sin lugar a dudas, exige un mayor gasto público.

20. El recorte real del gasto en salud reproductiva ha coincidido con un ensanchamiento de sus programas, líneas de acción y actividades del área, lo que indica que no sólo importa el cuánto sino el cómo se utilizan los recursos, cómo se definen las

---

<sup>205</sup> En Puebla se puso en marcha el proyecto "Accesibilidad a la atención obstétrica profesional" de albergues en zonas con riesgo obstétrico elevado cercanos a unidades médicas, *Idem.*, p. 160.

prioridades, y cómo se establece la coordinación interinstitucional y la colaboración con las comunidades y ONG. El hacer más eficiente el uso de los fondos públicos no significa que su aumento sea innecesario, por el contrario, además de eficiencia se requiere una asignación mayor para atender áreas débiles, grupos sin acceso y calidad de los servicios. Hoy, ampliar los montos asignados a salud reproductiva es insoslayable, pero el disponer de escasos fondos públicos obliga a redefinir prioridades y a racionalizar su uso.

### **Bibliografía y Hemerografía**

- Avila, Abelardo, Teresa Shama y Adolfo Chávez, "Encuesta Nacional de Alimentación y Nutrición en el Medio Rural, 1996", en *Perfil de la Jornada, La Jornada*, México, 22 de julio de 1997.
- Baca Pozos, Guillermo, "Consideraciones en torno al costo-beneficio en la acción comunitaria", en *La participación comunitaria en salud. La experiencia del IMSS en zonas indígenas y campesinas*, México, IMSS, 1997.
- Boltvinik, Julio, "15 millones más de pobres extremos", en *La Jornada*, México, 16 de octubre de 1998.
- Cámara de Diputados, *Carpeta de Egresos de la Federación*, México, D.F., Cámara de Diputados, 1998.
- Cardona, J. A, Ruíz, y Madrazo, M., *La Salud Reproductiva en la Seguridad Social en México*, México, 1997.
- Careaga, Gloria, Juan Guillermo Figueroa y María Consuelo Mejía (compiladores), *Ética y Salud Reproductiva*, edición de Las Ciencias Sociales, Estudios de Género, Programa Universitario de Investigación en Salud y Programa Universitario de Estudios de Género, México, 1996.
- Comité Técnico Para la Revisión de Avances CIPD+5, *Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo. México. Informe*, Consejo Nacional de Población, México, 1999.

- Cason, Jim y David Brooks, "BM: se desplomó el ingreso de 83% de mexicanos en 10 años", en *La Jornada*, 17 de octubre de 1998.
- Consejo Nacional de Población, "Programa IMSS SOLIDARIDAD" en: *III Informe del Programa Nacional de Población*, México, CONAPO, 1998.
- Consejo Nacional de Población, *III Informe de avances del Programa Nacional de Población 1995-2000*, México, CONAPO, 1998.
- Consejo Nacional de Población, *Indicadores Básicos de Salud Reproductiva y Planificación Familiar*, México, 1996.
- Consejo Nacional de Población, *Programa Nacional de Población 1995-2000*, México, Consejo Nacional de Población, 1995.
- Correa Guillermo y Carlos Acosta Córdoba, "Negocia el Gobierno a espaldas del Congreso, un crédito por 700 millones de dólares para financiar la 'reforma' de la seguridad social", en la Revista *Proceso* no.1117, marzo 1998.
- Corro, Salvador y Fernando Ortega Pizarro, "Rebelión Empresarial contra Borrego y el IMSS", en la Revista *Proceso Núm. 884*, México, 11 de octubre de 1993.
- Cuéllar, Mireya, "En 1999, el menor gasto social en ocho años", en *La Jornada*, 10 de enero de 1999, p. 11. Citando un estudio de la Comisión de Desarrollo Social de la Cámara de Diputados.
- División de Estudios Económicos y Sociales, *México social 1996-1998. Estadísticas seleccionadas*, Grupo Financiero Banamex-Accival, México, 1998.
- DIF-UNICEF, *Programa Nacional de Prevención y Atención Integral del Embarazo a Adolescentes*, México, 1998.
- Enciso, Angélica, "Excluidos del Progreso 13 millones de pobres", en *La Jornada*, 2 de marzo de 1999.
- Flores Alvarado, Angel, "Interacción entre los equipos de salud y la comunidad", en *La participación comunitaria en el cuidado de la salud*, México, IMSS, 1997
- Frenk Julio (edit), *Observatorio de la salud. Necesidades, servicios, políticas*, México, D.F., Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), 1997.

- Frente por el Derecho a la Alimentación, *Boletín Informativo No. 11, nov-dic 1996*, México, 1996.
- Germaín, Adrienne y Rachel Kyte, *El Consenso de El Cairo: el programa acertado en el momento oportuno*, International Women's Health Coalition, New York, 1995.
- González Laura Rosa, "Parteras Rurales" en: *La Participación Comunitaria en Salud. Experiencias del IMSS en Zonas Indígenas y Campesinas*, México, IMSS, 1997.
- Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva, "Respuestas al Cuestionario. Guía para el seguimiento de la ejecución en México del Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre al Población y el Desarrollo, CIPD+5", (documento preliminar), México, diciembre de 1998.
- Hernández Patricia, et. al., *El sistema de cuentas nacionales de salud en México*, México, D.F., Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), 1997.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, "Visión del Cambio en la Seguridad Social" en: *Memoria Institucional*, México, D.F., IMSS, 1994.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, "El Programa IMSS SOLIDARIDAD" en: *Memoria Institucional*, México, D.F., IMSS, 1996.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, "La Participación Comunitaria en Salud. Experiencias del IMSS en Zonas Indígenas y Campesinas", México, IMSS, 1997.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, *El Ingreso y El Gasto Público en México*, Aguascalientes, México, INEGI, 1995.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, *Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social*, Cuaderno núm. 14, Aguascalientes, México, INEGI, 1998.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *Sistema de Cuentas Nacionales*, Aguascalientes, México, INEGI, serie 1980-1997.
- Jolly, Richard, *Informe Sobre Desarrollo Humano 1997*, PNUD, Madrid, España, 1997.

- Kraus, Arnoldo, "IMSS: grandes números, grandes preguntas", en *La Jornada*, 10 de marzo de 1999.
- León, Samuel, "Política social y salud", en *Las políticas sociales de México en los años noventa*, México, Instituto Mora, Universidad Nacional Autónoma de México, Flacso, Plaza y Valdés Editores, 1996.
- Mercado Patricia, "El Cairo y su promesa. Hacia El Cairo más cinco" en la revista *Población* de MacArthur Foundation, boletín No. 6, noviembre de 1998.
- Poder Ejecutivo Federal, *Cuarto informe de Gobierno*. Anexo estadístico, México, Poder Ejecutivo Federal, 1998.
- Poder Ejecutivo Federal, *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, México, 1995.
- Poder Ejecutivo Federal, *Primer Informe de Gobierno*. Anexo estadístico, México, Poder Ejecutivo Federal, 1995.
- Poder Ejecutivo Federal, *Programa de reforma del sector salud, Programa de salud reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000*, México, Poder Ejecutivo Federal, 1995.
- Poder Ejecutivo Federal, *Programa de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000*, Poder Ejecutivo Federal, 1995.
- Poder Ejecutivo Federal, *Programa Nacional de Población 1995-2000*, Consejo Nacional de Población, México, 1996.
- Saavedra, Jorge, "La salud pública y el recorte del presupuesto", en *Suplemento mensual Letra S*, en *La Jornada*, 7 de enero de 1999.
- Sabeca International Investment Corporation, *Enciclopedia de México*, tomo Todo México, Versalles Kentucky, Estados Unidos, ed. Tierra Firme, 1995.
- Secretaría de Gobernación, *Decreto por el que se aprueba el Programa Nacional de la Mujer 1995-2000*, Poder Ejecutivo, Secretaría de Gobernación, 1995.
- Secretaría de Salud, *Anuario estadístico*, México, SSA. Dirección General de Estadística e Informática, serie 1993-1996.
- Secretaría de Salud, *Boletín de información estadística. Recursos y servicios*, México, SSA. Dirección General de estadística e Informática, serie 1993-1996.

- Secretaría de Salud, *Norma oficial mexicana de los servicios de planificación familiar*, mayo 1994, México, Secretaría de Salud, 1994.
- Secretaría de Salud, *Norma oficial mexicana para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente*, 1994, México, Secretaría de Salud, 1994.
- Secretaría de Salud, *Norma oficial mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*, 1995, México, Secretaría de Salud, 1995.
- Secretaría de Salud, *Norma oficial mexicana para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino*, marzo 6 de 1998, México, Secretaría de Salud, 1998.
- Secretaría de Salud, *Sistema de información en salud para población abierta, boletín mensual*, México, SSA. Dirección General de Estadística e Informática, 1997.
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Control y Prevención de Enfermedades, Dirección General de Salud Reproductiva, *Manual de Uso de materiales de Información, Educación y Comunicación en salud reproductiva*, México, 1997.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Programa Nacional de Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes* (Normatividad), México, 1998.
- UNIFEM en América Latina y el Caribe, INEGI, *La mujer mexicana: un balance estadístico al final del siglo XX*, México, 1995.
- Szasz, Ivonne, "La mujer en el Programa Nacional de Población 1995-2000: salud reproductiva, situación social, participación económica, educación y comunicación", ponencia presentada en el Centro Tepoztlán en la Reunión Sobre el Programa Nacional de Población 1995-2000. Documento en prensa.
- Zavala de Cosío, María Eugenia, *Cambios de fecundidad en México y políticas de población*, México, El Colegio de México, Fondo de Cultura Económica, Economía Latinoamericana, 1992.

Zedillo Castillo Antonio, "Las primeras acciones sociales en el Instituto Mexicano del Seguro Social" en: *La Participación Comunitaria en Salud. Experiencias del IMSS en Zonas Indígenas y Campesinas*, México, IMSS, 1997.

## Entrevistas

Lic. Francisco Robles, Director de Promoción y Desarrollo Social del DIF, 29 de julio de 1998.

Dr. José Luis Navarro, Promoción y Desarrollo Social del DIF, 29 de julio de 1998.

Dr. Javier Cabral, Coordinador del Programa IMSS SOLIDARIDAD, 31 de julio de 1998.

Dra. Hebe Martínez, Jefa de Consulta Externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona, Núm. 8 del IMSS, 8 de septiembre de 1998.

Beatriz Vázquez y Marisela Camacho, investigadoras del Programa en Mejoramiento de Calidad en los Servicios de Salud Reproductiva de la DGR 30 de septiembre de 1998.

Dr. Ramón Minguet Romero, Jefe de Salud Materno Infantil de la Coordinación Auxiliar de Salud Reproductiva de la Delegación Núm. 3, suroeste, del D.F., del IMSS, 14 de octubre de 1998.

Dr. Gregorio Pérez Palacios, Director de la Dirección de Salud Reproductiva, 24 de noviembre de 1998.

Doctor Angel Catalán Ojeda, Director de Normatividad y Asistencia Técnica en Salud Perinatal de la DGR; Doctor Gustavo A.

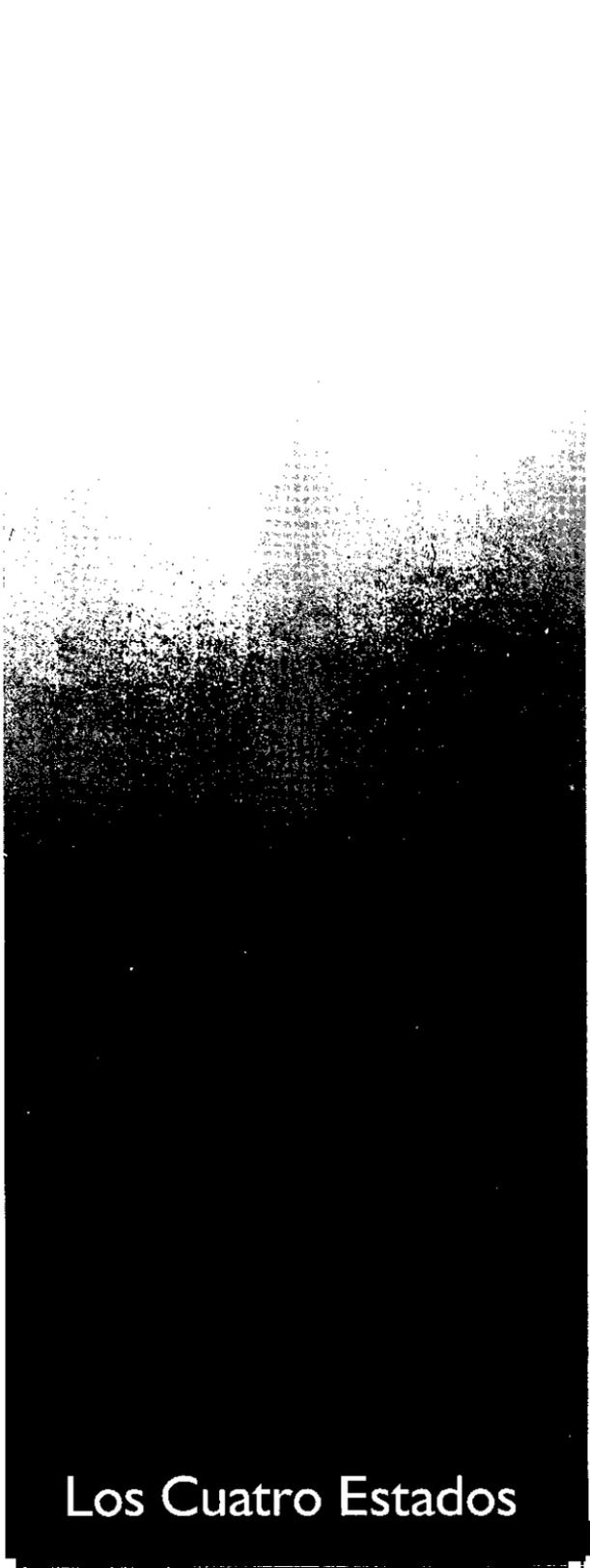
Von Schmeling, Subdirector de Atención Perinatal, y Doctor Adrián G. Delgado Lara, Subdirector, 25 de noviembre de 1998

Lic. Yolanda Varela, Directora de Sistemas Gerenciales de la DGR, 25 de noviembre de 1998

Doctor Josué Garza, Director del Area de Planificación Familiar de la DGR, 25 de noviembre de 1998.

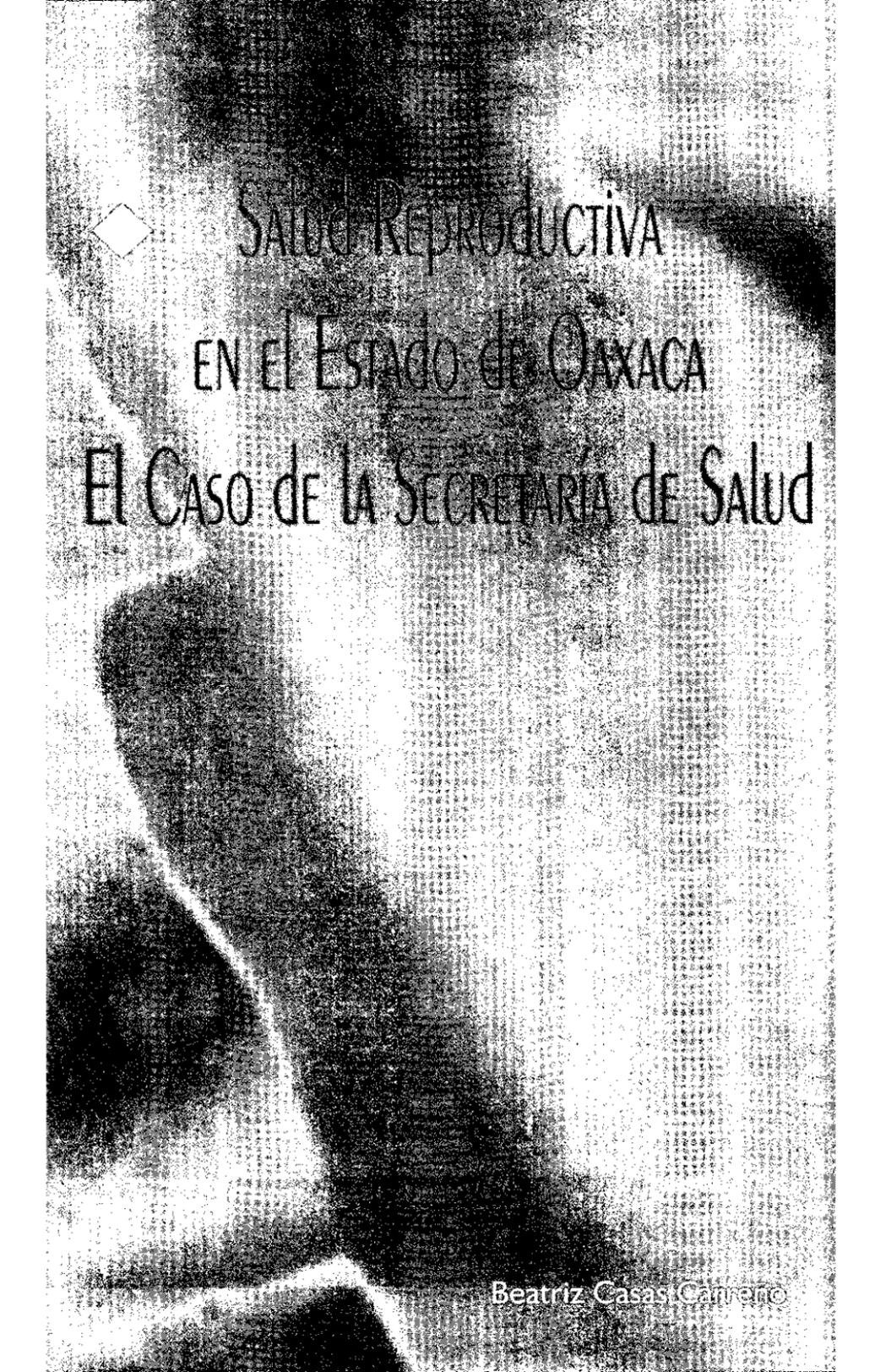
Dra. Gloria Sayavedra, Asesora del Colectivo de Investigación, Desarrollo y Educación entre Mujeres, A.C., 18 de febrero de 1999.





Los Cuatro Estados





◆ SALUD REPRODUCTIVA  
EN EL ESTADO DE OAXACA  
EL CASO DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Beatriz Casas Carrero



## Salud reproductiva en el estado de Oaxaca. El caso de la Secretaría de Salud

Beatriz Casas Carreño<sup>1</sup>

### I. El contexto estatal

**E**l estado de Oaxaca se encuentra al sureste de la República Mexicana. Es el quinto de mayor extensión en el país, con 95,364 km<sup>2</sup> divididos políticamente en 30 distritos y 570 municipios integrados por casi 11 mil comunidades y localidades que se dispersan por su territorio debido a la accidentada orografía. Geográficamente Oaxaca se divide en siete regiones<sup>2</sup> donde se habla una docena de lenguas.

Según estimaciones de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, en 1992 la población era de 3,207,587 habitantes y alcanza hoy los 3,540,864. De ellos, el 50% tiene menos de 19 años, el 43% tiene menos de 15 y el 7% rebasa los 60. Se trata, pues, de una entidad poblada principalmente por jóvenes. Hasta 1998 el 50.4% eran mujeres, de las que 870,676 están en edad reproductiva -entre los 15 y 49 años-.

La tasa bruta de natalidad en Oaxaca es una de las más altas del país: 26.06 nacimientos por cada mil habitantes en 1997 (la nacional era de 23.85%). También es uno de los tres estados con mayor tasa global de fecundidad: 3.18 hijos por mujer (20% arriba de la media nacional), superada sólo por los estados de Puebla y Chiapas.

---

<sup>1</sup> Integrante del Grupo de Estudios sobre la Mujer "Rosario Castellanos" A.C., representante del Grupo de Información en Reproducción Elegida A.C. en el estado de Oaxaca e integrante del Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población.

<sup>2</sup> Costa, Mixteca, Cañada, Istmo, Sierra Norte y Sur, Valles Centrales y Papaloapam

El crecimiento poblacional no es homogéneo, las regiones Papaloapam e Istmo tienen tasas superiores al promedio nacional: 3.5 y 3.2, respectivamente. Mientras que en la Sierra Norte y la Mixteca las tasas son inferiores y van del 1.4 al 1.1%.

El 22% de la población habita en 9 ciudades y dos tercios del total se distribuyen en comunidades de menos de 2,500 habitantes; hay muy alta marginación en las regiones Mixteca y Sierra Sur. Oaxaca tiene la mitad del total de los municipios con más alta marginación del país.

En el estado existe una fuerte migración a otros estados del país y a Estados Unidos. En 1990 el 25% de los oaxaqueños, es decir, 1 de cada 4, residía fuera de su entidad. La Mixteca y la Sierra Norte son regiones de fuerte expulsión, la Cañada, la Costa y la Sierra Sur sólo de expulsión.

La vivienda es un indicador importante de marginación (y es en ella donde las mujeres pasan gran parte de su tiempo): el 51.4% son de piso de tierra, el 53% tiene techo de lámina o teja. Sólo el 30.2% cuenta con drenaje, el 49% no tiene agua potable y el 24% carece de luz eléctrica. El promedio de ocupantes por vivienda es de 5.1%, por lo que el 69.5% se encuentra en condiciones de hacinamiento.

En Oaxaca, la agricultura está seriamente limitada por la geografía: existen grandes zonas calcáreas inservibles para cualquier actividad agrícola o ganadera. La ubicación del estado lo hace también altamente vulnerable a los huracanes; en octubre de 1997 el huracán Paulina devastó la Costa y afectó a 1,247 comunidades. De 81,863 viviendas, 54 mil fueron destruidas total o parcialmente; de 650 sistemas de agua potable, 179 recibieron castigo severo; de 145 unidades médicas, 11 sufrieron daño mayor y 68 menor; de 273 casas de salud, 250 resultaron estropeadas; además, 134 mil hectáreas de diversos cultivos entre ellas 49,600 productoras de café se vieron mermadas o de plano se perdieron, lo que afectó a 61 mil productores.

El 83% de la población percibe menos del salario mínimo que, en 1998, era de 27.23 pesos diarios (salario integrado que incluye un 4.52% en prestaciones como aguinaldo, ayudas de

despensa, renta y vacaciones). Para mejorar la precaria economía familiar casi todos los grupos étnicos producen algún tipo de artesanía cuya producción y comercialización es asumida en gran parte por mujeres e infantes.

El 62% de los habitantes de Oaxaca tiene lazos culturales y genealógicos con alguna de sus 16 etnias: amuzgos, mixtecos de la Costa, chatinos, nahuas, mazatecos, cuicatecos, chinantecos, zapotecos, mixtecos de la Mixteca Baja, mixtecos de la Sierra, chocholtecos, ixcatecos, zapotecos del Istmo y triquis. El 25% de la población indígena es monolingüe, las mujeres representan su más alto porcentaje.

Es importante señalar que las y los indígenas oaxaqueños representan un 23% de la población estatal, 1,018,106, según el censo de 1990. Y su valor demográfico específico reside no sólo en su número o arraigo en grandes extensiones del territorio, sino en la vigencia de sus culturas, sistemas propios de organización social y otros factores de identidad, por lo que cualquier política en materia de población debe considerar este mosaico pluricultural. Si se utilizaran otros criterios además de los lingüísticos, como: estilos de vida, ética comunitaria y prácticas ancestrales, la población considerada indígena sería mayor, por lo menos un 60% del total.

La Cañada, la Costa y la Sierra Sur son regiones con un porcentaje altísimo de población indígena en la que se presentan las tasas más elevadas de mortalidad materna, analfabetismo, desnutrición, mortalidad general y niveles de fecundidad. Muchas etnias potencian los factores de riesgo para la salud reproductiva de las mujeres, pues su cultura magnifica la maternidad como principal función de ser mujer, y promueve una fecundidad temprana y abundante.

El actual índice de analfabetismo entre personas de 15 años o más es de 27.5%, cuando el promedio nacional es de 9.81%. La relación de analfabetismo por sexo es de tres mujeres por un hombre. Los promedios regionales muestran grandes diferencias: mientras en el Distrito Centro, donde se halla la ciudad de Oaxaca, el número de analfabetas es del 9%, en otros distritos los índices de analfabetismo son superiores al promedio estatal

de hace una década y, en dos, más elevados que en 1970. El nivel de analfabetismo en mujeres indígenas es de 52.7%.

El 66% del total de analfabetas en el estado son mujeres, (es entre los 20 y 44 años, cuando la mujer está en plena edad reproductiva, donde se observan las mayores diferencias). El promedio de escolaridad es de los más bajos del país: cuarto año de primaria, (la media nacional es de sexto año de primaria). En secundaria y preparatoria se tiene una eficiencia terminal de 23.2 y 17.4%; cuando el nivel nacional es de 76.5 y 58.8%.

Las cifras actuales (1998) de mortalidad materna en Oaxaca son preocupantes, ascienden a 9.6 por cada 10 mil nacidos vivos, más del doble de la media nacional que es de 4.5, y sitúan al estado entre los tres primeros lugares nacionales en ese rubro negro. Las principales causas son las obstétricas directas, la hemorragia del embarazo y parto y la toxemia del embarazo.

La mortalidad infantil en el estado también es alarmante, entre 1992 y 1997 alcanzó el 14.8 por mil nacidos vivos registrados entre 1992 y 1997, cifra que nutren principalmente las zonas de mayor marginación y que equivale al doble de la media estatal. Las causas más frecuentes de mortalidad infantil en los municipios de alta marginación son las afecciones originadas en el periodo perinatal, enfermedades diarréicas agudas, neumonías, deficiencias de la nutrición y anomalías congénitas. Así y todo, estas cifras no son fieles a la realidad, pues uno de los problemas es que sólo el 27.6% del total de defunciones es registrado por personal médico, lo que supone un importante subregistro en este rubro.

Oaxaca es una de las entidades que presentan el mayor nivel de marginación en el país. Según los indicadores socioeconómicos sobre el grado de marginación a nivel municipal de 1990, el 29.5% de los municipios se caracterizan como de muy alta marginación; el 46.1% son de alta marginación, 14.6% de mediana, 9.1% de baja y sólo el 0.7% se considera de muy baja marginación. Los de muy alta marginación se encuentran en la Mixteca (39), en la Sierra Sur (34), en la Cañada (23), en la Costa (23), en los Valles Centrales

(19), en la Sierra Norte (16), en el Papaloapam (10) y en el Istmo (4). Un dato significativo es que de estos 168 municipios, 150 tienen presencia indígena.

Las encuestas señalan que las campesinas indígenas trabajan un promedio de 16 a 17 horas diarias, con el consiguiente desgaste físico, nutricional y emocional. Además, en Oaxaca, a la par que el crecimiento urbano, la prostitución gana terreno y muchas de las mujeres dedicadas a esta actividad son menores de edad, analfabetas y migrantes indígenas.

En el terreno político hay mucho que hacer por la presencia femenina. Sólo 8 de 570 presidencias municipales están encabezadas por mujeres; sólo 2 de 31 diputaciones locales son ocupadas por mujeres. Esto muestra la falta de canales de participación para las mujeres y su marginación de la toma de decisiones y las instancias de planeación.

## II. Los Programas de la Salud Reproductiva

**E**l Programa de Salud Reproductiva estatal<sup>3</sup> está a cargo de la Dra. Rosa Lilia Kavanagh, dicho programa no hace mención de los Acuerdos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), El Cairo (1994), ni de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing, 1995; sin embargo menciona los compromisos adquiridos por el país en la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia.

La mortalidad materna en el estado se ha mantenido en los últimos años en los tres primeros lugares nacionales con tasas de 14.23 (1991), 8.42 (1996) y 8.71 (1997) por 10 mil NVR,<sup>4</sup> más o menos al doble de las medias nacionales, las regiones más afec-

<sup>3</sup> Se apoya legalmente en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, el Reglamento de la Ley General de Población, el Reglamento de la Ley General de Salud, la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar 1993, la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido 1993, la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer del Cuello del Utero y Mamario 1994.

<sup>4</sup> NVR: Nacidos Vivos Registrados.

tadas son la Sierra y la Costa; la menos es el Istmo. Se reportan como principales causas de muerte materna la hemorragia del embarazo y del parto, toxemia del embarazo, complicaciones del puerperio y abortos. De esta manera, para el año 2000 lamentaremos 93 muertes maternas.

En mortalidad infantil, la tasa hoy día es de 14.0 por mil nacidos vivos registrados, son las regiones más afectadas la Sierra, Valles Centrales, la Mixteca y la Costa, y las principales causas son afecciones originadas en el periodo perinatal, neumonías, enfermedades infecciosas intestinales, infecciones respiratorias agudas y deficiencias de la nutrición.

Las enfermedades en Oaxaca están ligadas a la pobreza, la desnutrición, el insuficiente saneamiento básico y, secundariamente, a enfermedades crónico degenerativas y a accidentes.

A partir de julio de 1997 cuando la Secretaría de Salud pasa a ser responsabilidad directa del Gobierno del Estado, se modifican las prioridades en salud y se echan a andar 10 Programas sustantivos: Salud Reproductiva, Atención a la Salud del Niño, Atención a la Salud del Adulto y del Anciano, Enfermedades Transmitidas por Vectores, Zoonosis, Microbacteriosis (tuberculosis y lepra), Cólera, Urgencias Epidemiológicas y Desastres, VIH-SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), y Adicciones.

Por primera vez un Programa de Salud Reproductiva está considerado dentro de los programas sustantivos y se aprecia que parte del nuevo concepto integral de salud reproductiva ha permeado su objetivo general: "Brindar información y servicios de salud reproductiva, incluyendo planificación familiar para disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, así como para contribuir a que los individuos y las parejas disfruten de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada el número y espaciamiento de los hijos y de esta forma regular en forma armónica el crecimiento de la población"; sin embargo no hace alusión, como derecho de todos los mexicanos y como pilar de la dignidad humana, al mejoramiento de la cali-

dad de vida y bienestar individual y familiar, conceptos plasmados en el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 que retoman los acuerdos de El Cairo y que han estado presentes en los discursos del Secretario de Salud y Presidente del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva.

En el programa se incluyen las declaraciones de la Convención sobre los Derechos del Niño y de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia, y sus implicaciones para la mujer; también se habla de los problemas de salud con origen social como los de mujeres reclusas, prostitutas, mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, mujeres indígenas migrantes; se aborda en general la salud de la mujer como grupo prioritario pero no se mencionan las Conferencias de El Cairo y Beijing; sin embargo se considera como meta para el año 2000: "Favorecer el cambio de actitudes y patrones culturales de quienes toman decisiones, de quienes prestan servicios y de toda la población, a fin de asegurar el fortalecimiento y la autonomía de las mujeres y el mejoramiento de su condición en materia de salud en el contexto de una sociedad más justa y equitativa".

Como plataforma de arranque tiene lugar una serie de talleres y eventos sobre derechos sexuales y reproductivos organizados por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y organismos no gubernamentales (ONG). La responsable del programa en el estado participa activamente, facilita de manera extraordinaria la asistencia de su personal y de enero a septiembre de 1998 acude al Distrito Federal para conocer el programa Salud y Género en dos talleres que toma con otros treinta encargados de implementarlo en sus estados.

También reciben capacitación los coordinadores de salud reproductiva de las seis jurisdicciones sanitarias del estado, quienes a su vez capacitan a cuarenta coordinadores de acción comunitaria por desgracia únicamente de la Costa; quedan pendientes las otras cinco jurisdicciones, por falta de presupuesto y por cargas de trabajo.

En todas las actividades de normatividad, educación, comunicación y prestación de servicios se menciona la perspectiva de

género para favorecer "relaciones equitativas entre los géneros y con igualdad de oportunidades". "Se utiliza el término perspectiva de equidad de los géneros porque es más entendida y asimilada por el personal de salud y de la población", apunta la Dra. Kavanagh, pero admite que este intento de capacitación en aspectos de género no tiene un peso importante en el quehacer de la institución; no es posible impulsar un cambio de actitudes entre la población y el personal con cursos básicos de ocho horas que no han podido tomar todos los prestadores de servicios. Por eso considera un reto la difusión del concepto integral de salud reproductiva entre toda la población.

Un logro significativo, señaló la responsable del programa de salud reproductiva, ha sido la "capacitación a capacitadores" de las seis jurisdicciones, pero contradice los datos anteriores al afirmar que, a su vez, han instruido en cascada -en cursos de 40 horas- a todo el personal adscrito a salud reproductiva, aproximadamente 180 enfermeras, auxiliares, médicas, médicos, pasantes, trabajadores sociales. Esto con un costo aproximado de 80 mil pesos que corresponde a presupuesto federal. En contraste, admite que no hay ningún programa de impulso a la participación masculina en materia de anticoncepción.

Los componentes que el Programa de Salud Reproductiva abarca son: Planificación Familiar (PF), Salud Perinatal, Salud de la Mujer y Atención a Adolescentes.

### III. Planificación Familiar

**S**e impulsa en un espacio de 1,343 Casas de Salud, 391 unidades médicas de primer nivel y diez hospitales generales en donde laboran seis coordinadores médicos, seis supervisoras de enfermería, y quince médicos que atienden a población abierta.

En la elaboración e impartición de cursos y programas se resiente la falta de un equipo interdisciplinario formado por antropólogos, psicólogos, sociólogos etc., capaz de llegar a un enfoque sistémico, complementario de la visión exclusivamente

bio-médica. A nivel directivo, el departamento cuenta con siete médicos y médicas, tres enfermeras y una técnica en nutrición.

Las metas de planificación familiar plasmadas en los documentos continúan siendo cuantitativas y dirigidas exclusivamente a la mujer; la encargada es enfática en este sentido y ha reiterado que las estrategias pueden modificarse pero que las metas seguirán siendo mantener la cobertura de usuarias activas en no menos de 23.9 por 100 mujeres en edad fértil, disminuir la tasa de natalidad a 24.7 por 1,000 habitantes, incrementar a 70.2% la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre mujeres unidas en edad fértil y a 57% entre mujeres unidas en edad fértil del área rural y disminuir la tasa global de fecundidad a 2.8 hijos por mujer.

A través del Programa de Planificación Familiar, a cargo del Dr. Efraín Cruz Rojas, se busca mantener un incremento anual del 8% de nuevas usuarias para mantener una tasa de natalidad descendente; se impulsa también el Programa del Dispositivo Intrauterino (DIU) postparto, post-aborto y vasectomía sin bisturí, pero sin el respaldo de una consejería especializada, individualizada, que proporcione información sobre la gama de métodos anticonceptivos, incluyendo ventajas y desventajas y considerando las diferencias individuales en la sexualidad de la mujer y su pareja, así como el estímulo a la participación activa y comprometida de las usuarias. No se menciona la importancia de la relación médico-mujer paciente como herramienta para acercar a la mujer a la toma de decisiones más favorables para su salud en materia de anticoncepción. Tampoco se menciona el concepto de derechos sexuales y reproductivos. En las metas evaluativas no se considera la perspectiva de la mujer, por eso, a pesar de que en 1998 se impulsa el consentimiento informado para todos los métodos anticonceptivos, en la mayoría de los casos todo se reduce a recabar la firma de la mujer en un formato, y continúa la relación burocrática y autoritaria con la supuesta beneficiada. Como la aplicación del DIU durante el evento obstétrico se realiza sin la presencia de la pareja, esta estrategia no está logrando que los hombres participen activamente en la planificación de la familia y asuman una mayor responsabilidad al respecto.

Usuarías Activas de DIU

1995	1996	1997
15,111	15, 895	15,927

Las usuarias activas de métodos de planificación familiar fueron 67 mil 205 en 1997; 85 mil 588 en 1998 y se espera que para el año 2 mil sean 112 mil 145 mujeres en edad fértil.

Los hombres no figuran en las estadísticas de planificación familiar de este departamento, excepto en el Programa Vasectomía sin Bisturí, que desde 1994 no ha progresado en el número de aceptantes, inclusive ha disminuido.

Aceptantes Vasectomía sin Bisturí

1994	1995	1996	1997
217	232	190	112

Aunque en el discurso escrito se considera un programa conjunto: "DIU Post-parto, Post-Aborto y Vasectomía sin Bisturí", las diferencias abismales en materia de anticoncepción entre hombres y mujeres señalan el desinterés, las nulas estrategias o falta de impacto para estimular la participación y responsabilidad masculina.

Los servicios de planificación familiar son gratuitos, sin embargo no se cuenta con todos los métodos anticonceptivos (no son suficientes o no están disponibles en las Unidades, sobre todo los hormonales orales y los preservativos). Los hormonales inyectables son proporcionados únicamente en el momento obstétrico y posteriormente la mujer los tiene que adquirir por su cuenta cada mes o cada dos mes, al costo público de 27.50 pesos aproximadamente.

Que los anticonceptivos hormonales inyectables fueran gratuitos y estuvieran disponibles para las mujeres del estado requeriría un gasto aproximado de 7,490,784 pesos anuales, considerado a las usuarias activas estimadas para 1988 en 85,588; si restamos

las oclusiones tubarias bilaterales (OTB) realizadas en 1997 que fueron 25,073 y las 15,927 usuarias de DIU registradas en 1997, tendríamos aproximadamente 44,588 usuarias de hormonas inyectables con un costo aproximado de 14 pesos, a precio de gobierno, por 12 meses de aplicación mensual o bimestral.

En el estado, el método que ocupa el primer lugar en materia de anticoncepción, es el quirúrgico:

	Usuaris de OTB	
1995	1996	1997
20,844	23,061	25,073

En el discurso escrito del departamento de Salud Reproductiva se menciona que: "El estado muestra actualmente una marcada preferencia por los métodos que tienen una alta efectividad anticonceptiva, ya que el 61% del total de los usuarios y usuarias están protegidos de manera permanente con un método quirúrgico o han optado por el dispositivo intrauterino. La preferencia de los hormonales orales ha disminuido significativamente -36.5% respecto a 1992- y la aceptación de los inyectables está creciendo, ahora el número de usuarias activas que utilizan este método es tres veces mayor, debido a la excelente aceptación que ha tenido el *Cyclofem*, de aplicación mensual.

Sería importante realizar una investigación en todos los estados de la República con una muestra representativa de mujeres usuarias para analizar las condiciones en las que aceptaron el método quirúrgico, el DIU o los hormonales inyectables, ya que a priori es difícil aceptar que en todos los estados se dé una preferencia similar ¿o es que los métodos ofrecidos tienen un sesgo en relación con su disponibilidad, efectividad permanente o semipermanente y su costo?

Actualmente las instituciones de salud utilizan formatos para recabar la autorización de la cirugía (OTB) en donde textualmente se señala: "Estamos de acuerdo que se practique la salpingoclasia

en base a la información recibida...". El cónyuge autoriza con su firma al igual que la mujer a quien se le practicará la intervención.

Se entiende que es necesario que la institución compruebe con un documento el consentimiento de la mujer y que exista en un momento dado un testigo; sin embargo, no es posible que en la actualidad firmen paciente y cónyuge mancomunadamente en relación con un procedimiento que se realizará en el cuerpo de la mujer; a la fecha, el Departamento de Salud Reproductiva no ha impulsado cambios al respecto, pese a que la jefa del departamento ha mostrado sensibilidad hacia el problema.

El porcentaje estatal de cobertura de anticoncepción post-parto y post-aborto tiende a la alza. En 1997 superó el promedio nacional: el 44.33%, de las mujeres que se atendieron por algún evento obstétrico adoptó un método anticonceptivo, lo que pone a Oaxaca en el décimo quinto lugar entre los estados con la tasa más alta.

Conviene resaltar que el Departamento de Salud Reproductiva considera un logro importante esta cobertura de anticoncepción post-parto y post-aborto, pero no hace diferenciación en cuanto al número de casos relativos a cada una de estas variables ni específica si se procedió en toda ocasión con un consentimiento informado. Ya sabemos que el consentimiento informado es de reciente implementación y los cursos de capacitación están en sus etapas iniciales, pero hay un debate acerca de si los momentos posteriores a un parto y a un aborto son idóneos para la consejería sobre planificación familiar y si existen realmente las condiciones emocionales para tomar una decisión libre, o se aprovecha la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer para presionarla en algún sentido.

Un grave error cotidiano es que los prestadores de servicios, al ofrecer la anticoncepción no señalan que ésta no previene enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH-SIDA y no ofrecen al mismo tiempo, como se hace en los países desarrollados, un método de barrera (preservativos), tampoco se hace referencia

a la anticoncepción de emergencia. No existen folletos ni carteles sobre este último método.

Otro problema común es la falta de privacidad en la que se proporciona consejería anticonceptiva; cuando se hace en las salas de hospitalización, es de manera general y dirigida hacia todas las mujeres, tampoco se invita a la pareja, aunque esté presente en ese momento, a participar y apropiarse de la información. Usualmente, se ignora la historia anticonceptiva de la mujer, no se le habla por su nombre, no se le pregunta si tiene dudas; el lenguaje que generalmente usan los médicos no es claro ni sencillo; tampoco se muestran diagramas o rotafolios y por lo general el tiempo utilizado no es mayor a 5 minutos.<sup>5</sup>

Puestos en la balanza pros y contras, Oaxaca ocupa el último lugar en el uso de métodos anticonceptivos entre mujeres en edad fértil unidas, con sólo 51.4%, cuando la media nacional era de 67.64% en 1997; la siguen Chiapas, Guerrero y Querétaro. Es de esperarse que la tasa bruta de natalidad sea una de las más altas del país: 26.06 nacimientos por mil habitantes, cuando la media nacional es de 23.85 –a pesar de que se advierte una disminución paulatina en ese renglón–.

Tasa bruta de natalidad  
(Nacimientos por cada 1,000 habitantes)

1995	1996	1997
27.0	26.6	26.06

Oaxaca es uno de los tres estados con la tasa global de fecundidad más alta del país: 3.18 hijos por mujer (1997), precedido por Puebla y Chiapas; la media nacional es de 2.65. Sin embargo, estos datos encubren la realidad de la fecundidad en mujeres indígenas, campesinas y/o las pertenecientes a comunidades de muy alta y alta marginación que tienen de 5 a 8 hijos.

<sup>5</sup> Calidad y calidez en el aborto incompleto. Oaxaca, Population Council, 1998.

En octubre de 1998 se inició la distribución de la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer, lo que se considera un avance significativo ya que a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), IMSS SOLIDARIDAD, DIF, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y ONG, se entregaron 326 mil cartillas acompañadas de información y estrategias de promoción, con un costo unitario de ochenta centavos, equivalente a 260,800 pesos del presupuesto estatal. Para transportar las cartillas a Oaxaca, fue necesaria la cooperación del Presidente Municipal, Pablo Arnaud, que facilitó un camión. En 1999 y 2000 se espera alcanzar un tiraje superior.

#### IV. Salud Perinatal

**E**l Dr. Pablo Espinosa Osorio, encargado del programa desde principios de 1996, nos dice haber escuchado sobre los acuerdos de El Cairo en la Primera Conferencia "Por Una Maternidad Sin Riesgos", celebrada en Oaxaca en 1996 y en un curso sobre anticoncepción de emergencia que se llevó a cabo en 1997 organizado por el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), pero que no tiene ningún documento que le haya proporcionado la Secretaría de Salud de Oaxaca (SSO) ni recuerda punto específico alguno.

El equipo coordinador de Salud Perinatal está integrado por dos médicos, una médica y una nutrióloga. Dos médicos con diplomado en Salud Pública, no hay ningún ginecólogo.

Con objeto de abatir la baja consulta prenatal, en febrero de este año se inició el programa "Visitas guiadas" para niños de primaria, quienes hacen un recorrido explicativo por las diferentes áreas de los hospitales y reciben información básica sobre el cuidado de la salud. Ellos a su vez informan sobre la existencia de mujeres embarazadas en su familia y el personal de salud realiza visitas domiciliarias a las embarazadas para invitarlas al control prenatal. Con esto, refiere el Dr. Espinosa Osorio, ha aumentado un 15% esta consulta, en relación con los años anteriores. Los hospitales reciben una visita de escolares a la semana.

Cooperador y amable, el encargado explica que, aprovechando la consulta prenatal, se dan charlas de grupo en las salas de espera, donde se aborda la educación sexual, la problemática relacionada con la violencia intrafamiliar y la prevención de enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH-SIDA.

Si consideramos que en diez hospitales reciben la visita de un grupo de aproximadamente treinta niños a la semana, tenemos alrededor de 1,200 escolares en un mes; al año, serían más o menos 14,000 niños, los que proporcionan información sobre mujeres embarazadas en su familia. La iniciativa es interesante pero la acción no ha impactado en la consulta prenatal significativamente. Sería útil saber cómo se desarrolló este acercamiento con las mujeres, ya que no existe capacitación específica al respecto.

Se nos informa también de acciones para reforzar la historia clínica perinatal, y para detectar factores de riesgo como hipertensión, diabetes, tuberculosis, sífilis e hipotiroidismo.

Un programa importante desde 1996 es el de reanimación neonatal en hospitales de segundo nivel, en el cual han participado pediatras del Hospital General de Oaxaca, formando un equipo de cuatro instructores que ha impartido 25 cursos, con presupuesto federal de aproximadamente 8 mil pesos por curso.

En 1998 se inició la detección de retraso mental por hipotiroidismo en recién nacidos, consistente en el análisis de una muestra de sangre tomada en la primera hora del nacimiento, la cual se envía al laboratorio central en el Distrito Federal. Durante 1997 y 1998 se han analizado alrededor de 11,000 muestras.

Las metas relativas a salud perinatal son disminuir los daños a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, fomentar la atención del parto por parteras tradicionales en localidades sin servicios de salud, asegurar la supervivencia del niño desde su vida intrauterina, durante el nacimiento y a través de las etapas de su crecimiento por medio de la vigilancia y control por personal de salud, promoción y fomento de la lactancia materna exclusiva y del alojamiento conjunto, y por último la prevención del retraso mental de origen metabólico por hipotiroidismo congénito

Los documentos normativos, según explica el encargado, son: la Norma Oficial Mexicana para la Atención del Embarazo, Parto, Puerperio, y el Manual de Atención Prenatal y de Bajo Riesgo del Centro Latinoamericano de Perinatología, de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud (oms).

Observamos también que en 1997 hubo un incremento de 8.22% de consultas prenatales en relación con 1996 y que en el lapso de enero a septiembre de 1998 apenas se ha logrado un 75% de lo hecho el año anterior. En este aspecto, el panorama para finalizar 1998 no es muy halagüeño, en el último trimestre se alcanzaría como máximo una cifra parecida a la de 1997. A nivel nacional, se espera alcanzar las cuatro o cinco consultas prenatales por mujer; Oaxaca tiene una media de 2.3. En países desarrollados, como Canadá, cada embarazada acude a sus nueve consultas prenatales.

#### Número de Mujeres con Control Prenatal

1996	1997	1998(ene-sep)
87,679	96,162	72,101

Los partos atendidos por parteras han tenido el siguiente comportamiento:

#### Partos por partera

1995	1996	1997	1998(ene-sep)
1,885	4,346	2,101	796

Los datos dicen que de 1995 a 1996 hubo un incremento de un 30% y, de 1996 a 1997 un decremento abismal de 52%. Cumplidos los tres primeros trimestres de 1998, aún no se alcanza el 50% de los años anteriores; por lo que, aún sin contar con los datos del último trimestre, la expectativa es de otro importante decremento. Esta disminución sería positiva si obedeciera

ciera a un aumento de partos atendidos en Unidades Médicas, pero no es así; pero entre 1996 y 1997 el incremento es mínimo: 0.66%. No se ha logrado siquiera que la mitad de los partos en Oaxaca se atiendan en las Unidades Médicas un 44.76%.

Según estimaciones correspondientes a 1998, sólo llegó a ellos 39,580 aproximadamente y apenas 2,101 fueron atendidos por parteras; tenemos entonces que en los albores del milenio, más de la mitad de los nacimientos, 46,275 ocurrieron fuera de las instituciones de salud y sin asistencia calificada. De mantenerse esta tendencia una cantidad aún mayor de mujeres darán a luz solas, auxiliadas por su pareja o por familiares, con gran sufrimiento y en pésimas condiciones de higiene, con los riesgos consabidos. Los nacimientos por cesárea en 1995 fueron 3,817; en 1996 3,802 y en 1997 de 3,998.

#### Nacimientos Atendidos por Cesárea

1995	1996	1997
25.74%	27.64%	28.25%

Con este preocupante incremento en la práctica de la cesárea el estado supera la media nacional y se desoye la recomendación de la oms y de la Conferencia de El Cairo, en el sentido de que esta práctica no exceda el 20%. Una posible razón para el incremento de cesáreas puede ser que en los diez hospitales del estado de Oaxaca se cuenta únicamente con especialista en ginecología en el turno matutino, en los turnos vespertino y nocturno toca a un cirujano la intervención quirúrgica pues no siempre es posible esperar al ginecólogo por lapsos de dos turnos. Los sábados, domingos y días festivos tampoco se cuenta con el especialista. También es conveniente señalar que la especialidad de pediatría únicamente existe en el turno matutino con los riesgos para la salud perinatal que esto implica. Todo esto limita la calidad de los servicios de salud fuera de la capital del estado.

Nacimientos de bajo peso			
1994	1995	1996	1997
10.11%	10.26%	11.97%	10.32%

En esta tabla se aprecia que de 1994 a 1996 aumentó el nacimiento de niños con bajo peso, cuyo mayor porcentaje se encuentra en la Mixteca. Estas cifras rebasan en un 29% el promedio nacional y se han mantenido en aumento en los últimos siete años. Pero la realidad es más dramática ya que estos porcentajes se refieren sólo a nacidos vivos en Unidades Médicas.

Queda claro que prevalece en el estado la desnutrición grave y moderada en niños menores de 5 años.

A pesar de este panorama, nueve hospitales estaban certificados en 1996 como "Hospitales Amigos del Niño y de la Madre", debido a que la certificación se basa únicamente en la promoción de la lactancia materna y el alojamiento conjunto. La Dra. Rosa Lilia Kavanagh indicó que no se ha llevado a cabo en 1997 la re-certificación por haberse suspendido este año el presupuesto para viáticos, el cual fue utilizado para medicamentos.

El Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre comenzó a funcionar luego de la Primera Conferencia por una Maternidad sin Riesgos celebrada en Cocoyoc, Morelos en 1993. Este programa funciona a nivel nacional en todo el sistema de salud; parte de los recursos económicos provienen del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el objetivo es disminuir la mortalidad materna y perinatal, impulsar el control perinatal y disminuir los riesgos en la atención del parto y del puerperio así como fomentar la lactancia materna y el alojamiento conjunto. El Dr. Javier Martínez Iturbide es el encargado de este programa y explica que la certificación se constata en una placa colocada en la entrada de los hospitales.

El programa abarca protección, promoción y apoyo a la lactancia natural; normas y procedimientos, capacitación al personal; difusión a la lactancia a embarazadas y puerperas; inicio de la lactancia materna dentro de la media hora después del parto; erradi-

cación de la lactancia artificial y formación de grupos de apoyo a la lactancia materna después del egreso.

Existe una carta programática para capacitar al personal y posibilitar el programa; la capacitación varía en función del cargo pero todos la reciben, incluyendo el personal de aseo. El titular subraya la dificultad del proceso y la importancia de sensibilizar más a las trabajadoras sociales, que son las encargadas de investigar el perfil socioeconómico de las personas para el cobro de los partos, ya que la cuota de recuperación en el Hospital General de la ciudad de Oaxaca oscila entre 800 y 1,200 pesos.

Respecto al aumento en el número de cesáreas en el Hospital General de la ciudad de Oaxaca, señala que fueron 73 en el mes de julio, 107 en agosto y 125 en septiembre de 1998, se deben "en parte a que la embarazadas son atendidas primero por parteras y al no poder con el trabajo de parto acuden al hospital".

## V. Salud de la Mujer

### Programa de Cáncer Cérvico Uterino

**E**l programa de cáncer cérvico uterino (CACU), de la Secretaría de Salud de Oaxaca es parte del Programa de Salud Reproductiva desde agosto de 1997 y su objetivo es detectar, mediante la prueba del *papanicolau* (PAP), a las mujeres con CACU o alguna anomalía localizable por medio de una muestra citológica.

La doctora Concepción Pérez Hernández, ginecóloga encargada del programa, que labora en la SSO desde abril de 1988, menciona haber escuchado sobre los acuerdos de El Cairo sin poder precisar alguno de ellos; no tiene en su oficina información o documento al respecto y es preocupante que en la única capacitación recibida por la encargada desde su ingreso a la institución (dos cursos sobre los lineamientos del programa de CACU, uno en la ciudad de México, de cuatro días de duración, y otro en Tlaxcala, de tres días) no se mencionaran los acuerdos que produjo ese importante encuentro.

Para 1998 la Secretaría de Salud a nivel nacional propuso como meta que el 70% de las mujeres de 18 a 65 años se reali-

zara el PAP. La encargada comenta que en Oaxaca la sso logró el 50% de la meta establecida; indicó que de enero a octubre de este año se hicieron 38,404 tomas del PAP, de las que 30,103 se interpretaron y los resultados fueron entregados, en octubre de 1998, 8,301 estaban en proceso.

Sobre otro rezago importante en interpretación y entrega de resultados de la toma del PAP, del cual se tuvo conocimiento en 1997, informó: "En 1997 hubo 5,252 laminillas pendientes y para su análisis se realizaron cuatro contrataciones especiales de citotecnólogos que usualmente trabajan en los hospitales jornadas de 8 horas. Los resultados de estas tomas rezagadas, de las que ningún caso resultó positivo, se han ido enviando a las jurisdicciones de procedencia, la entrega concluyó el 19 de noviembre de 1998".

Usualmente las muestras se toman en los hospitales y centros de salud del estado y se estudian en uno de los tres laboratorios con que se cuenta para estos casos:

Laboratorio	Citotecnólogos	Citopatólogas	Anatomopatólogos
Hospital Aurelio Valdivieso	5	3	3
Estatad de Salud Pública	2	0	0
Hospital de Tuxtepec	1	0	0

Cuando las muestras presentan alguna displasia, severa, leve o moderada, se envían a las clínicas de displasia ubicadas en el Hospital General Dr. A. Valdivieso, el hospital de Tuxtepec y el Hospital de Juchitán. En estos casos la sso ofrece el tratamiento a las pacientes sin ningún costo, pero a la mayoría les resulta muy difícil transportarse del lugar de origen a estos hospitales. En la médica observamos sensibilidad sobre esta variable socioeconómica; sin embargo, no ha habido ningún tipo de colaboración con las autoridades municipales o habitantes de las poblaciones para establecer mecanismos que faciliten el traslado de las mujeres.

Los datos de muerte por CACU en 1996 indican veintisiete casos de muerte por 100 mil mujeres mayores de 25 años, 11.6 casos

de muerte por 100 mil mujeres de todas las edades. Los de morbilidad son 29.1 casos por cada 100 mil mujeres de todas las edades. La entrevistada señaló que la multiparidad, la infección por virus del papiloma humano, la desnutrición, el tabaquismo, el inicio de relaciones sexuales a temprana edad y las múltiples parejas sexuales son los factores de mayor riesgo para desarrollar el cáncer cérvico uterino.

A partir de abril de 1998, como parte de este programa a nivel estatal, la sso<sup>6</sup> impartió dos cursos sobre información básica y dos de capacitación específica sobre cáncer cérvico uterino. El primero se realizó en las oficinas centrales a directores y personal administrativo, asistieron 43 personas; el segundo fue en cada jurisdicción, con las y los directores de área y coordinadores, con 40 asistentes; el tercer curso se impartió en 1998 en las jurisdicciones de Tuxtepec, la Costa y Valles Centrales y el cuarto se impartió en mayo de 1998 en la Mixteca, el Istmo y la ciudad de Oaxaca. Los dos últimos tuvieron como objetivo que el personal que tomara el curso sobre el programa de CACU pudiera a su vez capacitar al personal involucrado de su jurisdicción.

Estos cursos de capacitación tuvieron el mismo contenido que el curso recibido por la encargada en la ciudad de México. Abarcaba un panorama epidemiológico del CACU, las inequidades de género que han obstaculizado el programa, el contenido de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino, el procedimiento seguido con la muestra una vez realizado el examen del PAP, la historia natural del CACU, informaba también sobre la clínica de displasias. Incluía también técnicas actuales de la toma de citología, un programa de cómputo (mediante el cual se puede tener toda la información almacenada del CACU para detectar los focos rojos); técnicas didácticas para el desempeño de su función como instructores y

---

<sup>6</sup> Es importante señalar que en este laboratorio se cubrieron en noviembre de 1998, las dos plazas de citotecnólogos.

la capacitación a cada asistente para realizar la toma de citología cervical.

Los materiales utilizados en los cursos fueron trípticos, carteles y rotafolios acerca del CACU. Desde luego el programa sigue los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana sobre Cáncer Cérvico Uterino. Esta norma fue modificada en marzo de 1998, ese año se cambió la prioridad recomendada para citología cervical, que se realizará cada tres años, en lugar de cada año, "con el fin de ampliar la cobertura", señaló la encargada.

El CACU es la primera causa de muerte femenina por neoplasias malignas en el grupo de 25 a 64 años. En Oaxaca la tasa de mortalidad por esta causa fue de 27.7 por 100 mil mujeres de 25 años o más en 1997, cuando la nacional fue de 19.4.

Acerca del cambio en la periodicidad de la toma del PAP en la Norma Oficial del CACU, la encargada del programa comentó que podría ser bueno si todas las mexicanas tuvieran como mínimo un PAP previo, pero la realidad es que muchas mujeres nunca se han hecho un estudio citológico, lo que hace riesgoso el espaciamiento; además, en algunos casos el virus es muy agresivo y la mala alimentación de la mujer facilita su desarrollo. La Norma Oficial Mexicana estipula, contra lo que la encargada comentó, que: "el examen debe realizarse cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas con resultado negativo a infección por virus del papiloma humano, displasias o cáncer".

Los cursos a los que asistió la encargada y los impartidos al personal del programa no abordan la violencia y otras variables socioculturales de impacto en la enfermedad ampliamente analizadas en las conferencias de El Cairo y Beijing, ni hacen referencia alguna a los documentos relativos; el personal capacitador es médico y paramédico y, como tal, maneja exclusivamente los aspectos biomédicos del problema, en omisión de los acuerdos internacionales emanados de esos encuentros, lo que lleva otra vez a la necesidad de formar un equipo interdisciplinario.

La encargada del programa conoce la importancia de la educación sexual y admite la falta de ésta en Oaxaca; parece no tener

presente que el trabajo preventivo del CACU incluye la educación sexual y que ésta debería figurar en sus programas de capacitación y en el diseño y aplicación de una campaña de prevención permanente y de impacto, ya que el CACU es la primera causa de mortalidad en el estado entre mujeres de 45 a 65 años. Cuando afirma que: "hace falta inculcar en las mujeres una cultura para cuidar su salud, informar, a nivel escolar, la importancia del examen del PAP al empezar una vida sexual activa", nuevamente excluye de su quehacer la educación sexual y la necesidad de elevar la autoestima en las mujeres como medio para llegar a un mejor cuidado de la salud. Todavía no se toma en cuenta la importancia de la responsabilidad y la participación del hombre en los programas preventivos, de diagnóstico y tratamiento: "en este sentido no hay ningún avance", dice.

Cuando la Dra. Pérez Hernández afirma que en Oaxaca se cubrió la mitad de la meta nacional fijada en 1997 para tomas del PAP, muestra que no conoce ni aproximadamente el número de mujeres sin un sólo PAP (a nivel nacional y estatal) pues la población de mujeres entre 25 y 65 años con cobertura potencial de la sso en 1998 es de 567,468, incluyendo la que cubre el IMSS-SOL. El porcentaje citado por la titular del programa (que corresponde a 350 mil muestras) no puede ser real pues contradice también el dato oficial que dice: "en la actualidad no se alcanzan las 100,000 detecciones, o sea, nuestro avance es apenas del 10%".<sup>7</sup>

Existe un incremento del 19% en la realización de exámenes citológicos -que corresponde a 6,205 estudios- en los periodos enero-septiembre de 1997 y enero-septiembre 1998 con el mismo número de citotecnólogos a nivel estatal, se ha producido así un rezago alarmante y retrasos de dos, seis y ocho meses en la entrega de los diagnósticos; las mujeres se ven obligadas a acudir una y otra vez a las unidades de salud (haciendo viajes largos y costosos en muchos de los casos) para recibir sus resultados (casi

---

<sup>7</sup> Tomado del documento Desigualdad Regional: Avances y Rezagos en las Condiciones de Salud, 1998.

siempre de manos de una persona distinta de la que tomó la muestra), lo que causa en ellas desaliento para adherirse o recomendar el programa de detección oportuna.<sup>8</sup>

La baja productividad de los citotecnólogos puede relacionarse con las malas condiciones del área de trabajo y con insuficiencia o demora en el suministro de material, pues, si consideramos los indicadores de productividad estandarizados en instituciones de salud para la lectura de laminillas (entre 40 y 50 por jornada de ocho horas), la lectura de 46,085 laminillas anuales, requeriría de cinco citotecnólogos de ocho horas; la planta de personal contaba con seis hasta noviembre de 1998, por lo que un rezago tan importante no se relaciona con la falta de recursos humano.

En el análisis de laminillas atrasadas de 1997 no existió un control de calidad de los resultados por parte de un citopatólogo quién, según a la Norma Oficial Mexicana sobre cáncer cérvico uterino, debe verificar todas las pruebas positivas y una muestra de 10% de las negativas.

En el estado se requiere que cerca de 567,468 mujeres entre 25 y 64 años, como parte de la población cubierta por la SSO e IMSS-SOL, se realicen dos estudios citológicos antes de aplicar la Norma Oficial Mexicana para la Detección del CACU que establece periodicidad de tres años, siempre y cuando la mujer tenga dos estudios citológicos negativos previos; es decir que la lectura del 70% de las laminillas (397,227), requeriría una infraestructura operativa inexistente en la actualidad; baste un ejemplo, en el renglón del recursos humanos harían falta 37 citotecnólogos.

La encargada comentó que en 1999 ya no se apoyará a IMSS-SOL en esa tarea, ya que "no se dan abasto con las generadas en la propia institución" (cabe preguntarse quién se hará cargo de analizar esas laminillas); luego hizo un comentario en el sentido de que se podría agilizar la entrega de resultados si de tres laboratorios sólo uno controlara la logística operativa para un mejor manejo del personal y de los estudios.

---

<sup>8</sup> Esto se desvía significativamente de lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana que establece que el resultado deberá ser entregado por el laboratorio en un plazo de 15 días

En México no existe la infraestructura académica con capacidad para formar técnicos, citotecnólogos y profesionales citopatólogos que requiere el país.

Nos llamó la atención que la encargada del programa señalara, mostrándonos el documento, que no se encontró ningún caso positivo en el rezago de 1997 de 5,252 laminillas, porque dos patólogas señalaron, con base en los criterios establecidos por la oms, que de cada 5 mil laminillas analizadas, aproximadamente 50 presentan algún tipo de displasia. A nivel mundial se sabe que de cada 100 mujeres, dos tendrán lesiones premalignas o malignas.

Se analizó el material que la encargada nos mostró; un rotafolio a colores tamaño doble oficio engargolado, ahí se mostraba, con dibujos y gráficas, parte del contenido del programa: factores de riesgo, el lugar donde se produce el CACU, la realización de la prueba, la cartilla nacional de la mujer y la manera de utilizarla. El material de trabajo de los cursos no incluye diapositivas.

Sobre la atención psicológica comentó que ningún hospital o centro de salud cuenta con un módulo o área específica para proporcionar apoyo psicológico a las pacientes con diagnóstico de CACU; lo que se hace es canalizarlas con alguna psicóloga del hospital o centro de salud. Es decir que no se toma en cuenta lo estipulado en la Norma Oficial del CACU, donde se indica que se debe proporcionar la atención psicológica a las mujeres con resultados positivos. En relación con los acuerdos de El Cairo, que impulsan la atención integral para las pacientes con cáncer, no se ha trazado ningún lineamiento ni se ha fijado norma alguna de referencia psicológica. Sólo existe una psicóloga y una pasante de psicología en el Hospital General Dr. A. Valdivieso de la ciudad de Oaxaca.

No se debe soslayar que en Oaxaca, cada día y medio muere una mujer por cáncer cérvico uterino y que esta cifra ya alarmante no incluye a una porción importante de población de alto riesgo sin atención, ya que existe un rezago aceptado por la sso, de un 13% ( 355,411 posibles pacientes) en la cobertura de servicios.

Una médica patóloga de la sso es responsable de implementar un programa que inició en el mes de julio de 1998 llamado Programa de Visita Única, en el Hospital General Dr. A. Valdivieso.

El objetivo del programa es captar a todas las mujeres de alto riesgo, que son las que nunca se han hecho un PAP, las que iniciaron relaciones sexuales antes de los 18 años, las que tienen parejas múltiples, las de pareja con parejas múltiples, las mayores de 18 años con vida sexual activa, las de estrato socioeconómico bajo, las que tienen de 25 a 64 años, aun cuando no tengan o no hayan tenido relaciones sexuales, las que tienen antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, las que presentan deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E, y las afectas al tabaco. Este programa alternativo quiere sensibilizar y educar en relación con el cáncer cérvico uterino y su tratamiento. Las mujeres de alto riesgo que acudan a hacerse el examen del PAP tendrán los resultados el mismo día y si existe alguna anomalía se les brindará tratamiento desde el momento de su detección, con el fin de evitar deserciones y propiciar que ellas mismas incorporen a otras mujeres al programa.

Una de las finalidades de este programa es que en una sola visita de las mujeres al hospital se realice la detección del CACU y conozcan sus resultados, así se evita la deserción y ellas mismas canalizarán a otras mujeres al programa. Además, se planea aplicar un cuestionario antes y después de darles atención para evaluar sus conocimientos sobre la toma del PAP, el CACU y el trato que reciben de las prestadoras de servicio.

Los comentarios de las mujeres desde que inició el programa son positivos, subrayan el trato amable y también que son mujeres las prestadoras del servicio, lo que les inspiró más confianza. Un programa similar se realizó en California, con población hispanoparlante, los resultados fueron buenos; y otros se han aplicado en África también con éxito.

El problema del CACU es, a nivel estatal y nacional, alarmante; es urgente una campaña nacional preventiva eficaz y de impacto similar al logrado por las de vacunación.

## **Programa de Cáncer de Mama**

La Doctora Concepción Pérez Hernández, encargada del Programa de CACU y mama, comentó que en los cursos de capacitación que recibió en el Distrito Federal en 1998, se mencionó sólo a grandes rasgos el cáncer de mama. Al pedírsele detalle sobre esta capacitación, reiteró que "se vió a grandes rasgos".

Cuando se le preguntó acerca de las estrategias para detectar el cáncer de mama, informó que el personal encargado de realizar el examen del PAP también hace un examen de mama a la mujer; informó que el programa no tiene normatividad oficial, manuales de procedimientos, documentos, trípticos o rotafolio, pero que están en proceso y afirmó que en ese momento no tenía datos o estadísticas de cáncer de mama en Oaxaca.

Localizamos algunos datos estadísticos sobre este padecimiento: a nivel nacional el cáncer de mama representa la segunda causa de muerte por neoplasias. Se estima que en 1997 de cada 100 mil mujeres oaxaqueñas del grupo de 25 años o más, aproximadamente siete fallecieron por esta causa.

La tasa nacional de mortalidad es de 13.2 por 100 mil, la de Oaxaca de 2.7; es decir, un 47 % menor; con lo que se ubica entre los estados con los índices más bajos del país en ese campo. Tres datos ilustran lo anterior: en 1994 ocurrieron 52 defunciones por cáncer de mama; en 1995 fueron 49 y en 1997 sólo 47.

Definitivamente, al realizar el estudio citológico del PAP no se realiza como parte del protocolo el examen clínico de mama; lo que afirma la encargada del programa en ese sentido no corresponde a la realidad.

Un aspecto importante en el tratamiento de cáncer de mama es el apoyo psicológico que debe recibir la mujer para enfrentar el diagnóstico que obliga a la extirpación, debido al impacto simbólico que ésta representa, así como para resolver las frecuentes depresiones sufridas después de la intervención; sin embargo, no existe un equipo de personal psicológico, y/o psiquiátrico y de trabajo social especializado que proporcione psicoterapia de apoyo antes y después de la operación, y que coordine grupos de autoapoyo.

En Oaxaca, la detección del cáncer de mama no es parte de los servicios de salud reproductiva que se realizan con elevada calidad, por lo que constantemente se carece de un enfoque integral, no hace hincapié en los grupos más vulnerables que son las mujeres indígenas, también se carece de recursos para prótesis, las metas a seguir generalmente son cuantitativas y además, no hay alianzas, ni interlocución con las ONG.

El uso de técnicas modernas para detectar el cáncer de mama, como la mamografía, exige recursos económicos altos y personal capacitado para responder a la demanda de diagnósticos eficientes. En 1990, las conclusiones de un grupo de expertos convocada por la Unión Internacional Contra el Cáncer señala que: "la detección por mamografía practicada con un intervalo de uno a tres años puede reducir sustancialmente la mortalidad por cáncer de mama en las mujeres de 50 a 70 años; en contraste, en las mujeres menores de 50 años hay poca evidencia del beneficio, al menos sobre la base de los resultados de diez años de seguimiento posteriores a la detección; asimismo, consideran que la eficacia en función del costo de la mamografía practicada cada dos o tres años en las mujeres de 50 a 70 años de edad es comparable con el de otros procedimientos médicos".<sup>9</sup>

En relación con el estudio citado, podemos concluir que en Oaxaca no se cuenta con recursos materiales y humanos ni con un programa tendiente a detectar en etapas iniciales el cáncer de mama; llama la atención que este programa de salud de la mujer tenga como únicas metas realizar exploración clínica de mama al 50% de la población femenina de 25 años y más cada año y disminuir la mortalidad por cáncer mamario a 2.76 por 10 mil mujeres.

Es evidente que estos datos no se sustentan en estudios científicos recientes avalados por la OMS, pues en la actualidad el autoexamen y la exploración clínica de mama no se consideran de utilidad significativa, como la mamografía.

---

<sup>9</sup> Organización Panamericana de la Salud; *Género, Mujer y Salud en las Américas*; Publicación Científica Núm. 541, Estados Unidos, 1993

## Programa Parteras Tradicionales

El Programa Parteras Tradicionales es parte del Programa de Salud de la Mujer. La sso desde antes de 1980 imparte cursos de capacitación a parteras como una de sus actividades prioritarias, su objetivo principal es que el parto se realice en condiciones higiénicas, "parto limpio", para disminuir la mortalidad materno-infantil. También se enseñan técnicas culinarias acordes con los recursos de la región y se da información básica sobre nutrición y huertos familiares. En 1998 se inició la capacitación a parteras sobre violencia intrafamiliar, aspectos de género e instancias públicas a las que se puede acudir en caso necesario. Actualmente el presupuesto asignado a este programa es federal. La enfermera partera Irma Cordeiro Córdoba está a cargo del Programa Parteras Tradicionales. Es significativo que no sea un grupo interdisciplinario, ginecólogos incluidos el que dirija y/o participe en este programa. Tres elementos integran el programa: censo, capacitación y seguimiento a la labor de las parteras.

El programa tiene censadas a 1,239 parteras pero sólo de 808 se tiene un seguimiento, pues asisten al centro de salud cercano a la comunidad y se mantiene con ellas algún contacto. Su edad promedio anda alrededor de los 50, la mayoría es analfabeta. El censo se actualiza cada año; en 1996 había parteras en las seis jurisdicciones<sup>10</sup> de Oaxaca: Valles Centrales 149, Istmo 112, Tuxtepec 83, Costa 150, Mixteca 130 y Sierra 184.

Este programa incluyó un curso de capacitación que dura cinco días y 40 horas, lo imparte un grupo de enfermeras, médicos y nutricionistas en las seis jurisdicciones y asisten de 20 a 30 parteras tradicionales de diferentes comunidades una vez al año. En 1998 el curso sólo se dio una vez en cada jurisdicción, con un costo de 25 mil pesos. La instrucción hace hincapié en conocer los síntomas del parto, detectar los factores de riesgo en la mujer embarazada, informar sobre la vacunación de la embarazada y sobre la vacunación de niñas y

---

<sup>10</sup> El agrupamiento por jurisdicción no corresponde al área geográfica del estado, es una regionalización de la sso.

niños en su oportunidad, sobre el llenado de las formas de registro civil para las y los nacidos vivos y las y los nacidos muertos, dan a conocer técnicas culinarias como la preparación de la soya y la formación de huertos familiares, para que las parteras enseñen a las mujeres de la comunidad, manejan información básica sobre violencia intrafamiliar, además de ser una oportunidad para compartir sus conocimientos e intercambiar técnicas.

Al terminar el curso, la sso entrega a cada una un maletín básico para sus actividades y un manual gráfico de atención a parteras que contiene las explicaciones en dibujos. Cada maletín, de aproximadamente 600 pesos, contiene: dos pinzas, jabonera, cinta para medir, vasija metálica de acero inoxidable, cortauñas, delantal, sábana y a partir de 1997, se les proporciona también un manómetro y un estetoscopio. Los maletines se reparten una sola vez en el primer curso de capacitación y se pueden reabastecer de algunos materiales -como las cintas umbilicales- en los centros de salud.

La función de la partera es extensa, atiende partos y participa como promotora en las campañas de vacunación y ayuda al personal de salud cuando éste llega a las comunidades; además, se le trata de involucrar en el control prenatal y en el fomento a la lactancia materna para que ésta dure mínimo seis meses.

Las parteras pueden canalizar a las embarazadas a un centro de salud o solicitar el fumarato ferroso y ácido fólico, indispensables durante el embarazo. También entregan a los centros de salud los registros civiles de nacidos vivos o muertos. El trabajo de las parteras se realiza en condiciones difíciles pues atienden comunidades marginadas o con alta marginación, dispersas y alejadas de la infraestructura y el personal especializado.

La mayoría de las parturientas tiene un origen de pobreza y marginación, reflejado en el analfabetismo, la desnutrición, el descuido de su salud y la falta de poder; lo que dificulta la decisión de acudir al control prenatal, porque se requiere en muchas ocasiones que la mujer se desplace de su comunidad en busca de la partera o unidad médica más cercana, previo consentimiento del esposo o suegra; en la mayoría de los casos esta problemática se

refleja en el bajo índice de consultas prenatales que se dan en el estado: dos consultas prenatales en promedio por mujer, cuando en países desarrollados llega a nueve consultas prenatales por mujer.

Las parteras no reciben ningún estímulo por parte de la Secretaría y usualmente su trabajo no es valorado por los prestadores de servicios de salud, sobre todo médicos y especialistas. En 1995, el DIF inició un proyecto en el que se les pagaban 45 pesos mensuales; este pago duró sólo un año. En zonas muy marginadas las parteras no reciben pago de la parturienta ni de los familiares.

Aproximadamente el 20% son parteras y Auxiliares de Salud, la función del Auxiliar de Salud correspondiente al Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), es la de atender una casa de salud donada por la comunidad. Estas parteras auxiliares de salud aprenden a tomar muestras para detectar el cáncer cérvico uterino. Es importante señalar que esta detección, a criterio de la encargada del programa, "no ha sido exitosa pues las mujeres que viven en localidades diferentes a la de la partera no pueden trasladarse porque la salida es limitada o impedida por su marido". Las parteras integradas al PAC reciben una ayuda económica de 500 pesos anuales.

En términos generales no existe atención a las mujeres durante su embarazo, ya sea porque la partera no puede desplazarse o porque la embarazada es limitada por el marido o la familia para salir del hogar y atenderse. Durante la capacitación que recibe la partera se le pide también detectar a las embarazadas, monitorearlas y sensibilizarlas sobre los riesgos durante el embarazo e invitarlas a realizarse controles prenatales.

La violencia intrafamiliar es cotidiana y vista como normal. En el curso de capacitación, una o un médico y una enfermera proporcionan, a nivel muy general, información sobre este tipo de violencia como un gran problema dentro de las comunidades y sobre el cual es importante sensibilizar a la gente, convencerla de que no es normal; desgraciadamente esta violencia es cosa de diario para la mujer embarazada. La introducción al tema vio-

lencia intrafamiliar en los cursos de capacitación no es suficiente para enfrentarla; por lo que para 1999 se planea dar una capacitación específica sobre ésta a las parteras.

Existen parteras que cobran más por el parto de un niño que de una niña. En los cursos de capacitación la sso intenta erradicar esta práctica, pues desde 1997 se maneja una perspectiva de género y la encargada del programa se ha preocupado por tomar diversos cursos sobre igualdad y equidad de género impartidos por mujeres de la Casa de la Mujer Rosario Castellanos y sobre derechos sexuales y reproductivos, impartidos por GIRE en la ciudad de Oaxaca.

No hay supervisión específica puesto que no se cuenta con presupuesto. Desde hace dos años se planeó manejar una red de vigilancia: una partera se encargaría de hacer contacto con otras y una enfermera o técnica en salud supervisaría a las parteras. Sin embargo, este plan no se ha concretado. Es importante señalar que el 90% de los partos en comunidades de alta marginación es atendido por un familiar y sólo el 10% por una partera.

Uno de los retos más importantes es sensibilizar por medio de cursos de antropología médica a las y los médicos pasantes que realizan servicio social, para que trabajen en conjunto con parteras o médicos tradicionales de las comunidades; ya que al principio existe un choque con ellos lo cual atrasa el trabajo comunitario.

No existe ningún programa específico de nutrición a embarazadas, a pesar de conocerse que la dieta de las mujeres oaxaqueñas es escasa, rica en carbohidratos y pobre en vegetales, por lo que es urgente incrementarla con alimentos proteínicos, vitaminas y minerales. Los centros de salud proporcionan un suplemento alimenticio especial para mujeres en gestación, el cual es una papilla para cinco porciones, una diaria. Este suplemento proviene del Progreso, y las parteras pueden solicitarlo, sin embargo, el abasto es insuficiente. Por lo común, las zonas de atención de las parteras son marginadas, ahí "come primero el hombre, luego los niños, las niñas y si queda comida, la mujer", por lo que urge mejorar la ali-

mentación de las embarazadas y de todas las mujeres de las comunidades marginadas.

Una acción positiva es que para 1999, la encargada del programa planeó dos cursos por año a cada jurisdicción, con un costo de 30 mil pesos cada uno, otra medida es que los casos de mortalidad materna son analizados por el Comité Interinstitucional de Mortalidad Materna en Oaxaca.

Se analizó el documento Carta Programática de Taller de Formación y Actualización a Parteras Tradicionales, que toca la anatomía y fisiología de los órganos reproductores femenino y masculino, embarazo normal y complicado, crecimiento y desarrollo del menor de seis años, inmunizaciones, enfermedades diarreicas agudas, consulta pre-natal, parto, recién nacido, lactancia materna y planificación familiar, pero, lamentablemente, no incluye en su temario derechos sexuales y reproductivos ni perspectiva de género.

## **VI. Programa de Módulos de atención al adolescente<sup>11</sup>**

**L**os Módulos de Atención al Adolescente son parte del Programa de Salud Reproductiva de la sso. Su finalidad es proporcionar información a las y los adolescentes sobre salud y sexualidad, atender adolescentes embarazadas y prevenir los embarazos en este periodo. En Oaxaca existen 734,530 adolescentes de entre 10 y 19 años, es decir, el 23% de la población total del estado.

En 1994, la sso contrató una médica como encargada de supervisar y capacitar al personal médico y psicológico de los módulos de atención a las y los adolescentes en Oaxaca. La encargada comentó que desde su creación la demanda de servicios para adolescentes se ha incrementado en un 40% aproximadamente. En estos módulos se hicieron compromisos como reducir hasta en un 50% los embarazos en adolescentes, procurar que las adolescentes embarazadas acudan a controles prenatales y que a cada adolescente que asista a consulta se le proporcione un condón masculino.

---

<sup>11</sup> Información hasta fines de 1998

La encargada señaló que para poner en servicio un módulo se capacita al personal seis meses antes de abrirlo. Cada módulo cuenta, idealmente, con un médico o médica de base, una enfermera y uno o dos psicólogos.<sup>12</sup>

### **Módulo de Atención al Adolescente Hospital General Dr. A. Valdivieso**

Este módulo tiene tres años de prestar atención a adolescentes entre los 10 y 19 años de edad. Sus objetivos principales son: educar sobre la salud reproductiva, proporcionar a las embarazadas adolescentes control prenatal y prevenir embarazos. La forma de trabajo consiste en dar consultas médicas y psicológicas y pláticas en escuelas secundarias. El programa del módulo recibe a adolescentes embarazadas que el DIF le canaliza, del Consejo de Tutela y de la Agencia de Delitos Sexuales para control prenatal o atención de parto.

La doctora Patricia Zárate Rosas es la encargada de supervisar el trabajo de este módulo, que cuenta con una médica, una enfermera y dos psicólogas pasantes en servicio social. El horario de atención es de siete a diecinueve horas de lunes a viernes. La doctora da consulta de ocho a doce treinta horas y la atención psicológica se da de doce treinta a quince y de diecisiete a diecinueve horas.

Existen dos tipos de adolescentes a quienes se atiende: las y los que acuden al hospital a consulta o a pedir información y las y los que reciben información en su escuela secundaria. En estas

---

<sup>12</sup> Los módulos de atención para adolescentes en el estado están divididos por jurisdicción. Desde 1995, en la ciudad Oaxaca de Juárez, de la Jurisprudencia Sanitaria Núm. 1: Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso y el Centro de Salud Urbano II. Desde 1996, en el Istmo, de la Jurisprudencia Sanitaria Núm. 2; el Centro de Salud de Santo Domingo Tehuantepec; en el Istmo, de la Jurisprudencia Sanitaria Núm. 3; el Hospital General de Tuxtepec; en la Costa, de la Jurisprudencia Sanitaria Núm. 4 y el Hospital General de Pinotepa Nacional; en la Sierra, de la Jurisprudencia Sanitaria No. 6 el Centro de Salud de Ixtlán de Juárez. Desde 1997, en la Mixteca, de la Jurisprudencia Sanitaria Núm. 5 el Centro de Salud de Asunción Nochixtlán. Desde 1998, en la Mixteca, de la Jurisprudencia Sanitaria Núm. 5 el Hospital General de Huajuapán, el Centro de Salud Urbano de Huajuapán y el Hospital General de Putla de Guerrero; en Valles Centrales, de la Jurisprudencia Sanitaria Núm. 1 el Hospital General de Cuicatlán. De los Módulos de Atención al/la Adolescente en la ciudad de Oaxaca se verificaron los lineamientos y el funcionamiento en: Hospital General A. Valdivieso y Centro de Salud Urbano II.

charlas sobre salud reproductiva se hace énfasis en la planificación familiar. Uno de los objetivos es formar *comités juveniles* para promover la transmisión de la información de *joven a joven*.

El hospital recibe 100 adolescentes al mes entre ellas la mayoría son embarazadas que recibieron atención en el módulo. Aproximadamente 50% acuden a control de embarazo, 20% van a atención por parto, 20% piden información sobre algún método anticonceptivo y el 10% solicitan otro tipo de información. Los servicios de información con los que cuenta el módulo son: control prenatal, orientación/consejería, planificación familiar, y por último apoyo psicológico.

La información médica o psicológica se da a las y los adolescentes en consulta por medio de dos folletos y cartulinas que muestran métodos anticonceptivos: DIU, pastillas, inyecciones de *Cyclofem* y *Noritesterona* y condón masculino. Sólo en las consultas se les proporcionan condones masculinos.

### **Módulo de Atención al Adolescente del Centro de Salud Urbano II**

Este módulo de atención al adolescente inició su labor hace tres años. La información que maneja es la siguiente: sexualidad para adolescentes; enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH-SIDA; anticonceptivos y adicciones. Atienden este módulo un médico, una enfermera, una psicóloga y una trabajadora social, pasantes las dos últimas. El horario de consulta es de diecisiete a diecinueve horas de lunes a viernes.

Este módulo atiende, igual que el del Hospital General Dr. Valdivieso, a adolescentes en escuelas y a las y los que asisten al Centro de Salud; las secundarias donde se dan pláticas son la Secundaria E-64, la Moisés Saénz y la Rufino Tamayo; en ellas también se forman los *comités juveniles* de salud, con diez ó quince alumnos que difunden la información y elaboran folletos y periódicos murales con los temas tratados.

Con las adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud se sigue un control prenatal y para la atención del parto,

son enviadas al Hospital General Dr. A. Valdivieso donde se les asigna una cuota baja de recuperación. El Departamento de Salud Reproductiva de la sso supervisa este módulo dos veces al año y también se realiza una supervisión a nivel nacional.

Todos los módulos deberían tener un o una médica de base, una enfermera y una psicóloga; sin embargo, sólo los ubicados en el Hospital General Dr. A. Valdivieso, en el Centro de Salud Urbano II de la ciudad de Oaxaca, en el Hospital General de Pinotepa Nacional y en el de Tuxtepec cuentan con ellos; en los dos últimos hay una o dos pasantes de psicología, que realizan su servicio social por un año en el programa y reciben por sus servicios un apoyo de 300 pesos al mes. Esto representa un serio problema porque las nuevas pasantes son capacitadas durante unos meses y sólo laborarán un año en el programa.

Las y los médicos de base sólo atienden los módulos de dos a cuatro horas diarias, pues aún cuando su jornada sea de ocho horas, no está asignada en su totalidad al módulo sino repartida en varios servicios, por lo que en ocasiones, personal que no está capacitado debidamente atiende el módulo del Centro de Salud Urbano II; esta atención psicológica no especializada ni profesional resulta inconveniente porque no da continuidad al programa ni se fortalece la relación médico paciente.

Un problema que se presenta en el módulo de atención del Centro de Salud Urbano II es que no tiene un espacio exclusivo para atender a los adolescentes, la consulta y orientación se realiza en un consultorio médico y en ocasiones hay que esperar a que se desocupe.

En 1994, al inicio del Programa de Salud Reproductiva para Adolescentes, el Fondo de las Naciones Unidas para la Población proporcionó un pequeño apoyo económico que se invirtió en mesas clínicas y equipo para los módulos, no conocemos el monto. Hasta 1996, la Dirección General de Salud aportaba condones masculinos específicamente para los módulos, pero a la fecha sólo se tienen los asignados al Programa de Salud Reproductiva -del cual forma parte el programa de adolescentes- lo que representa res-

tricciones, controles y demoras en la entrega. Desde 1997 el desabasto se agudiza, los condones son siempre insuficientes y a veces los módulos no tienen ninguno. Además, para obtener condones masculinos u otros métodos anticonceptivos, las y los adolescentes deben pedir una consulta en el horario asignado, esto resulta poco práctico porque generalmente los jóvenes sólo desean el condón. Se entiende que para proporcionar anticonceptivos hormonales es necesaria la consulta, pero no es así para los métodos de barrera. Por otro lado, el que los jóvenes deban anotar su nombre en la agenda de consultas los inhibe para solicitar libremente los condones. Por lo anterior, se observa que este programa no considera las características psicosociales del adolescente ni las estrategias adecuadas para trabajar con ellos.

El encargado comentó que el módulo del Centro de Salud Urbano II no cuenta con ningún tipo de papelería, lo que habla de abandono administrativo.

En ese módulo se utiliza todavía el término *drogadicción*, que según la última revisión de la Asociación Psiquiátrica Americana, está en desuso, y recomienda adicción.

Los dos únicos folletos del Sistema Nacional de Salud distribuidos en los Módulos de Atención a las y los adolescentes, se centran básicamente en información sobre planificación familiar y uno de ellos, *Niños y Madres más Sanos con la Planificación Familiar*, se dirige a la mujer en general y no a la mujer y al hombre adolescentes. El otro folleto, *En Buen Plan, Planifiquen*, afortunadamente sí es para adolescentes; sin embargo, al mencionar que las relaciones sexuales en la adolescencia pueden provocar embarazos no deseados y de alto riesgo, enfermedades de transmisión sexual, VIH-SIDA y madres solteras, entre otros, se alude a las relaciones sexuales en general y no a las que se realizan sin protección. Al plantear de esta manera los peligros de la sexualidad, se sigue transmitiendo temor, angustia y culpa hacia la misma, en lugar de hacer hincapié en la protección y en el sexo seguro.

A los *Comités Juveniles* de las secundarias les falta material como folletos y condones masculinos, apoyo y seguimiento por

parte de las autoridades educativas, de salud; resulta grave lo comentado por el encargado del programa en el Centro de Salud II en relación a que hacen los folletos de difusión sobre la salud reproductiva para adolescentes sin material de apoyo ni supervisión directa y continua.

Del 18 al 20 de noviembre de 1993, en Monterrey, se reunieron organizaciones no gubernamentales y organizaciones del gobierno interesadas en la salud y bienestar de las y los adolescentes. De esta reunión surgió un manual para atender y coordinar programas de salud integral para jóvenes que contiene tópicos relacionados con su autoestima, atención para su salud reproductiva, su desarrollo, el embarazo en este periodo, enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH-SIDA y detección de problemas prioritarios en salud reproductiva.

El personal que atiende los módulos para información de las y los adolescentes no conoce este manual básico. Es triste que la encargada del servicio no haya podido precisar cuáles son los manuales de procedimientos y/o instructivos específicos relativos a la atención que se ofrece a los jóvenes, aunque señala que están considerados en el Programa de Salud Reproductiva.

En Oaxaca, el 23% de la población es adolescente. Algunas estadísticas sobre adolescentes del Hospital General Dr. A. Valdivieso muestran que del total de consultas a embarazadas, el 21% son para adolescentes, del de nacimientos atendidos, partos y cesáreas, el 25% corresponde a adolescentes, del de abortos atendidos, el 20% son de adolescentes y del total de población que pide información sobre planificación familiar, el 10% son adolescentes.

Desde noviembre de 1997 a la fecha, las enfermeras, médicos o psicólogos que prestan servicio a adolescentes han impartido en la ciudad de Oaxaca seis cursos de consejería post-aborto y post-parto al personal del programa. La encargada de estos cursos es la doctora Silvia Guevara de la sso. Es un avance, de acuerdo con las recomendaciones de El Cairo, que se maneje el concepto *consejería post-aborto* y se realicen estos cursos.

Desde 1996 estos módulos de atención no han tenido una supervisión por parte de la Secretaría de Salud y Asistencia de la Educación. Las Secretarías de Salud a nivel estatal y nacional no ha elaborado un manual único para la atención de adolescentes; no hay normatividad oficial para la atención de esta población. Existen lineamientos para embarazadas adolescentes y la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar en la cual se basan los lineamientos normativos para el programa de Salud Sexual y Reproductiva para el Adolescente que la encargada de los módulos en Oaxaca elaboró en 1995 y que especifican las actividades del personal, las conductas de riesgo y los criterios de atención a la o el joven.

La encargada conoce muy a grandes rasgos los acuerdos de El Cairo, sobre los que manifestó su interés y solicitó información escrita, que le fue proporcionada.

## VII. Conclusiones

**L**uego de los acuerdos de El Cairo (1995-1997), la reducción de la mortalidad por cáncer cérvico uterino ha sido únicamente de 0.53, lo que en realidad no es significativo; es decir, las acciones no han impactado en la reducción de la morbi-mortalidad. La calidad de la atención es deficiente, pues el tiempo para la entrega de resultados del PAP puede variar de quince días a diez meses; afecta también que entregue el resultado una persona diferente a la que toma la muestra. Las metas continúan siendo cuantitativas, no se han establecido indicadores cualitativos.

La Norma Oficial Mexicana para la Detección del CACU tuvo una modificación en relación al espaciamiento del PAP, la cual señala que el examen citológico puede realizarse cada tres años en mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas con resultado negativo a infección por virus del papiloma humano, displasias o cáncer. Dadas las características socioculturales del país y del estado en el sentido de no tener una cultura de prevención de la salud será riesgosa la aplicación de esta Norma, ya que

al indicar que el examen se puede espaciar tres años, las pacientes lo pueden posponer de cuatro a seis años con graves consecuencias previsibles.

No existen acciones específicas que impulsen la responsabilidad y participación del hombre para disminuir la transmisión del virus del papiloma humano mediante relaciones sexuales protegidas.

No existe una campaña estatal de prevención del CACU. Faltan alianzas y estrategias con otras instancias, como la Secretaría de Educación Pública para difundir textos y aplicar programas creativos que impacten a temprana edad con información básica para la prevención del CACU, y fomenten también las relaciones sexuales con protección.<sup>13</sup>

En cuanto al cáncer de mama, podemos decir que en el presente no existe una Norma Oficial a nivel nacional para su detección. No hay tampoco una campaña preventiva con información básica acorde a los últimos avances científicos. Se requiere de voluntad política para destinar amplios recursos económicos a la adquisición de equipo y a la capacitación de personal técnico y profesional. Los acuerdos de El Cairo no han permeado este programa.

Oaxaca con una gran diversidad étnica -16 grupos- tiene importantes variables lingüísticas y una pluralidad de usos y costumbres que ha sido violentada por la estructura institucional que, sin considerar las características socio-psicológicas y antropológicas de la población, subestima algunos conceptos como la mística del *parterismo* y en ocasiones ha provocado la ruptura del vínculo entre la partera y la comunidad.

---

<sup>13</sup> Una de las acciones que tomamos para dar a conocer los acuerdos de El Cairo fue proporcionar y comentar el documento *Acción para el Siglo XXI. Salud y Derechos Reproductivos para todos*, de Family Care International, CIPO Octubre 1994. La encargada pidió apoyo de nuestra parte para hacer volantes sobre la importancia del PAP y distribuirlo entre las mujeres que acuden a las instituciones. Cabe mencionar que al realizar la investigación sobre el programa encontramos disposición por parte de personal de la sso para compartir la información. El departamento de Planeación y Desarrollo proporcionó sin ningún obstáculo un directorio de documentos de los que elegimos los necesarios, mismos que se entregaron de manera inmediata.

Las autoridades de salud reproductiva aceptan que es difícil abastecer el material otorgado por única ocasión a las parteras en el curso de capacitación, debido a las limitaciones económicas de la institución, y no es raro sospechar que por el bajo presupuesto con el que funciona el programa, así como por la dispersión geográfica, las parteras no puedan acudir a las unidades de salud que cuentan con estos recursos, como las localizadas en las cabeceras de distrito.

En cuanto a los módulos de atención adolescente podemos decir que únicamente asumen el contexto urbano, se destinan a adolescentes con escolaridad formal de secundaria. Las adolescentes indígenas y de escasos recursos –por ejemplo- no tienen acceso a estos módulos por no asistir a un plantel educativo o por vivir en comunidades marginadas y alejadas de los hospitales donde se encuentran. Por el tipo de información y folletos que utilizan también cabe preguntar: ¿qué tipo de adolescentes asiste al hospital?

La realidad es que la sso no tiene capacidad para atender en sus instalaciones a los adolescentes; generalmente, ni el espacio físico. Sería conveniente crear –aparte de los que ya se encuentran en centros de salud y hospitales- Módulos Itinerantes de Atención a adolescentes que recorrieran las escuelas como instancias capacitadoras facilitando el acceso a la información, la confidencialidad y, con ello, la confianza y adhesión de los y las jóvenes.

El embarazo a temprana edad es un obstáculo para el mejor desarrollo de la mujer, limita sus oportunidades en salud, educación y empleo, con una alta probabilidad de que se produzcan efectos negativos a largo plazo en la calidad de vida de ellas y sus hijas o hijos.

Las y los jóvenes en Oaxaca continúan en riesgo de tener embarazos no deseados y abortos, de contraer y propagar enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH-SIDA, debido a la carencia de programas integrales preventivos con un enfoque multidisciplinario que proporcione orientación sobre las relaciones entre los sexos, la violencia contra las adolescentes y la prevención y tratamiento del abuso sexual y el incesto; una consejería amplia y espe-

cializada en el post-aborto, más investigaciones sobre la conducta sexual para el diseño puntual de estrategias y sobre la dinámica de género-poder para orientar a las jóvenes a que exijan a sus parejas el uso del condón. Es necesario que también exista un acceso real a los métodos de barrera, condones. Resulta contradictorio promover su uso mientras falta la libre distribución.

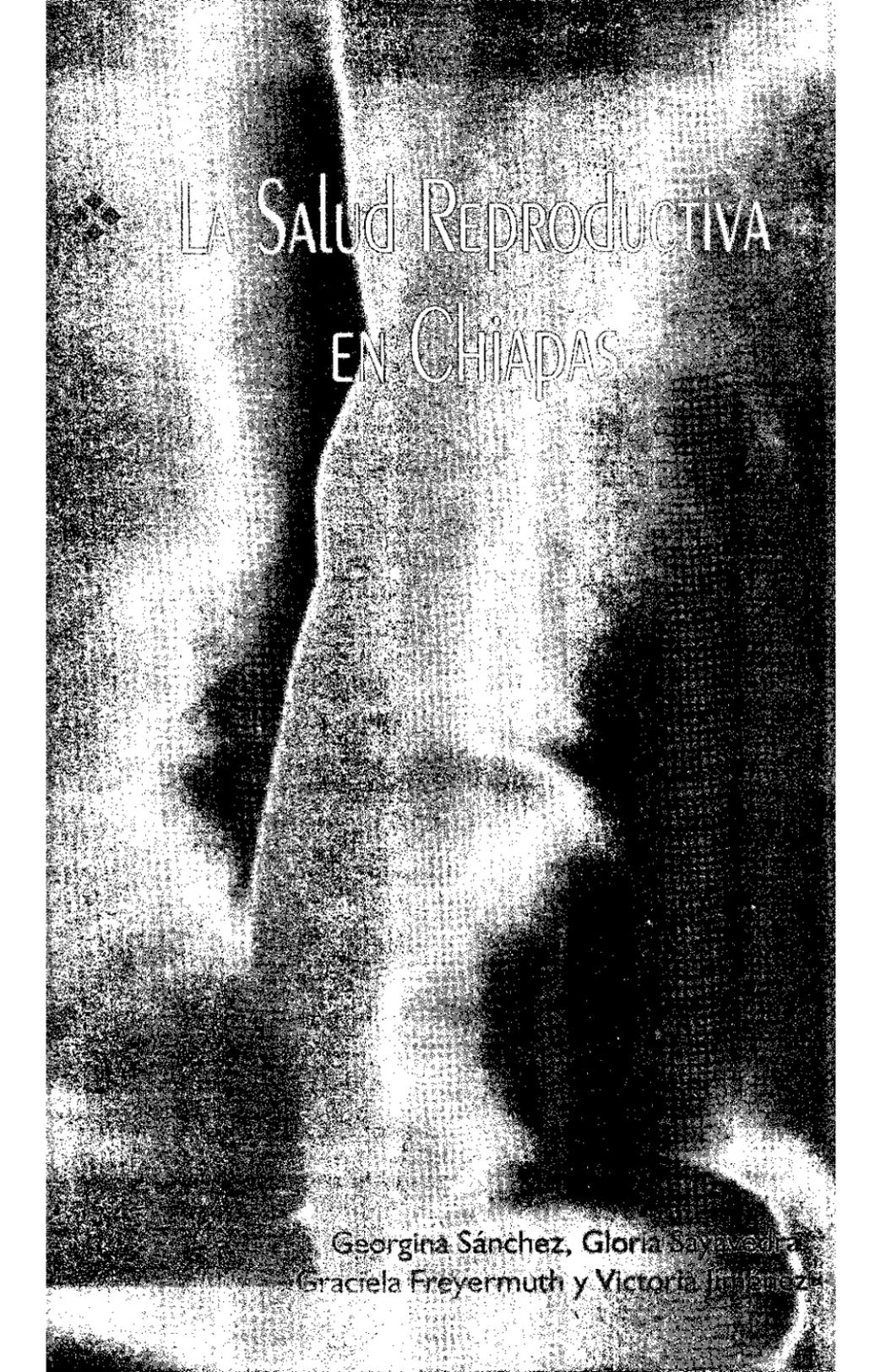
En la asignación del gasto para anticonceptivos se privilegió a los hormonales inyectables, esto nos llamó la atención pues de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar A.C., la inyección impide la ovulación y no debe usarse en los casos siguientes: adolescentes, mujeres jóvenes con o sin hijos y otros casos de contraindicación médica específica. Sin embargo el tríptico "A Cada Pareja su Método" de la Secretaría de Salud, en el apartado ¿Qué método me conviene?, se recomienda para no tener hijos el uso de pastillas, del DIU o de la inyección. En este sentido, los adolescentes pueden confundirse al recibir información contradictoria y no usar y/o abandonar el método o tener los efectos indeseables del hormonal. También falta atención especializada para adolescentes homosexuales y lesbianas.

## Bibliografía

- Cisneros de Cárdenas T., Espinoza Romero R., Pineda-Corona B. E., González Camaño A., *Mortalidad por Cáncer en la Mujer Mexicana*, Salud Pública, México, 1997.
- Comité Promotor por una Maternidad sin riesgos, *Cáncer Cérvico Uterino en México*, 1997.
- Consejo Nacional de Población, *Tasa Global de Fecundidad*, CONAPO México, 1997.
- Family Care International, *Acción para el Siglo XXI. Salud y Derechos Reproductivos para todos*, CIPD, Octubre 1994.

- Fundación Mexicana para la Planificación Familiar A.C., *¿Cuántos Métodos Conocen para Planificar su Familia?*, Folleto, MEXFAM, México.
- Gobierno del Estado de Oaxaca, *v Informe de Gobierno*, Oaxaca, 1997.
- IMES, *La Salud Reproductiva de la Mujer en Oaxaca*, 1992.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*, INEGI, 1992.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *Perfil Sociodemográfico, XI Censo de Población y Vivienda*, INEGI, Oaxaca, 1990.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *XI Censo de Población y Vivienda*, INEGI, Oaxaca, 1990.
- Lazcano-Ponce Eduardo César y Cols. *Evaluación del Programa de Detección Oportuna del Cáncer del Cuello Uterino en la Ciudad de México*, México.
- Mujer, Salud y Desarrollo*. México, 1998.
- Organización Panamericana de la Salud, *Género, Mujer y Salud en las Américas*, Publicación Científica No. 541, Estados Unidos, 1993.
- Organización Panamericana de la Salud, *Manual de atención prenatal, del parto y de bajo riesgo*, oms, 1991
- Population Council, *Calidad y Calidez en el Post-aborto en un Hospital Público de Oaxaca*. 1998.
- Primera Conferencia Estatal por una Maternidad sin Riesgos*, Oaxaca, 1997.
- Propuestas del Comité Oaxaqueño para la IV Conferencia de la Mujer*, Oaxaca, 1995.
- Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, *Carta Programática de Taller de Formación y Actualización a Parteras Tradicionales*, sso, Oaxaca.
- Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, *Desigualdad Regional: Avances y Rezagos en las condiciones de Salud*, sso, Oaxaca, 1997.
- Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, *Diagnóstico Estatal de Salud*, sso, Oaxaca, 1996.

- Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, *Hospital Amigo del Niño y de la Madre, sistema de seguimiento y consolidación de las actividades*, sso, Oaxaca, 1995.
- Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, *Maternidad sin Riesgos*, sso, Oaxaca, 1996.
- Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, *Programa Anual de Salud Reproductiva*, sso, Oaxaca, 1999.
- Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, *Programa de Reforma del Sector Salud*, sso, Oaxaca. 1995-2000
- Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, *Programa Estatal de Salud*, sso, Oaxaca. 1994-1998.
- Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca, *Programa Operativo Anual de Salud Reproductiva*, sso, Oaxaca, 1998.
- Secretaría de Salud, *A Cada Pareja su Método*, Folleto, México.
- Secretaría de Salud, *En Buen Plan... Planifiquen*, Folleto, México.
- Secretaría de Salud, *Norma Oficial Mexicana para la Atención del embarazo, parto y puerperio*, México, 1993
- Secretaría de Salud, *Norma Oficial Mexicana para la Planificación Familiar*. México, 1996.
- Secretaría de Salud, *Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino*, marzo, 1998.
- Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000*, México.
- Sistema Nacional de Salud, *Niños y Mujeres más Sanos con la Planificación Familiar*, Folleto, México.



LA SALUD REPRODUCTIVA  
EN CHIAPAS

Georgina Sánchez, Gloria Sayavedra,  
Graciela Freyermuth y Victoria Jiménez



# La salud reproductiva en la Región Fronteriza y en los Altos de Chiapas: Una mirada prospectiva desde El Cairo

Graciela Freyermuth  
Georgina Sánchez Ramírez y  
Gloria Sayavedra Herrerías

## I. El contexto estatal

**E**l estado de Chiapas está integrado por ciento once municipios distribuidos en regiones de desarrollo socioeconómico heterogéneo: Sonusco, los Altos, Selva, Centro, Norte, Fronteriza, Sierra, Frailesca e Istmo-Costa. En los Altos, Selva y Norte se encuentra la mayor parte de su población indígena. Según el censo del 1995, tiene casi cuatro millones de habitantes, de los cuales más de un millón son mujeres de 15 años y más que requieren de los servicios de salud reproductiva; sin embargo, para la cuarta parte de ellas, hablantes de alguna lengua indígena, el acceso a estos servicios es particularmente difícil por su situación cultural, económica y social.

Si bien varias de las regiones chiapanecas y prácticamente todo su medio rural ofrecen un panorama sombrío en distintos planos, decidimos estudiar a profundidad en dos de las nueve jurisdicciones sanitarias del sector salud el programa de planificación familiar y el de detección de cáncer cérvico uterino (CACU), y analizar la mortalidad materna en la Jurisdicción Altos, que es la de mayor población indígena. Las jurisdicciones sanitarias de la Secretaría de Salud (SSA) no coinciden con la división regional del estado.

Nos interesó realizar estudios de caso porque nuestro objetivo fundamental era reconocer a través de diferentes fuentes las

condiciones reales de los servicios de salud reproductiva. Priorizamos fuentes primarias de información sobre los documentos oficiales. Cada uno de estos casos cuenta con una metodología propia que será explicitada en cada apartado.

### La cobertura de salud y sus limitaciones.

La cobertura de atención a la salud en Chiapas es aún deficiente, a pesar que desde 1994 ha habido un incremento importante en infraestructura médica, notorio por la apertura de unidades de primer y segundo nivel para población abierta.<sup>1</sup> Lamentablemente, esta ampliación de infraestructura no ha estado acompañada de un aumento en los recursos médicos e insumos necesarios para dar atención de buena calidad; esto es particularmente visible en los servicios de salud reproductiva, pues el gasto destinado a los programas de salud reproductiva de la Ssa disminuyó en un 52.3% de 1994 a 1995 y repuntó 42.3% en 1996, insuficiente para recobrar los niveles de 94.

#### Cuadro 1

Gasto en Salud Reproductiva en Chiapas Miles de pesos corrientes

Año	Ssa	Total en SR	%
1994	\$1,824,311	\$131,624	6.66
1995	1,838,733	86,534	3.15
1996	1,774,323	159,458	4.64

Fuente: Elaboración propia con base en datos de: Ssa, Anuario Estadístico de la Ssa, (1994-1996).

La mayor cobertura se ha logrado a través de promotores, parteras, trabajadores de atención primaria de diversos tipos, quienes brindan atención directa a la población, en muchos casos a domicilio, ya que la atención profesional es más costosa para el

<sup>1</sup> Según datos del INEGI, en el año 1990 había un total de 685 unidades médicas de primer nivel y en 1995 sumaban ya 916, lo que significó un aumento de 34% más, mientras que el número de hospitales subió en un 40%. Este ascenso se da principalmente en servicios para población abierta: IMSS-SOL y Ssa. (Agenda estadística, 91 y 96)

sector salud y aún insuficiente. Esto es cierto, incluso para las instituciones que atienden a población derechohabiente. Pero este incremento de servicios médicos en Chiapas no puede adjudicarse exclusivamente a la Conferencia de El Cairo, sino a múltiples factores; quizá el de mayor peso ha sido el levantamiento indígena zapatista de enero de 1994.

A raíz del movimiento zapatista se multiplica la presencia militar en el estado, y el establecimiento del ejército<sup>2</sup> en las comunidades indígenas trae de la mano ventajas y problemas, como la entrada de dinero, la generación de una economía fundada en las necesidades de la milicia que consume alimentos, alcohol y servicios (entre los cuales se incluye la prostitución);<sup>3</sup> el *boom* en el tendido de carreteras que facilita la instalación de servicios de salud para la población abierta viene acompañado de efectos negativos como el trasiego de armas de fuego,<sup>4</sup> el aumento en la prostitución adolescente, el tráfico de jóvenes centroamericanas y el incremento en el riesgo de violación para las mujeres en general (Del Valle, 1998, Rojas, 1995).<sup>5</sup> Estos nuevos actores sociales profundizan las contradicciones económicas y de poder en las comunidades, a la vez que su presencia llega a volverse "necesaria" para una parte de la población (Prodh, 1998; 12, Olivera, 1998).

Ahora bien, de la cobertura total potencial del IMSS-Sol que era de 11 millones de habitantes para 1992, el 10% correspondía a Chiapas, y en 1995 tenemos las cifras siguientes:

---

<sup>2</sup> Para un seguimiento del número de efectivos en Chiapas consultar (ConPaz, 1996, Prodh, 1998)

<sup>3</sup> La prostitución, alrededor de los asentamientos militares, se ha visto favorecida por la presencia de mujeres que venden alimentos preparados a los soldados. Esta es una situación aprovechada por la tropa para "enganchar" a algunas de ellas en la prostitución. Sin embargo, también los militares establecen trato directo con los hombres de las comunidades a quienes, esporádicamente, solicitan directamente los servicios sexuales de alguna mujer de la familia. Dichos servicios se tasan en forma variable, entre 50 y 200 pesos.

<sup>4</sup> De acuerdo a versiones de un campesino de Tzimol, el ejército está informando a los campesinos de las comunidades de los municipios Margaritas, Ocosingo, La Independencia, Tzimol y Comitán, entre otros, que pueden tener armas para la autodefensa y que éstas pueden ser registradas ante la zona militar más cercana. Cfr. El Universal, 1ero de Junio, citado en Melel Xojobal, Síntesis de prensa del Lunes 1 de Junio de 1998.

<sup>5</sup> Consultar en Rosa Rojas, "Chiapas, ¿y las mujeres qué?" en Tomo I, Cronología de otra impunidad, págs. 114-124 y Tomo II parte E, Escalada de violaciones, págs. 87-112.

## Cuadro 2

### Población usuaria por institución de Chiapas. 1995

TOTAL	Población asegurada				Subtotal	Población abierta			Subtotal
	IMSS	ISSSTE	Sedena	ISSSTE Chiapas		IMSS-Sol	Ssa	DIF	
4,124,838	276,284	250,906	300,600	59,131	886,921	1,510,791	746,125	94,080	3,237,917

Conforme a estos datos oficiales, en 1995, nadie carece del servicio médico, situación que está muy lejos de ser realidad, más bien hay concentración de servicios en unas regiones y ausencia en otras. Según algunos médicos, en las regiones objeto de este estudio, los municipios están desigualmente atendidos, se nota un privilegio y hasta duplicidad de esfuerzos en aquéllas zonas en las que logran entrar las instituciones.

“Nos invaden los de la Ssa nuestras comunidades para apuntarse las metas que nosotros hemos logrado, donde ya la gente está trabajada, sobre todo cuando se trata de salpingoclasia” (Entrevista con médico IMSS-SOL Octubre, 1998).

“La situación de conflicto ha dado como resultado que algunas regiones estén privilegiadas con servicios médicos, y otras, como Las Cañadas estén totalmente abandonadas”. (Entrevista con médica de ONG, 27 abril, 1998).

Se puede decir que la inequidad en la distribución del gasto en salud mostrada por FUNSALUD para el año de 1994<sup>6</sup> persiste hasta la fecha y golpea más a los municipios y regiones más pobres, excepto aquellos donde intervienen factores políticos y de legitimación. Es interesante mencionar que a nivel nacional, en 1994, el 33% del gasto en salud se destinaba a los servicios para derechohabientes y 67% a la población abierta. En 1995, esta cifra disminuyó a 64%; pero lo más importante es que, entre 94 y 95, el estado de Chiapas fue la

<sup>6</sup> González Block, et. al. “Las cuentas estatales de salud: el gasto de las entidades federativas”, en Frenk, Julio. (ed). *Observatorio de la Salud*, FUNSALUD, México, 1997.

entidad que más disminuyó su porcentaje de gasto para la población no asegurada, pasando de 74% a 59%, mientras que entidades como Morelos, Campeche y Guerrero lo incrementaron.

En 1994, el presupuesto para Chiapas de la SSA y del IMSS-SOL fue de 371,222,900 pesos (SSA 1994-1996). En Chiapas, el IMSS-SOL contó con el presupuesto más alto: 173,650,000 pesos, correspondientes a más del 10% del total (FUNSALUD, 1997).

A pesar de la reforma del Sector Salud y de la descentralización, por problemas económicos y diferencias en la coordinación sectorial, Chiapas no forma parte de las 14 entidades que lograron su autonomía, sino que mantiene como otros estados la duplicidad de funciones federales y estatales<sup>7</sup> (González Block; 1997).

También hay que resaltar que si bien el número de unidades médicas ha aumentado sustancialmente hasta llegar a ser 952 en 1997, su distribución es desequilibrada; de 35 centros hospitalarios, 21 son de asistencia social, distribuidos en las 9 regiones de Chiapas, aunque las zonas Frailesca y Sierra sólo cuentan con un hospital cada una.

El personal de salud sigue concentrado en las ciudades más grandes, y de los 3,016 médicos que trabajan en atención directa, sólo la mitad lo hace con población abierta, cuando se pretende cubrir al 75% de la población del estado, y principalmente a la gente de bajos recursos que se encuentra dispersa en comunidades bastante alejadas, la mayor parte de ellas indígenas.

### **La salud de las mujeres en Chiapas**

Como se dijo, Chiapas cuenta con más de un millón de habitantes de 15 años o más que son demandantes potenciales de servicios de salud reproductiva. La cuarta parte de ellas hablante de una de las siete lenguas de Chiapas, lo que hace especialmente difícil su acceso a los servicios de salud, pues al escollo de la comunicación se suman rezagos sociales, culturales y económicos.

---

<sup>7</sup> Dada la situación de ingobernabilidad que hay en el estado, esta autonomía no se da ni en términos políticos. La presencia constante de las instancias federales dan cuenta de ello.

### Cuadro 3

#### Población total de Chiapas, desplegada por edad para población femenina.

Edad	Total	Mujeres	Población indígena	
			Total	Mujeres
Total	3,584,786	1,794,206	768,720	382,143
0-4		247,763		
5-9 años		251,621	144,181	71,856
6-14 años		233,221	123,374	69,438
15-19		211,627	103,525	52,518
20-24		175,917	82,112	42,178
25-29		142,516	69,170	35,829
30-34		113,201	51,881	25,933
35-39		105,819	49,344	24,961
40-44		74,212	33,682	15,946
45-49		61,271	29,715	14,235
50-54		46,623	81,736*	38,249*
55-59		34,745		
60-64		29,824		
65 y más		56,941		
Total 15-49		825,335		
Total 15 y más		1,052,696		249,849

\* El dato corresponde a la población de 50 años y más.

Fuente: INEGI. *Conteo 1995 de población y vivienda*, Chiapas.

En las zonas rurales o semiurbanas de Chiapas, muchas mujeres inician su vida sexual desde los 12 años. La edad local promedio a la primera unión para las mujeres es de los 19 años mientras que la del país es de 22 (Rojas; 1998), y aunque tienen un mínimo de seis embarazos a lo largo de su vida, el promedio de hijos por mujer en 1996, era de 3.5, mientras el nacional es de 2.7 (CONAPO; 1996). El embarazo a edad temprana es muy frecuente en la entidad, en consecuencia los índices de embarazos no planeados y de alto riesgo son elevados.

A menudo, las mujeres de este estado se enfrentan al ejercicio autoritario del poder, violencia intrafamiliar y alcoholismo; ésto,

combinado con la tensión y/o fatiga que provocan las pesadas cargas de trabajo y la pobreza, conforman un perfil particular de riesgo para su salud. Adicionalmente, el poco dominio del español y los elevados índices de analfabetismo (Rojas;1998) que prevalecen en la región, limitan sus opciones a las fronteras del hogar.

La demanda de atención en salud reproductiva por parte de las mujeres de las zonas rurales, se da con frecuencia sólo en situaciones de gravedad extrema, lo que conlleva la muerte, sobre todo de aquellas que provienen de los lugares más alejados de la ciudad.

### **El derecho a la atención en salud reproductiva**

Según diversos autores, el embarazo y el parto son objeto de la mayor desatención médica, pese a que esto implica riesgos muy altos para las mujeres y sus familias y puede conducir a la muerte materno-infantil (FUNSALUD; 1995, Red de Mujeres; 1997). En Chiapas, las mujeres embarazadas atendidas por médico son minoría, ya que son las parteras quienes tienen la mayor aceptación y accesibilidad. Esto es sólo la punta del *iceberg*. La maternidad es prácticamente lo único que pone a las mujeres en el centro de la atención, la falta de acceso a servicios preventivos como la regulación de la fecundidad, el control de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y CACU y más aún la poca participación del varón en asuntos que le conciernen y que le corresponsabilizan, son claros indicadores de inequidad en el desarrollo de México. Paradójicamente, las dos instituciones que otorgan atención a la población abierta, por lo menos en el discurso, consideran a la salud reproductiva como programa prioritario.<sup>8</sup> De 157,807 nacimientos que se registraron en Chiapas en 1994, 28,000 no recibieron ninguna atención.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Consultar [http://www.imss.gob.mx/is\\_accprio.html](http://www.imss.gob.mx/is_accprio.html), IMSS-Sol Programas Prioritarios.

<sup>9</sup> Según la Encuesta Nacional de Salud (1988), el 25% de las mujeres, nunca pasaron por revisión médica alguna y el 34% tuvieron sus partos sin atención médica.



# La regulación de la fecundidad en Chiapas en el marco de los derechos reproductivos, un diagnóstico situacional respecto a los compromisos de El Cairo y Beijing

Georgina Sánchez Ramírez<sup>1</sup>

## I. Introducción

**E**n la última Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo efectuada en El Cairo y posteriormente en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer efectuada en Beijing en 1995, el respeto a los derechos sexuales y reproductivos fue reivindicado por el movimiento de mujeres y por delegaciones oficiales de algunos países, entre los que se encontraba México.

Dicha reivindicación surgió en parte de las preocupaciones que en los últimos años han surgido respecto a si hay un verdadero consentimiento informado, un cuidado de la salud sexual y reproductiva, un respeto a la integridad física del cuerpo de las personas, tal como se expresa en los documentos sobre derechos humanos, así como el ejercicio del derecho de las parejas y los individuos a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia (Zeindenstein:96, Hardon:7, Mejía:98, Freyermuth:99).

En este artículo se aporta información cuantitativa y cualitativa sobre el Programa de Planificación Familiar (PF) y el ejercicio de los derechos reproductivos en el estado de Chiapas en el periodo de 1990 a 1996. Este periodo permite observar algunos acon-

---

<sup>1</sup> Investigadora del área de Población y Salud de El Colegio de la Frontera Sur, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Integrante del Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población.

tecimientos antes y después de El Cairo: desde las decisiones y diseños de políticas de población a nivel internacional, hasta el aterrizaje y la operativización de los programas que a lo largo del tiempo han definido la regulación de la fecundidad en México y en Chiapas, así como las metas demográficas para fin de siglo y su lejano cumplimiento en contextos donde el desarrollo integral todavía no es una realidad.

Una gran parte de la reglamentación y normatividad para el cumplimiento de estos programas está contenida en las normas técnicas en las cuales se pueden advertir ciertas modificaciones a partir de los acuerdos sobre derechos reproductivos estipulados en El Cairo (Sechlder:1998:2), tal es el caso de la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar (1994).

Esta norma establece la prestación de los servicios de regulación de la fecundidad<sup>2</sup> asequibles a toda la población, tanto en anticoncepción como de atención en casos de esterilidad e infertilidad, con énfasis en el consentimiento informado, la decisión de reproducirse o no y la existencia de una amplia gama de métodos anticonceptivos. Tales disposiciones nos motivaron para preguntarnos si en México, y en particular en Chiapas, se cumplen y si no: ¿Qué sucede y qué relevancia tiene que en El Cairo y Beijing se mencione como prioridad el ejercicio de los derechos reproductivos? ¿Hay argumentos para decir que los programas de salud reproductiva han asignado más recursos a Planificación Familiar (PF) que a ningún otro de sus programas? ¿Qué implica llevar a cabo programas de PF en contextos socioculturales y económicos como Chiapas? Este trabajo apunta a contestar las interrogantes antes planteadas, a partir de información recopilada en torno al programa de PF en el estado de Chiapas.

---

<sup>2</sup> Existen también la de cáncer cérvico uterino, Enfermedades de transmisión sexual incluyendo VIH-SIDA, lactancia materna y sucedáneos, reformuladas también en años posteriores a El Cairo

## II. El Programa de Planificación Familiar en Chiapas

**E**n Chiapas en la década de los ochenta, dos fueron los programas más significativos tendientes a disminuir las tasas de crecimiento de la población: el "Plan Chiapas", y los "Planes y Programas de Gobierno 1982-1988". En ellos se proponían acciones coordinadas de salud, moderación del crecimiento demográfico de la entidad y de mejoramiento de las condiciones nutricionales de la población a través de programas de educación alimentaria, entre otras; varias de sus estrategias estaban orientadas directa o indirectamente a la salud de las mujeres (Plan Nacional de Desarrollo: 1983-1988).

Para 1984 y en el contexto de la Conferencia Internacional de Población del mismo año, realizada en México, se crearon los Consejos Estatales de Población (COESPO) y se formuló el Programa de Planificación Familiar en Chiapas. Se pretendía regular el crecimiento demográfico de la población urbana y rural mediante el Programa Voluntario de Salud (Olvera:1998:76).

Durante la última década tanto el discurso sobre PF como las metas demográficas en el país han tenido modificaciones atribuibles, por un lado, a la "inercia" demográfica y, por otro, a eventos como la III Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y al seguimiento de sus acuerdos en Beijing.

Hace algunos años, se había proyectado alcanzar una tasa de crecimiento poblacional del 1% para el año 2000, sin embargo en tiempos recientes hay un intento de no propiciar una caída tan acelerada de la fecundidad y, como meta demográfica a nivel nacional, alcanzar la tasa de crecimiento natural<sup>3</sup> de 1.75% para el 2000 y de 1.45 en el 2005; ello supone reducir la fecundidad a 2.4 hijos por mujer en el año 2000 y a 2.1 en el 2005 (Programa Nacional de Población 1995-2000).<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Es una medida demográfica que consiste en calcular cuanto crecerá la población considerando los nacimientos menos las defunciones en un tiempo determinado.

<sup>4</sup> En 1992 la prevalencia de anticonceptivos se calculó en un 63.1%, en 1995 de 66.5% y se considera que para alcanzar ese promedio de hijos por mujer en el 2000 la prevalencia deberá llegar a un 70.2% entre las mujeres unidas en edad fértil. (Tuirán:1997:2)

En concordancia con estas proyecciones, se estimó que en Chiapas la tasa de crecimiento natural para el 2000 será de 2.15% y para el 2005 de 1.78, ésto a la vez supone que en el estado el número promedio de hijos por mujer sea de 2.9 para el año 2000 y de 2.5 para el 2005 (CONAPO:1996).

### Cuadro 1

Población total y tasas de crecimiento poblacional en Chiapas y en México.  
1950-1995

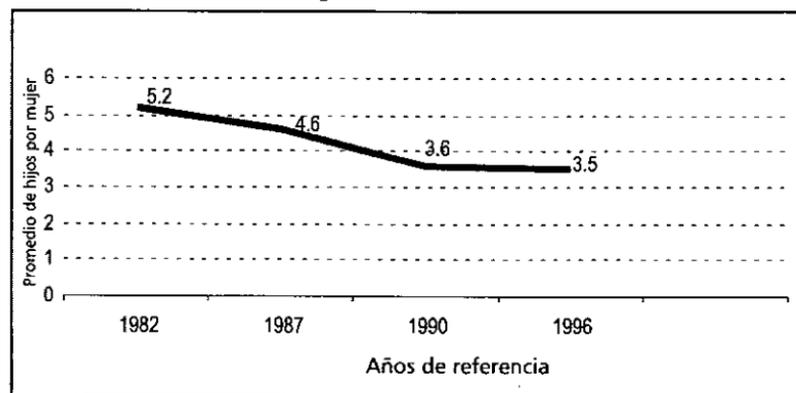
Año	Población Chiapas	Tasa de Cmto. Chiapas	Tasa de Cmto. México
1950	907,026	2.8	3.1
1960	1'210,870	2.9	3.4
1970	1'569,053	2.7	3.2
1980	2'084,717	2.8	3.1
1990	3'210,496	4.5	2.6
1995++	3'584,786	*	*

\*Las tasas a mitad de decenio no se consideran metodológicamente válidas como consecuencia de la calidad cuestionable del censo de 1980, Fuentes: SSA programa de Planificación Familiar, 1993.

++ Censo de Población y Vivienda INEGI, 1995, Estado de Chiapas.

### Gráfica 1

Promedio de hijos por mujer en el estado de Chiapas según diferentes años



Fuente: CONAPO, *Situación Demográfica del estado de Chiapas*, México, 1996.

Observando la evolución de las tasas de crecimiento poblacional y el descenso de la fecundidad en el estado, surge la pregunta: ¿Qué precondiciones se requerirán para alcanzar esas metas tomando en cuenta los grandes problemas de analfabetismo, alta incidencia de morbi-mortalidad materna, nupcialidad temprana, alta proporción de población femenina monolingüe, y elevados niveles de fecundidad de las chiapanecas?

La importancia de tomar en cuenta el contexto es obvia por la relación fundamental entre desarrollo y crecimiento armónico de la población, así se consideró por primera vez en El Cairo aprobándose un proyecto de 20 años para "...encarar los problemas del acelerado crecimiento poblacional, las limitaciones para tomar decisiones libres, la desigualdad y el desarrollo..." (Secheler:1998:1). Ahí se dijo abiertamente que las iniciativas de desarrollo en beneficio de las mujeres tienen un mayor efecto sobre las aspiraciones reproductivas y las inequidades entre los géneros, con lo que se contribuye de manera más integral al desarrollo de las poblaciones (Merrick:1997:350).

En ese marco de acciones, México, presenta en su Programa Nacional de Población 1995-2000, algunas consideraciones especiales que no se limitan a la preocupación por disminuir o desacelerar el crecimiento de la población y tomar medidas respecto a preferencias reproductivas y anticoncepción, propone un mayor involucramiento de los hombres en la responsabilidad sobre la fecundidad a la vez que se maneja la PF como un "concepto" más integrado a la salud reproductiva. (Martínez: *Op Cit*: 11), considerándola más como una regulación voluntaria y autónoma de la fecundidad inserta en los objetivos de la salud reproductiva

Otro esfuerzo encomiable del Estado es la creación del Programa Nacional de la Mujer en 1996 (hoy CONMUJER), promotor de un desarrollo armonioso de la población femenina.

### III. Gasto de Salud Reproductiva en Planificación Familiar para México y Chiapas (1994-1996)

**A** pesar del contenido de los discursos anteriores acerca de la vinculación entre desarrollo y fecundidad, a pesar del cambio de nombre a salud reproductiva, la Planificación Familiar sigue siendo el asunto primordial.

En 1994, los costos estimados para Planificación Familiar en México fueron de 108 millones de dólares, lo cual significa el 30% del presupuesto que en 1996 tuvo la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID) y el 60% del presupuesto total para los países del Tercer Mundo en ese rubro. Asimismo, se sabe que en México se gastan 1.25 dólares per cápita en PF, de los cuales: el gobierno pone 0.75, el consumidor 0.35 y los donadores 0.15.<sup>5</sup>

El Programa de Salud Reproductiva actual está dividido en subprogramas con presupuestos diferenciados.

#### Cuadro 2

Gasto en Salud Reproductiva de Ssa. Total y por Programa  
Chiapas 1994  
(Miles de pesos corrientes)

Subprograma	\$	%
Planificación Familiar	6,103.3	46.37
Materno Infantil	267.9	2.04
Cons. Ext. Gral. Gineco-obstétrica	327.8	2.49
Hosp. Gral. Gineco-obstétrica	6,463.3	49.10
Total Salud Reproductiva	7,059.1	100.00

Fuente: Anuario Estadístico de Ssa. (1994-1996).

Importante: A consulta externa general y hospitalización general se les ha aplicado porcentajes de consulta y hospitalización gineco-obstétrica.

<sup>5</sup> Population Action International 1994 «Fondos para el futuro. Cómo satisfacer la demanda de PF» Washington 1994.

### Cuadro 3

Gasto en Salud Reproductiva de Ssa Total y por Programa  
Chiapas 1995  
(Miles de pesos corrientes)

Subprograma	\$	%
Planificación Familiar	5,303.0	61.28
Materno Infantil	272.2	3.15
Cons. Externa Gral. Gineco-obstétrica	495.7	5.73
Hosp. General Gineco-obstétrica	2,582.5	29.84
Total Salud Reproductiva	8,653.4	100.00

Fuente: Anuario Estadístico de Ssa. (1994-1996).

### Cuadro 4

Gasto en Salud Reproductiva de Ssa. Total y por Programa  
Chiapas 1996  
(Miles de pesos corrientes)

Subprograma	\$	%
Planificación Familiar	5,976.1	37.48
Materno Infantil	851.2	5.34
Cons. Externa Gral. Gineco-obstétrica	700.8	4.39
Hosp. General Gineco-obstétrica	8,417.8	52.79
Total Salud Reproductiva	15,945.8	100.00

Fuente: Anuario Estadístico de Ssa. (1994-1996).

Los cuadros anteriores señalan que, en los tres años de referencia, a PF se le ha asignado casi la mitad del monto total correspondiente a todos los subprogramas; incluso en el año de 1995, cuando a salud reproductiva se le asignaron menos recursos que los otros dos años de referencia, a PF le fue asignada más de la mitad del presupuesto (véase cuadro 4).

Además, el gasto en planificación familiar tuvo una caída de 37.5% con respecto a 1994, pérdida que no ha sido recuperada, pues para 1996 vuelve a disminuir el presupuesto en 9.8% (ver cuadro 5). Así, comparando los tres años se ve que efectivamente, aún en PF, los gastos en 1995 para la salud reproductiva fueron

menores. Aunque éstos datos sólo dan cuenta de lo reportado por Ssa, son muy elocuentes en cuanto a la disposición de los gastos en salud para las mujeres.

A partir de 1994 es muy difícil evaluar el impacto de los acuerdos de El Cairo en los presupuestos; de cualquier forma, en Chiapas, la partida presupuestal asignada a Planificación Familiar fue elevada respecto a otros subprogramas de atención a la salud cuya importancia es igual o mayor.

#### Cuadro 5

Gasto de Ssa en Planificación Familiar Chiapas 1994-1996  
(Miles de pesos de 1993)

Año	Total Estatal \$	PF \$
1994	182,431.1	5,635.5
1995	183,873.3	3,551.9
1996	177,432.3	3,090.0

Fuente: Anuario Estadístico de Ssa. (1994-1996)

#### IV. ¿Qué ocurre con la Regulación de la Fecundidad en Chiapas?

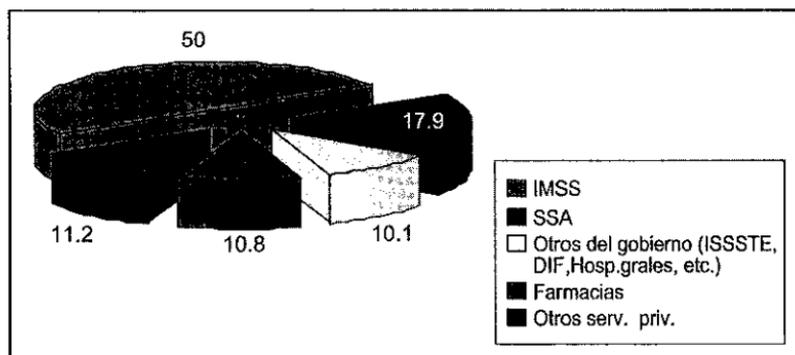
**E**n 1979, el 24% de las chiapanecas unidas en edad fértil usaba algún método anticonceptivo; para 1996 esa prevalencia alcanzó un 51.1%, porcentaje todavía lejano de la media nacional, que fue de 66.5% (Rojas:1998). Estas cifras registran una anticoncepción tardía y definitiva, elegida sobre todo por mujeres que viven en áreas urbanas y tienen una «paridad satisfecha». <sup>6</sup>

En 1995, la mayoría de los métodos anticonceptivos usados en Chiapas se siguen obteniendo a través de las instituciones públicas del sector salud (más del 70% de las usuarias), (CONAPO: 1997: 6), según ilustra la gráfica 2.

<sup>6</sup> Nazar y Halperin en su trabajo sobre "Prácticas Anticonceptivas en Chiapas" 1997, mencionan que las metas del Programa de PF no se han podido cumplir a pesar del aumento del uso de anticonceptivos en esta zona en los últimos años y que a la vez éstos no parecieran beneficiar la salud de las mujeres como el programa lo supone. p. 28

## Gráfica 2

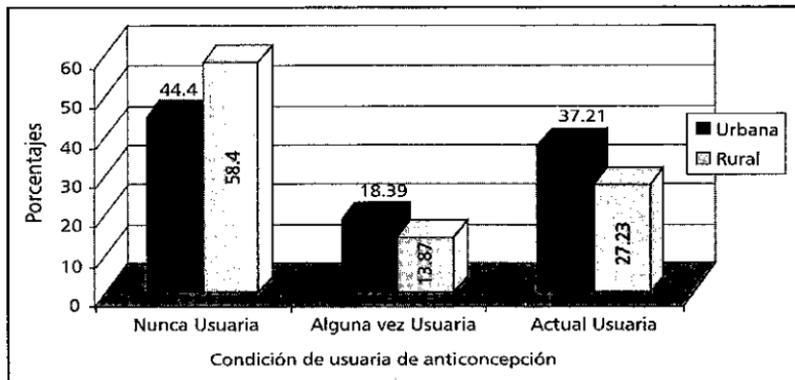
Porcentaje de Mujeres que usan anticonceptivos según el lugar de obtención de los mismos para Chiapas en 1995



Fuente: Cálculos propios según datos de: Situación Demográfica en el Estado de Chiapas, 1996, CONAPO.

## Gráfica 3

Porcentaje de las Mujeres según uso de anticoncepción y la zona en que viven en Chiapas para 1995



Fuente: Cálculos propios según datos de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar 1995

Una de las condicionantes significativas del uso de anticonceptivos es la zona en la que viven las mujeres. Según datos de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar 1995, en Chiapas la mayor proporción de usuarias de anticonceptivos se encontraban en zonas urbanas.

## Cuadro 6

Porcentaje de Mujeres según uso de anticonceptivo y escolaridad en Chiapas para 1995

Escolaridad	Nunca Usuaria	Alguna vez Usuaria	Actual Usuaria
Sin escolaridad	63.01	11.29	25.71
Primaria incompleta	49.59	17.44	32.97
Primaria completa	48.28	17.67	34.05
Secundaria y más	50.16	16.39	33.44

Fuente: Cálculos propios con datos de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar, CONAPO, 1995.

Otros dos factores determinantes son la edad de las mujeres y su escolaridad; el cuadro 6 muestra que la mayoría de las mujeres sin escolaridad nunca han sido usuarias de algún método anticonceptivo.

Respecto a la edad, ese año sólo la mitad de las mujeres de entre 30 y 39 años eran usuarias de algún anticonceptivo y sólo el 6.7% de las mujeres utilizaron un anticonceptivo para retrasar el nacimiento de su primogénito, mientras que dentro del grupo de las que tenían tres o más hijos el 67% se protegía con algún tipo de anticonceptivo (CONAPO:1996:6), lo que podría indicar una paridad satisfecha.

## Cuadro 7

Porcentaje de Mujeres de diferentes grupos de edad según uso de anticonceptivos, en Chiapas para 1995.

Edades	Nunca Usuaria	Alguna vez usuaria	Actualmente usuaria
15 a 19	91.4	1.4	7.1
20 a 24	60.6	15.4	24.0
25 a 29	36.5	21.4	42.2
30 a 34	32.2	14.1	50.7
35 a 39	29.3	20.7	50.0
40 a 44	30.3	23.9	45.9
45 a 49	48.8	23.8	27.4
50 a 54	51.0	23.5	25.5

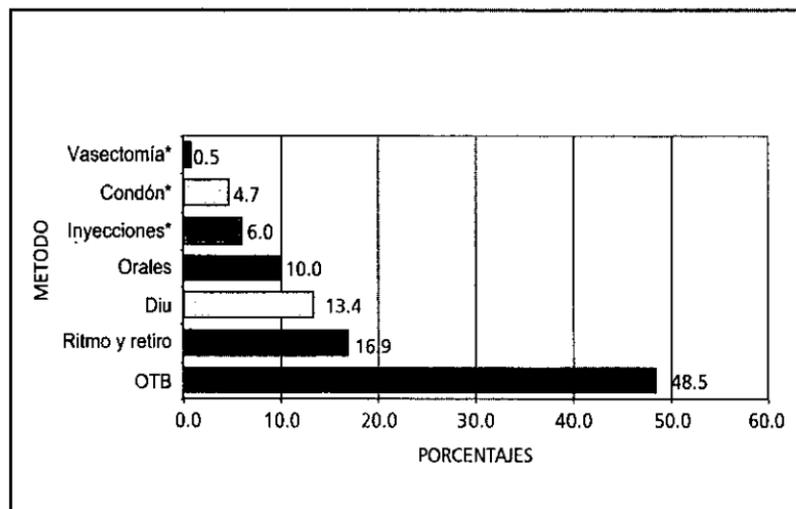
Fuente: Cálculos propios según datos de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar, CONAPO 1995.

El cruzamiento de los porcentajes del cuadro anterior y los datos de la gráfica 4 sugieren una relación entre la edad en que las mujeres están teniendo a sus hijos y los métodos elegidos, pueden estar estrechamente ligadas a las expectativas reproductivas de las mujeres.

En la gráfica 4, se puede apreciar cómo casi la mitad de las mujeres usuarias para 1995 optó la esterilización (OTB)<sup>7</sup>, tendencia que se ha venido manifestando desde 1990 por lo menos, contraria a la caída en el uso de métodos hormonales que en 1990 era de un 37% éste disminuyó en 1995 a un 16% (considerando a orales e inyectables como hormonales en conjunto), por otro lado el uso del dispositivo intrauterino (DIU) tuvo una disminución menos significativa, ya que en 1990 se reportó un uso de 18.8% y en 1995 un 13.4%.

Gráfica 4

Distribución porcentual de las usuarias según métodos utilizados en 1995.



Fuente: Cálculos propios según datos de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar 1995.

<sup>7</sup> Oclusión Tubaria Bilateral (OTB), también llamada salpingoclasia.

## V. ¿Elección informada en Chiapas Abanico de métodos anticonceptivos vs OTB

**L**os servicios y los anticonceptivos proporcionados por el programa de PF son gratuitos. "...los servicios públicos suministran, en particular, los métodos hormonales orales, inyectables y subdérmicos, los dispositivos intrauterinos, la esterilización, la vasectomía, los métodos de barrera y los espermaticidas. Sin embargo, esta amplia gama de métodos se limita a las mujeres que acuden a los servicios de salud reproductiva sin presentar embarazo o parto. La oferta para los casos de postparto está limitada al dispositivo y la OTB..." (Mejía: 1998:39).

Esto quiere decir que en realidad el abanico de opciones anticonceptivas que ofrecen las instituciones de salud en Chiapas es muy limitado, con predominio de hormonales inyectables y OTB (por lo menos para el periodo de 1990 a 1995).

Es alarmante que en México se sigan realizando OTB inmediatamente después de un evento obstétrico (parto, aborto o cesárea); en países desarrollados esto se considera coercitivo, contrario a los derechos reproductivos, y se requiere de la anuencia de la mujer 15 días antes del evento.

Cadenas y Pons (1992), Garza y Cadenas (1993), Montero, *et. al.* (1996), Olvera (1998) entre otros autores, afirman que puede considerarse coercitivo el hecho de promover la OTB en quirófano o después del parto. "...llama la atención que el 52% y el 65% de las salpingoclasias (1990 y 1991 respectivamente) estuvieran asociadas a la atención de partos normales, cesárea o aborto, lo cual permite sospechar que, en una buena parte de los casos, la mujer aceptó la intervención en condiciones difíciles y seguramente sin información suficiente..." (Cadenas: 1994:129).

Elda Montero, en su investigación sobre salpingoclasia y pobreza, describe a las mujeres que acudieron a realizarse la operación en el Hospital General de Comitán como de escasos recursos, predominantemente de zonas rurales, con un promedio de 4.5 hijos, casadas a edades muy tempranas, con una escolaridad

más baja que la estimada para todo el estado; el 15% de ellas tenía menos de 24 años de edad, pero se operaron por tener más de 4 hijos (Montero:1996).

Por su lado, Cadenas y Pons (1994) realizaron un estudio en tres instituciones de salud que atienden a población de la zona de los Altos de Chiapas, encontrando que las mujeres establecen una relación entre la atención hospitalaria y el miedo a morir con el "me van a ligar"; abundan los expedientes clínicos sin actas de aceptación de salpingoclasia o bien consentimientos firmados por la pareja de las mujeres intervenidas; el mayor porcentaje de otrs se efectuó después de un parto.

### Cuadro 8

Porcentajes de salpingoclasias realizadas en las instituciones oficiales de salud en la ciudad de San Cristóbal, según factor de asociación. 1986, 1990 y 1991.

Institución	Factores de Asociación				
	Parto	Cesárea	Aborto	Otras*	Sin factor
1986	%	%	%	%	%
IMSS	n.d	n.d	n.d	n.d.	n. d.
ISSSTE	60	11	11	8	10
Ssa	25	32	0	11	32
1990	%	%	%	%	%
IMSS	42	**	1	n.d	57
ISSSTE	48	35	8	6	3
Ssa	40	18	0	2	40
1991	%	%	%	%	%
IMSS	38	15	1	4	42
ISSSTE	54	33	7	3	3
Ssa	38	21	4	1	36

n.d.= no se contó con la información.

(\*) = incluye cualquier otra intervención quirúrgica, (apendicitis, quistes ováricos, histerectomías, etc.)

(\*\*)=agrupa los datos de partos y cesáreas.

Fuente: Elaborado con datos obtenidos en la revisión de los Registros Hospitalarios en los tres hospitales de la ciudad.

Las autoras citadas encontraron también que es el IMSS régimen ordinario a través del IMSS SOLIDARIDAD, la institución que más interviene a mujeres que provienen de grupos indígenas.<sup>8</sup> En esa misma institución hay una disminución porcentual apenas perceptible entre 1990 y 1991 de las OTB realizadas después del parto. Este dato llama particularmente la atención, porque como se pudo observar en la gráfica 2, en 1995 el IMSS era la institución con mayor cobertura de usuarias en el estado.

Entre los datos que Cadenas y Pons consignan en su estudio, resalta que las mujeres sometidas a OTB en 1986 eran mayoritariamente mestizas, lo cual cambió ya que para 1991 y 1992, cuando la mayoría eran mujeres indígenas.

Por último, la identidad femenina asociada al deseo de tener más de dos hijos es uno de los factores más importantes; hay una gran valoración del hecho de ser madre, es un evento muy importante para la conformación y consolidación de las parejas y para garantizar la descendencia en contextos de extrema pobreza, donde la mortalidad infantil continua siendo alta (Cadenas:1992:35).

### **Algunas experiencias testimoniales de usuarias y prestadores de servicios.**

... Si hay 7, 8, 9 o 10 niños son los regalos de Dios, los que tienen bendición tienen que dar esos hijitos... Dicen que cuando la mujer va a tomar pastilla o inyecciones para que no tenga más hijos la mujer, pues se tiene que enfermar... da dolor de cabeza, dicen... le va a doler su espalda, le van a doler sus huesos, dicen... se va a engordar y va a crecer algo donde le cortaron su estómago. Todo donde le cortaron la mujer, donde da hijo en su estómago va a crecer una enfermedad... tiene su nombre la enfermedad que va a crecer dice, es el cáncer o tumor dicen, va a crecer y se va a volver a enfermar... (entrevista a mujer usuaria)

---

<sup>8</sup> Las Jornadas Sabatinas, consistentes en la captación de mujeres para ser esterilizadas, se siguen llevando a cabo hasta la fecha por el IMSS-SOL.

Prestadores de servicios:

...también nos han dado la capacitación para que vaya uno a visitar... a llamarles la atención a las señoras que ya no tengan mucha familia y va uno a verlos en sus casas a platicar pues como una visita... así como va uno y ya se les dan sus pastillas a los que quieran... los que no quieran pues ni modos de obligarlos, no tenemos por qué obligarlos... si no ya ellas vienen aquí a traerlo en la clínicas las pastillas y ya les doy lo que tengo yo... son diez en control.

Esa Misión Chiapas se me hizo un genocidio, quieren evitar que nazcan más niños. Nos vinieron a atascar de anticonceptivos... un montón... y te digo, bueno viene la gente..., la gente quiere curarse y tu les dices no hay medicamento, pero sí hay para que no tenga usted más hijos... A través de la Misión Chiapas se presiona a la gente por el cumplimiento de las metas, en las reuniones de médicos nos presionaban y decían cómo no han alcanzado las metas son unos huevones... pero las metas son enormes.

Yo siempre he sido de la idea de que si se va a utilizar un método anticonceptivo se les tiene que explicar bien, bien cómo actúa, pero se omite la información completa... los dispositivos los he puesto, pero a gente que sabe perfectamente lo que está usando, siempre lo ha sabido y que lo ha usado y que lo seguirá usando...<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Los testimonios fueron extraídos de dos trabajos, uno de ellos del artículo de Bárbara Cadenas y R. Garza sobre Sexualidad contenido en el libro: *Ser Mujer ¿un riesgo para la salud?*, 1997 y de la tesis de Teresa Olvera: "Entre las políticas de población y el respeto a la decisión individual: una visión antropológica". Análisis del Programa de PF en los Altos de Chiapas, UNACH, 1998.

## VI. Comentarios finales

**E**n un país como México, que por más de 20 años ha mantenido una política poblacional tendiente a frenar el crecimiento demográfico mediante el uso de anticonceptivos, puede cuestionarse que ésta se enfatice en Chiapas y en otras regiones del centro y del sur, similares en niveles de fecundidad. Desde 1990, Chiapas es una de las nueve entidades prioritarias. En cuanto a programas de planificación familiar (CONAPO:1991) cuya aplicación no ha reportado los resultados esperados debido a que no está aparejada con el acceso a otros niveles de desarrollo económico y social de las mujeres y sus familias.

No se sabe a ciencia cierta de sí los programas y las acciones de PF se han dado por igual en todas las localidades que conforman el estado de Chiapas, pero la disparidad entre el promedio de hijos en el estado y la media nacional (casi un hijo más en Chiapas que en el país), y el cumplimiento de objetivos demográficos (como la disminución de la tasa de crecimiento poblacional), indican que las metas y programas parten de una visión parcial de la realidad que viven las mujeres, considerándolas sólo como cuerpos que hay que controlar en cuanto a su capacidad reproductiva.

La distribución del presupuesto para planificación familiar que ha manejado la Dirección General de Salud Reproductiva en Chiapas, provoca cuestionamientos acerca de qué se está entendiendo en el Sector Salud por planificación familiar, si es una verdadera inversión en opciones libres y voluntarias que permitan a las mujeres tener mayor poder sobre su cuerpo y sus decisiones (lo cual tiene que ver con el uso de anticonceptivos no sólo como mecanismos de regulación de la fecundidad sino como medidas para disfrutar más plenamente de la sexualidad, libre del riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual), o si está aplicando a un modelo rezagado de control demográfico.

Los servicios de anticoncepción se dan sobre todo a mujeres de zonas urbanas, en un estado que tiene al 56% de su población

asentada en área rurales; las OTB se han practicado de manera masiva a mujeres de áreas no urbanas pero que son intervenidas en las ciudades –según señalan Cadenas y Montero-. En Chiapas la mayoría de las mujeres se une antes de cumplir los 20 años y es precisamente en ese grupo donde el uso de anticonceptivos es de apenas un 7%, ¿qué pasa con los acuerdos firmados en El Cairo sobre atención especial a adolescentes y educación integral sobre sexualidad? Junto a la gran proporción de mujeres con OTB, hay una mínima de hombres con vasectomía, ¿qué está ocurriendo entonces con las disposiciones respecto a fomentar la participación masculina en PF, en la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la corresponsabilidad de hombre en la salud sexual y la reproductiva?

Se afirma que en las instituciones de salud el abanico de métodos anticonceptivos es muy restringido, porque la disposición material de casi todos puede considerarse nula, y "...se sabe que si una mujer recibe el método que tenía en mente antes de llegar a la clínica es mucho más probable que continúe usándolo..." (Pariani, *et al.* 1991). La decisión libre de coerción respecto a la fecundidad y el respeto a los derechos reproductivos en los programas institucionales ni con mucha buena voluntad se puede considerar un hecho universal habida cuenta de los datos encontrados sobre OTB que nos dan Cadenas y Pons (1993) y de lo reportado por Montero (1996).

Por testimonios de los prestadores de servicios de salud, sabemos que se falta a los derechos reproductivos en PF al condicionar la dotación de medicamentos para propiciar el uso de anticonceptivos y que no se da información suficiente y adecuada y que es falso que la gente "siempre sabe lo que está usando". Es indispensable la sensibilización del personal en cuanto a la perspectiva de género en su trabajo, tiene que haber cambios en la aplicación de los programas de PF, pues la oportunidad que hoy brindan los mecanismos de anticoncepción para regular la fecundidad y protegerse de ETS es muy valiosa. Aún quedan muchos hilos sueltos, el aterrizaje de planes y pro-

gramas a veces pierde su sentido original o impide su aplicación completa en un estado como Chiapas, donde la falta de desarrollo armonioso entre población, recursos y medio ambiente es uno de los problemas.

Los programas de PF no se pueden restringir a dotaciones de métodos anticonceptivos (mayoritariamente definitivos), ni se debería hacer una asignación de recursos priorizando mecanismos de control del tamaño de la población (control que recae directamente sobre las mujeres) cuando hoy más que nunca se sabe que sin un desarrollo económico, político y cultural, las mujeres difícilmente lograremos la igualdad en la distribución del poder.

Hoy en el mundo se aboga por el respeto no sólo de los derechos sexuales y reproductivos sino de los derechos humanos en general y México se ha comprometido como nunca antes con una política demográfica integradora "...importa la movilización de recursos y la elaboración de programas: al aumentar la proporción de individuos que usan anticonceptivos para evitar la fecundidad no deseada... el financiamiento para la PF, salud reproductiva y otras inversiones sociales (tales como educación para las mujeres), requerirá una administración cuidadosa de los recursos del sector público incluyendo un gasto mayor en los sectores sociales y menor en los militares..." (Merrick y Murphy: 352)

Pese a los espacios que la salud reproductiva ha ganado en el discurso, aún es muy fuerte la tendencia a confundirla con planificación familiar. Para que las mujeres logremos que el concepto legal de derechos reproductivos se vuelva parte de nuestra cotidianidad es necesario que los cambios sigan ocurriendo día a día.

La regulación de la fecundidad será un hecho universal si se cuenta con las condiciones de bienestar humano para ello, en el intento estamos y es de suma importancia continuar con trabajos de investigación y monitoreo al respecto, El Cairo y Beijing han marcado el camino, debemos afianzarnos más que nunca a la posibilidad de libertad y crecimiento que ofrecen.

## Bibliografía

- Cadenas B. y L. Pons, *La salpingoclasia: entre el control de la natalidad, la planificación familiar y los derechos reproductivos*, San Cristóbal de L.C. Chis. mimeo 1991. 35 pp.
- Cadenas B. y A. Garza, "Derechos reproductivos en los Altos de Chiapas ¿Puede hablarse de democracia?" en Elú Ma. del Carmen. *et al. Maternidad sin riesgos en México*. IMES, México 1994. pp. 121-129
- Consejo Nacional de Población, *Boletines Informativos 10, y 12*. 1991. México
- Consejo Nacional de Población, *Encuesta Nacional de Planificación Familiar*, México, 1995
- Consejo Nacional de Población, *Situación Demográfica del Estado de Chiapas*, 1996. México
- Consejo Nacional de Población, *Situación Demográfica del Estado de México*, 1990. México
- Consejo Nacional de Población, *Programa Nacional de Población 1977-1982*
- Delliens D. Cristina y R. Camus, "La planificación Familiar y la mujer" en *Estudios sobre la mujer*, Vol. II.— México, SPP-INEGI, 1986. 311 pp.
- Desarrollo Integral para la Familia. "Glosario de términos" en *Reunión Nacional para la Integración del Programa Interinstitucional de Orientación Sexual y Planificación Familiar*, México. Nov. 1985. 80 pp.
- Hardon, A. *et al. Reproductive Rights in Practice (A Feminist Report on the Quality of Care)* London-New York. Zed Books Ltd. 235 pp.
- Hernández, Elvira, "Planificación Familiar", en *Fem*, Año 11 N° 61, México, Ene 1988. pp. 6-19.

- Martínez M, Jorge. "El programa Nacional de Planificación Familiar 1977-1994, El reto para el año 2000" en *Carta Sobre Población*. Año 2. Núm. 8. GAAPP Julio 1995.
- Mejía, Ma. Consuelo, P. Mercado, et al. *Informe del Módulo: Atención primaria de la Salud, Salud Reproductiva y Derechos Reproductivos de la Guía para Seguimiento en México de la CIPD (CIPD +5)*, México, mimeo. Noviembre de 1998.
- Merrick, T. y Elaine Murphy. "Eliminó el Cairo a la Población de las Políticas Poblaciones", en *Estudios Demográficos y Urbanos* 34-35, Col 12 núm. 1y 2.— El Colegio de México. Enero - Agosto 1997 349-365 pp.
- Montero Elda. et. al. *Mujeres, Salpingoclasia y Pobreza*. Estudio de Caso, mimeo. 1996.
- Nazar, A. et al. "Prácticas anticonceptivas: características y tendencias entre mujeres no indígenas de Chiapas, 1994" en *Género y Salud en el Sureste de México*, México. Ecosur 1997. 13-31 pp.
- NOM-SSA, 94, *Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar*. Secretaría de Salud. 1994.
- Olvera Teresa, *Entre las políticas de población y el respeto a la decisión individual: una visión antropológica. Análisis del programa de PF en los Altos de Chiapas*. Tesis de Licenciatura UNACH, 1998.
- Ordorica M., Manuel "Un recuento de las diversas estimaciones de la tasa de crecimiento demográfico desde 1970 a la fecha" en *Carta sobre Población Núm. 7* GAAPP Junio de 1995.
- Pariani, Siti, et al., "Does Contraceptive Choice Make a Difference to Contraceptive Use? Evidence from East Java". In *Studies in Family Planning*, vol. 22, núm. 6 1995.
- Porras, Agustín. "Algunas reflexiones sobre el desempeño de los programas de planificación familiar en México en el periodo 1970-1994" en *Carta Sobre Población*, Vol. 1. Núm. 9. GAAPP Febrero 1996. 4 pp.
- Rojas M. G. Sánchez y E. Tuñón. *Diagnóstico Sociodemográfico de las Mujeres de Chiapas 1998*.— UNISEF-ECOSUR-Gobierno del estado de Chiapas. Chiapas 1998, mimeo.

- Sánchez, Georgina. *De como controlan su fecundidad las mujeres de Tlaxcala*, Tesis de licenciatura, Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Tlaxcala. Tlaxcala, Diciembre de 1994 115 pp.
- Sechler, Susan. Cairo +5. Conferencia presentada en HERA, Cocoyoc Morelos, Noviembre de 1998. Rockefeller Foundation. 5 pp.
- Secretaría de gobernación, *Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988*. Poder Ejecutivo Federal, México 1983.
- Secretaría de salud, Dirección General de Planificación Familiar *Análisis de los resultados del programa de PF en el sistema nacional de salud*. Enero a Diciembre de 1990.
- Secretaría de salud, *Informe del Programa de PF 1988*. Secretaría de Salud, Tuxtla Gtz. Chis.
- Soberón, Guillermo et al., *Características de las usuarias nuevas del Programa Institucional de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud, 1976-1983*. México, 1985, 70 pp.
- Tuirán, Rodolfo. "Comentarios sobre Planificación Familiar" en *Carta Sobre Población* Año 4, Núm. 24, GAAPP. Noviembre de 1997.
- Zeidenstein, S. et al., *Learning about sexuality a practical beginning*. The Population Council Inc. 1996. 404 pp.



# El Programa de Detección de Cáncer Cérvico Uterino en las regiones Fronterizas y Altos de Chiapas<sup>1</sup>

Gloria Sayavedra Herrerías<sup>2</sup>

## I. Introducción

**E**l propósito de este estudio es analizar la situación actual de morbilidad por cáncer cérvico uterino (CACU) y los cambios habidos de 1994 a la fecha en relación con los programas de prevención y atención de dicho problema. Para ello, se realizó un estudio de caso en dos de las nueve regiones en las que el sector salud ha dividido al estado de Chiapas.<sup>3</sup>

Año con año mueren en México más de 4,000 mujeres de cáncer cervicouterino -12 cada día, principalmente de 25 años en adelante-. A pesar de que desde hace 22 años existe el Programa oficial para la Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino, éste no ha sido eficaz, ya que la mortalidad se ha mantenido durante la última década (86-96) con una tasa de 23.09 a 21.45/100,000 en mujeres de 25 años y más. Llegando a ser la primera causa de muerte en mujeres adultas por tumores malignos, la primera cau-

---

<sup>1</sup> Se agradece la colaboración para su primera versión a Maricela Betancourt y Laura Miranda.

<sup>2</sup> Consultora- investigadora del Colectivo de investigación, Desarrollo y Educación entre Mujeres A.C. Pertenece a la Red de Mujeres Proderechos de Educación y Salud. Es integrante del Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población.

<sup>3</sup> En este estudio, se usaron diversas fuentes de información: documentos oficiales, entrevistas a funcionarias(os), testimonios de mujeres que habían tenido un Papanicolaou (Pap) positivo, y el diagnóstico realizado dentro del Comité Regional de Salud Reproductiva (CORSAR) en ese mismo periodo, que incluía observación de la atención y entrevistas a prestadores y usuarias.

sa de morbilidad por tumores malignos y la tercera causa de muerte en general, después de las enfermedades del corazón (DGE, 1996).

En 1990 México tenía una tasa de mortalidad por CACU de 14.5/100,000 habitantes, casi diez veces mayor a la de Estados Unidos (1.7) y tres veces mayor que la de países como Cuba (4.9) y Uruguay (4.3).<sup>4</sup>

Entre 1993 y 1994, según datos de la Ssa, se registraron más de 25,000 nuevos casos de CACU; cuando se diagnosticaron, la mitad ya estaba en etapas muy avanzadas y era prácticamente incurable. En ese mismo periodo 340 mujeres murieron por esta causa en Chiapas, donde se presenta el 2% de los casos;<sup>5</sup> es decir que cada año hay 500 mujeres a las que se les diagnostica este mal. La cifra, sin embargo, es conservadora pues muchas chiapanecas, sobre todo las que habitan en zonas rurales, nunca han acudido a un médico y menos se han realizado una prueba de cáncer. Los casos detectados ocurren en consulta y en hospitalización, cuando la enfermedad ya está muy avanzada. Por ejemplo en los años 1996 y 1997, en el Hospital General de Comitán se detectaron 25 casos de CACU en consulta y sólo cinco se habían diagnosticado mediante la prueba del PAP.<sup>6</sup>

Otra dificultad para tener datos epidemiológicos fidedignos en Chiapas, es que no se lleva el conteo de casos positivos en las tomas, y en muchos casos de fallecimiento se desconocen las causas de la muerte, pues las mujeres nunca acudieron a un servicio.

Según el Coordinador de Salud Reproductiva del IMSS,<sup>7</sup> en 1995 Chiapas era de los estados con más casos registrados de CACU, junto con Quintana Roo y Guanajuato. La tasa ajustada fue de 67.7/100,000 mujeres derechohabientes mientras que en el Distrito Federal, varió entre 1.1 y 2.2. En el mismo año, Chiapas ocupó el segundo lugar de mortalidad por CACU con una tasa de

<sup>4</sup> Bol Of Panam 121(6). 1996

<sup>5</sup> INEGI. Estadísticas Vitales del Estado de Chiapas. #3. México, 1995

<sup>6</sup> A ellos habría que agregar los de hospitalización que, por la premura del estudio, ya no pudimos revisar.

<sup>7</sup> Cardona, Jorge A. Plan de Acción para la Vigilancia, Prevención, Tratamiento y Control del CACU en el IMSS. Datos presentados en el Coloquio sobre Cáncer C:U: 6 de julio, 1997. Y recopilados por María del Carmen Elú, 1998 *Op. cit.*

22/100,000 derechohabientes sólo superado por Colima. En 1996 las cifras de casos positivos aumentó según DGE-SSA.

Según datos del INEGI/SSA, en el año 1996 había una tasa de mortalidad por CACU en mujeres de 25 a 64 años de edad de 17/100,000, cifra muy alta comparada con entidades como Nuevo León (10), Baja California Norte (10.9), Distrito Federal (11.3), Estado de México, Querétaro y cercana a la de Oaxaca (18.4) o Veracruz (19).

Según la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer, si la prueba de *papanicolau* (PAP) se hace cada 3 años en mujeres de 20 a 64 años, la incidencia de cáncer invasor de cuello uterino se reduce en un 91%; si se aplica cada año la reducción es de 93%.<sup>8</sup> Estos datos y las conclusiones de la Dirección General de Epidemiología de la SSA, sirvieron de guía para la elaboración de la nueva norma que plantea que en lugar de un PAP anual, es suficiente con que se realice cada 3 años. Enfatizamos que en las condiciones de riesgo y falta de atención a las mujeres sin recursos de ningún tipo, no se puede reducir así la periodicidad; y la Norma Oficial Mexicana finalmente se redactó proponiendo que no se negara el servicio a quien lo solicitara cada año.

Hay que agregar aquí que el IMSS SOLIDARIDAD a pesar de tener la cobertura más amplia de población femenina, no tiene los recursos para realizar la prueba del *papanicolau* y ha establecido arbitrariamente una especie de filtrado, que puede traer consecuencias graves a las mujeres pues, "Se hace la prueba de ácido acético y sólo que a nivel macroscópico veamos algo entonces hacemos el PAP."<sup>9</sup>

Hay que subrayar también que el nivel actual de mortalidad por cáncer cérvico uterino en mujeres mayores de 35 años se debe entre otras cosas a la política de detección de CACU fomentada por el Sector Salud, que durante muchos años restringió el examen a mujeres en vida reproductiva, y sobre todo con

---

<sup>8</sup> Klimovsky, Matos E. El uso de la prueba de PAP por una población de Buenos Aires. *Boletín de la OPS*, 1996: 121 (6):502-510

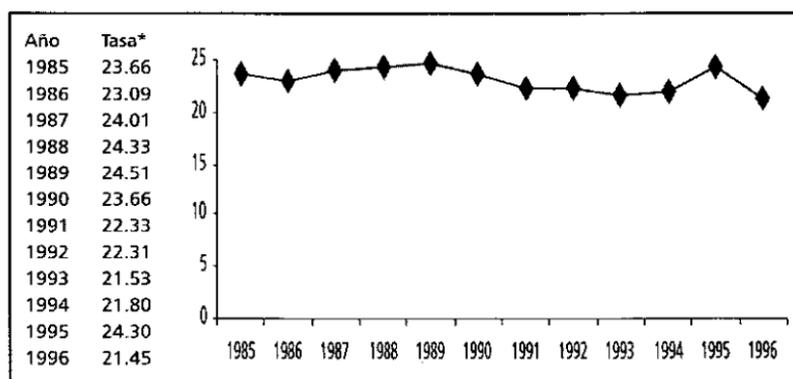
<sup>9</sup> Entrevista a Médico de IMSS-Sol. Municipio de Comitán. Noviembre, 1997.

vida sexual activa, dejando fuera a un sinnúmero de mujeres que podrían estar en riesgo.

Una gran cantidad de estudios realizados a nivel internacional marcan como factores de riesgo para el CACU: la edad, el inicio temprano de la vida sexual, numerosas parejas sexuales, multiparidad, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS), virus de papiloma humano (VPH), no haberse realizado el PAP anteriormente y alimentación carente de folatos y vitamina A. Esto nos remite de inmediato a cierto tipo de mujeres, mujeres que carecen de recursos, de poder.<sup>10</sup> No es de extrañar que el 80% de los casos de cáncer cérvico uterino diagnosticados en el mundo provenga de países pobres.<sup>11</sup>

### Gráfica 1

Tendencia de la Mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino en México. 1985-1996



Hace 5 años, el director del Instituto Nacional de Cancerología indicó que según la Ssa sólo 6 de cada 10 mujeres en riesgo se habían realizado la prueba de PAP.<sup>12</sup> Ya que se ha visto que el pro-

<sup>10</sup> Sayavedra, Gloria. El poderío y la salud de las mujeres, en *Ser Mujer un riesgo para la salud*, Red de mujeres, 1996.

<sup>11</sup> Bishop A. Wells E, Sherris J, Tsu V, Crock, *Cervical Cancer: evolving prevention strategies for developing countries*. Reproductive Health Matters 1995; 6:60-71.

<sup>12</sup> Excelsior, 5,12,93. Datos documentados por la Red de Salud del DF. *Balance Sexenal*, 1994. mimeo.

grama llega prioritariamente a aquellas mujeres que periódicamente se realizan la prueba, mujeres en edad reproductiva que acuden a los servicios, se podría afirmar que ese beneficio no va más allá de las paredes de las clínicas y hospitales.

Lo cierto es que según datos de la propia DGSR, el programa de Detección de CACU a nivel nacional sólo ha cubierto al 17% de la población objetivo (mujeres mayores de 25 años). La meta para este año es alcanzar el 70% de cobertura, porcentaje difícil de lograr si persisten las actuales condiciones.

## II. El Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino en el estado de Chiapas.

■ Ha habido un impacto real de los acuerdos de El Cairo en este problema? Es hasta “mediados de 1996, en el contexto de la Reforma al Sector Salud, que se incorpora el programa de CACU como un pilar importante de la salud reproductiva”, (Pérez Palacios, 1998).<sup>13</sup> A partir de ahí se inició una revisión intensa de estrategias y programas y se lograron algunos cambios sustanciales en el Programa a nivel nacional: elaboración de una nueva normatividad en marzo de 1998; vigilancia de la calidad técnica del PAP, y capacitación continua a los citotecnólogos; elaboración de la Cartilla Nacional de la Mujer; creación de un sistema de vigilancia más eficaz hacia el cáncer cérvico uterino, que pretende entre otras cosas: uniformar el registro que se tiene a nivel nacional, definir a las mujeres con mayor riesgo y dar seguimiento a aquellas con PAP positivo; creación a partir de 1997, de una Escuela Nacional de Citotecnólogos, ya que los que hay no son suficientes para cumplir ni la demanda; sensibilización continua a la población sobre el problema del CACU. El Programa de Educación, Salud y Alimentación se incorporó como el punto 13 del plan de atención básica a la población, principalmente de zonas marginadas.

<sup>13</sup> Pérez Palacios, Gregorio. El Cáncer Cérvico Uterino en el programa de Salud Reproductiva, en Elú Ma. Del Carmen, 1998, *Op. cit.*

Pero estos avances han tenido mucho que ver con la presión y negociación continua entre las instituciones oficiales, principalmente la SSA y las organizaciones civiles de mujeres en toda la república que han estado atentas a cada uno de los cambios. El problema no resuelto es el presupuestario, ya que estos programas no se han acompañado de recursos humanos y materiales suficientes para lograr el acceso real de las mujeres a la prueba de PAP. En ese sentido es necesario resaltar que el programa de Cacu no cuenta con un financiamiento propio dentro del Programa de Salud Reproductiva. "Se tiene que ver de dónde sacar los recursos porque no tiene un rubro propio, lo que lo hace muy vulnerable".<sup>14</sup>

En Chiapas, la cobertura del programa de detección es bastante más baja que a nivel nacional. En los datos de la Dirección General de Estadística (DGE), y el Comité Regional de Salud Reproductiva (CORSAR), del número de PAP efectuados de 1996 a 1998, encontramos que la cobertura ha descendido a la mitad: del 4%, al 2%. Lo que significa que sólo una mujer de cada 100, de 25 años y más años, se hizo la prueba de PAP en ese año.

## Cuadro 1

Cobertura porcentual con PAP para mujeres de 25 a 64 años de edad.  
Chiapas, Primer Semestre 1998

Grupo de edad	25 a 34	35 a 44	45-64	25-64
	%	%	%	%
Mujeres Chiapas N=722,676	1.9	2.1	1.8	1.9
Total usuarias SSA %	2.7	2.9	2.5	2.7

Nota. El número de detecciones de PAP realizadas en ese periodo fue de 14,065  
Elaboración propia con datos de la DGE/SSA.

Los datos del cuadro anterior son bastante claros y muestran por un lado, la baja cobertura que tiene el programa en Chiapas, que no alcanza ni el 6% que el Instituto de Salud de Chiapas (ISECH) dice tener, y por otro que el porcentaje de mujeres

<sup>14</sup> Subdirector de Epidemiología. ISECH. Diciembre, 98.

que acuden de los distintos grupos de edad, es bastante similar, sin una diferencia significativa en las mujeres de 35 a 44 años, lo que deja un tanto en duda que la edad sea un asunto determinante o que las mujeres mayores no se hacen la prueba de PAP.

Hemos estudiado con más profundidad la calidad de la atención del programa de Detección de CACU desde la perspectiva de género, en dos de las nueve jurisdicciones con que cuenta el sector salud, como ya se había mencionado<sup>15</sup>. La Jurisdicción Altos, con un 60% de población indígena en condiciones de muy alta marginalidad, según el censo del 95, contaba con 122,256 mujeres mayores de 15 años y la Fronteriza, con 10 municipios de alta marginación y dos de muy alta marginación, tiene 121,395 mujeres mayores de 15 años.

Se realizó un total de 54 entrevistas a prestadores de servicios de salud reproductiva en general, y se enviaron entrevistas para conocer las cifras de PAP realizados en los últimos años, y se documentaron asimismo las dificultades manifestadas por las mujeres que acuden al servicio de PAP.

Los prestadores de servicios consideran que los problemas más importantes para el acceso al PAP son los siguientes: deficiente capacitación del personal para proporcionar información a las mujeres sobre la necesidad de hacerse un PAP; falta de recursos financieros y promoción del programa; poco seguimiento de las pacientes con resultado positivo y tardanza en la entrega de resultados; referencia inadecuada a las clínicas de displasia y desconocimiento de sus servicios; horarios inconvenientes y largos tiempos de espera para la toma de las muestras.

En el diagnóstico realizado encontramos además que se carece de recursos materiales para realizar las tomas de PAP y de citotecnólogos, que son altos los costos del estudio para la población abierta (fluctúan entre 25 y 70 pesos en las instituciones de

---

<sup>15</sup> Este diagnóstico se realizó dentro del marco del CORSAR, que incluía a instituciones oficiales, como la SSA y el IMSS y 4 ONG: Colectivo de Encuentro entre Mujeres (COLEM), Promoción de Servicios Comunitarios (PROSECO), Investigación y Desarrollo Femenino (IDEFEM), y el Centro de Capacitación en Ecología y Salud Comunitaria (CCESC) de ambas jurisdicciones. (CORSAR, Diagnóstico de Calidad de la Atención, Centros de Investigaciones en Salud de Comitán, Chiapas, 1998).

salud). Con excepción de las derechohabientes, se entregan tardíamente los resultados (esta entrega ha tardado entre tres y ocho meses en algunas instituciones). Otros factores socioculturales que dificultan el que las mujeres se tomen el PAP son: desconocimiento del riesgo a su salud, temor a la violencia masculina, pudor que se complica por la falta de privacidad y largos tiempos de espera y costos de acceso a los centros de atención.

En el reporte de Consulta Externa del Hospital General llama la atención el hecho de que las mujeres con cáncer fluctúan entre los 23 años y los 68 años de edad (con metástasis). El tipo de cáncer va de epidermoide a invasor. La edad promedio fue de 44 años.<sup>16</sup>

El problema más grave es la tardanza de resultados, ya que sólo una institución entrega los resultados antes de dos semanas, el resto mencionó entre cuatro y ocho semanas, y el IMSS no lo estaba proporcionando porque sus tiempos de entrega podrían ser de seis y siete meses. En muchos casos, al no poder cumplir cabalmente su tarea, los médicos prefieren no tomar el PAP para no generar falsas expectativas, dado que nunca saben si regresará el resultado del laboratorio de Citología.

A las usuarias les disgusta el hecho de que sea personal masculino quien toma la muestra (el 17% es masculino); sólo el 20% contestó que se sintió en confianza, el resto mencionó molestias diversas y dolor. La mayoría (67%) dijo haber recibido información, aunque no saben decir de qué tipo. Sólo una de ellas menciona "que tenía inflamada la matriz". En cuanto a información a familiares, sólo al 30% de ellos, se les informó la fecha de entrega y de "las condiciones del cérvix". El tiempo de espera fue diverso, varió entre media hora y tres horas.

---

<sup>16</sup> En el mes que se destinó para entrevistar a las usuarias de PAP sólo hubo 12 casos, la edad de ellas fluctuó entre 16 y 44 años, en promedio 30. Todas con hijos. Sus primeros embarazos habían sido en promedio a los 18 años. Un dato interesante es que el 20% de ellas cuenta con trabajo remunerado, porcentaje mucho mayor al del resto de las usuarias del servicio de salud reproductiva. Con relación en la información y accesibilidad, las usuarias manifestaron que se proporciona suficiente información sobre el procedimiento y los resultados. En cambio los sistemas de referencia no son adecuados ya que no se envía nota más que en un 45% de los casos.

Yo no tenía nada de síntomas, fue sólo porque me tocaba hacerme el papanicolau que yo me di cuenta. Si no me hubiera hecho el PAP no sé qué habría pasado. Me descubrieron una displasia, me sentí preocupada. Me dijeron que eso podría convertirse en cáncer, que me podían quitar la matriz y me dio mucho miedo. Primero estuve en tratamiento varios meses, estuve 6 meses con pastillas, inyecciones y óvulos, no me acuerdo de qué, cosas como Flagyl y me estuve haciendo el PAP cada 2 meses, pero no cedía la displasia. Me hicieron una conificación, o sea que me quitaron del cuello de la matriz un conito para quitar la parte infectada. La verdad para mí fue bien difícil todo el tiempo, porque yo estaba cansada de estar tomando pastillas, poniéndome cosas, fueron como 6 meses y ya estaba cansada, fastidiada. Pero por otro lado sí era la preocupación de que me tenía que curar. Entonces es muy feo estar en ese tipo de tratamientos y ya lo último, la conificación, fue bastante dolorosa, la verdad sí, me dolió muchísimo, aunque dicen que el cuello de la matriz no duele. Yo no quisiera volver a pasar por lo mismo. Ahora sé que hay que usar el condón, porque hay muchas enfermedades que te lo puede causar un virus o cualquier cosa, o sea el cáncer de matriz, entonces hay que usar el condón y seguirme haciendo el PAP (Entrevista realizada por Graciela Freyermuth a Rosa, profesionista de 27 años con vida sexual activa, mayo de 1998).

Las dificultades que con más frecuencia mencionan las pacientes son: la falta de espacio privado para que se desvistan, que no siempre se tomó la muestra, y que los resultados tardan mucho en llegar, de que la prestadora se portó agresiva, que a la mujer se le dijo que "no sirvieron los resultados" como si fuera culpa suya y después de meses de venir a buscarlos, o bien que nunca llegaron los resultados y no le dieron los medicamentos que necesitaba.

## Cuadro 2

### Propuestas para mejorar la calidad de la atención en los servicios de PAP y de atención a CACU<sup>17</sup>

PROBLEMA	PROPUESTA
Carencia de personal de Citología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Mejorar la infraestructura de los lugares en donde trabajan .</li> <li>* Proporcionar personal auxiliar para desarrollar actividades complementarias,</li> <li>* Crear centros regionales en el Sureste para la capacitación de citotecnólogos</li> </ul>
Falta de insumos para la toma de muestras	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Dotación de materiales homogéneos para la toma de muestras.</li> </ul>
Alto porcentaje de muestras no útiles para la lectura adecuada	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Capacitar para la toma de muestras.</li> <li>* Sensibilizar y capacitar al personal médico.</li> </ul>
Bajo conocimiento de la norma relativa al CACU entre el personal institucional	
Baja receptividad del personal médico a las capacitaciones e informaciones en Salud Reproductiva.	
Falta de gratuidad real del PAP y de la atención posterior en caso de positividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Reducir costos y hacer efectiva la gratuidad en todas las instituciones oficiales y dar posibilidad a las ONGs, para acceder a los laboratorios de la SSA para su lectura.</li> </ul>
Falta de criterios uniformes para la referencia y contra-referencia de pacientes con CACU	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Definir un protocolo uniforme para la atención y seguimiento de las mujeres positiivas</li> </ul>
Falta de uniformidad y duplicidades en la información sobre CACU	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Formatos uniformes de reporte y concentración regional por la Secretaria de Salud</li> <li>* Hacer funcional el EPICACU en Chiapas.</li> <li>* Informar periódicamente a nivel regional sobre el CACU.</li> </ul>
Problemas de calidez, privacidad y confidencialidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Capacitar al personal de salud</li> <li>* Guías de verificación sobre la calidad de los servicios.</li> </ul>
No se promueve la participación masculina	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Difundir a los varones el concepto de CACU como una enfermedad de transmisión sexual.</li> <li>* Promover el apoyo y aceptación del PAP y su seguimiento posterior por parte de los varones</li> </ul>
Uso inadecuado y excesivo de histerectomías, por cáncer <i>in situ</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Promover mayor conciencia entre los médicos sobre los efectos secundarios físicos y psicológicos de la histerectomía.</li> </ul>

<sup>17</sup> Este diagnóstico realizado en colaboración con el Comité Regional de Salud Reproductiva del cual hemos presentado los resultados, culminó con una reunión de interlocución entre autoridades nacionales y estatales para presentar y comentar el diagnóstico y

Además de los problemas manifestados por los prestadores de servicios, cabe resaltar algunas razones por las que las mujeres siguen si acudir a hacerse el PAP, y cuando se lo hacen y obtienen un resultado positivo sin consejería, su resolución puede tener consecuencias fatales.

Desde hacía tiempo me venía sintiendo algo pesado el vientre, pero me daba vergüenza decir. También notaba que el flujo era más, que olía mal, pero no quería que me revisaran. ¿Cómo me iba yo a andar mostrando? Hasta que un día que pasó una enfermera ofreciendo hacer la prueba de cáncer, y convenció a algunos hombres que dejaran hacerse el *papanicolau* a sus mujeres. Me la hice, como era mujer pues, no me daba tanta pena aunque sí. De ahí me dijeron que tenía un tumor malo y que me iban a llevar a hacerme otras pruebas. Mi esposo no quería dejarme ir, porque quién le iba a preparar su comida y a cuidar los animalitos. A los niños se los dejé encargados a mi mamá, pero todo eso iba a salir muy caro. La dicha ONG me ofreció para el pasaje y los gastos y así fue que mé animé a ir. Pero de plano iba yo con mucha pena por mis hijitos. Luego fui a dar a Comitán, y de ahí me mandaron que a Tuxtla o Tapachula, que porque en Comitán no tienen lo necesario. En Tapachula me dijeron que mi cáncer estaba muy avanzado que tenía que estar yendo para que me radiaran cada mes y me dieran más medicina. Al principio sí fui como dos veces, pero luego ya no pude seguir porque estaba muy lejos. Era perder para mí y mi esposo o mi suegra varios días de trabajo, mucho gasto pues, por eso ya no estoy yendo. Tengo la esperanza de que con

---

buscar soluciones conjuntas. La reunión se llevó a cabo el 14 de octubre del 98, y asistieron autoridades de la Dirección General de Epidemiología, de Registro Epidemiológico y de Salud Reproductiva del DF, autoridades de todas las instituciones del Sector Salud en las dos regiones de trabajo, así como autoridades del Instituto de Salud de Chiapas y de la Dirección de Salud Reproductiva del Estado. Para ello se consensaron una serie de problemas y sus posibles propuestas por parte de las Organizaciones oficiales y ONG participantes: COLEM, PROSECO, IOFEM y CCESC.

esas 3 radiaciones me haya yo curado. Aunque he perdido peso, pues la verdad me da miedo ir ¿qué tal que sigue ahí el cáncer?. Ya mejor no salgo” (Eulalia, indígena de 45 años del municipio Las Margaritas).

### III. Comentarios finales.

**E**l objetivo de este estudio era analizar y monitorear los cambios sucedidos en el Programa de Detección de CACU después de El Cairo. Lo que podemos decir es que si bien ha habido cambios a nivel de la normatividad y mayor claridad en el manejo del problema a nivel epidemiológico, que ya es un primer paso, falta todavía su aplicación a nivel de los estados, fundamentalmente en aquellos de alta marginación como es Chiapas, donde los registros no reflejan la realidad del problema, y mucho menos se conocen sus datos, ya que la cobertura es del 2% de la población femenina.

El problema más grave recae en las mujeres de escasos recursos materiales y educativos, que tienen muy poco acceso a la prueba de PAP y se diagnostican muy tardíamente con las consecuencias anotadas antes.

Algo fundamental a tener en cuenta es la educación que reciben las mujeres sobre su cuerpo. Desde niñas se les dice que hay que callarse, no verse, no tocarse. Los genitales no se nombran, están prohibidos. Son para que algún día alguien tome propiedad de ella. Su cuerpo no le pertenece, es de otros. En consecuencia, para las mujeres que necesitan hacerse un examen de *papanicolaou* la situación se vuelve muy difícil, saben que serán examinadas, miradas, por una persona extraña. Si quien toma el PAP es hombre, crece la dificultad no sólo por ella, sino porque el esposo no le da permiso de acudir, no sabe en qué consiste la prueba, ni si le causará dolor o algún otro daño.

En el diagnóstico que realizamos encontramos que los médicos todavía ignoran que se requiere privacidad y rapidez en la atención. Que la mujer debe ser informada sobre qué se le va a hacer

y si desea que sea acompañada o que sea una mujer quien tome la muestra, proceder cuidadosamente a tomar la muestra, preguntándole siempre si tiene o no molestias por la toma.

Además de los problemas de la detección misma, la tardanza en la entrega de resultados hace que las mujeres acudan cada vez con menos confianza a estos servicios, ya que recibirán la respuesta muchos meses después y en ocasiones se les culpabiliza de que la muestra no haya servido, y así se cierra el círculo vicioso de la mala calidad de la atención.

Finalmente comentamos que dado que no existen presupuestos específicos para que las unidades de primer nivel puedan ofertar la prueba de PAP o por lo menos realizar oportunamente las que les llegan, el Programa de Detección de CACU en el estado de Chiapas no está cumpliendo cabalmente sus objetivos, y aunque se está repartiendo la Cartilla Nacional de la Mujer a quienes acuden a los servicios, hay pocas posibilidades de que se verifiquen los controles que la componen.

## Bibliografía

Bishop A, Wells E, Sherris J, Tsu V, Crock, *Cervical Cancer: evolving prevention strategies for developing countries*. Reproductive Health Matters 1995; 6:60-71.

Bol Of Panam 121(6). 1996

Cardona, Jorge A. Plan de Acción para la Vigilancia, Prevención, Tratamiento y Control del CACU en el IMSS. Datos presentados en el Coloquio sobre Cáncer Cérvico Uterino, 6 de julio, 1997, en María del Carmen Elú, *Coloquio sobre Cáncer Cérvico Uterino*. SSA, IMSS, ISSSTE, México, 1998

Comité Regional de Salud Reproductiva, *Diagnóstico de Calidad de la Atención*, Centros de Investigaciones en Salud de Comitán, CORSAR, Chiapas, 1998

- Comité Regional de Salud Reproductiva, *Calidad de la Atención en Salud Reproductiva. El Cáncer Cérvico Uterino*, CORSAR, Comitán, Chiapas, enero 1999
- Excelsior, 5,12,93. Datos documentados por la Red de Salud del DF. *Balance Sexenal*, 1994. mimeo.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Estadísticas Vitales del Estado de Chiapas. Núm. 3. INEGI. México, 1995
- Klimovsky, Matos E. El uso de la prueba de PAP por una población de Buenos Aires. *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)*, 1996: 121 (6):502-510
- Pérez Palacios, Gregorio. El Cáncer Cérvico Uterino en el programa de Salud Reproductiva, en María del Carmen Elú, *Coloquio sobre Cáncer Cérvico Uterino*. SSA, IMSS, ISSSTE, México, 1998
- Sayavedra, Gloria. "El poderío y la salud de las mujeres", en *Ser Mujer un riesgo para la salud*, Red de mujeres, 1996.
- Secretaría de Salud, Diagnóstico Situacional de Cáncer Cérvico Uterino, SSA 1997.

# Retos, realidades y acciones en torno a la muerte materna en los Altos de Chiapas. De las preparatorias de El Cairo hasta Beijing

Graciela Freyemuth y Victoria Jiménez<sup>1</sup>

## I. Introducción

**E**n la región de los Altos de Chiapas,<sup>2</sup> la muerte materna es un problema de salud relevante. Después de varias décadas de vigencia de los programas para la protección de la salud de las madres, pareciera que el Estado, a través de sus políticas, ha privilegiado más el control demográfico que la salud materna. En este documento exploramos la evolución de la muerte materna en el periodo que va de 1988 a 1995, para conocer los resultados de las políticas destinadas a disminuir la morbilidad y mortalidad materna.

En lo que se refiere a mortalidad materna, el panorama no es muy halagüeño, ya en 1994, México se encontraba entre los países con muy alta tasa (Reyes, 1994). Para ese año, las cifras oficiales de muerte materna eran de 5.43 por cada 10,000 nacidos vivos registrados, aunque algunos estudios revelaron un subregistro de hasta el 40% (La Jornada, 1993:15; Langer, 1993; Elú, 1994). El 94% (OPS, 1990 vol 1:128) de estas muertes son agrupadas bajo la denominación de causa obstétrica directa, que son

---

<sup>1</sup> Graciela Freyemuth, investigadora del CIESAS Sureste, es autora de este texto e integrante del Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población. Victoria Jiménez elaboró los cuadros estadísticos.

<sup>2</sup> En este trabajo se consideran los siguientes municipios indígenas de la Región Altos: Altamirano, Amatenango del Valle, Chalchihuitán, Chamula, Chanal. Chenalhó, Huixtán, Larrainzar, Mitontic, Oxchuc, Pantelhó, San Juan Cancuc, Tenejapa y Zinacantán de acuerdo a la clasificación de INEGI.

esencialmente prevenibles, lo cual revelaba los limitados alcances de los esfuerzos nacionales encaminados a su reducción.

Frecuentemente, la demanda de atención obstétrica institucional de las mujeres de las zonas rurales en Chiapas se da en situaciones de gravedad extrema, esta demanda tardía se origina en una serie de elementos que tienen que ver con la posición de la mujer en su familia y su comunidad: las concepciones de la población indígena sobre complicaciones durante la maternidad; las dificultades económicas, sociales y culturales para tener acceso a los servicios de salud, ya que el racismo que impera en las instituciones y el poco conocimiento o interés del personal de salud sobre las ideas de las indígenas respecto a su cuerpo y a su sexualidad contribuyen a ésto. La atención brindada puede ser poco sensible y de calidad deficiente, lo que se traduce en tratos agresivos e incomprensibles para las mujeres. La pertenencia de estas pacientes a un grupo subalterno, en su calidad de mujeres e indígenas, ha determinado que se conciban frecuentemente como inferiores, inhábiles o ignorantes, lo que les dificulta interactuar con el personal de salud.

Tanto en El Cairo como en Beijing se reconocieron las circunstancias que contribuyen y dan cuenta de la inequidad entre los géneros. Para los fines de este trabajo nos interesa, resaltar los siguientes aspectos:<sup>3</sup> el poco poder y escasas posibilidades de las mujeres en la toma de decisiones en ciertos contextos culturales; mostrar que la mayoría de los casos de la morbilidad y la mortalidad maternas se deben a la falta de servicios obstétricos de emergencia y a abortos mal practicados; y señalar que los indicadores de éxito de los programas se centran más en evaluaciones de tipo cuantitativo que en análisis sobre el bienestar de las mujeres y sus familias.

Los archivos de las oficialías del registro civil de los Altos de Chiapas permiten ver si están cumpliéndose tres de los objetivos de Beijing y El Cairo: reducir la morbilidad y mortalidad materna, en el año 2000 a la mitad de los niveles de 1990 y reducirla nuevamente

---

<sup>3</sup> Tomado de Franzoni; 1996:21

a la mitad para el año 2015. Debiendo atenuarse las disparidades de la muerte materna entre los países, regiones geográficas y grupos étnicos; garantizar el acceso universal a servicios de salud, aceptables y cómodos para todas las usuarias, asegurando la cobertura, utilización y calidad de los servicios de salud reproductiva; mejorar la calidad y el alcance de la información básica, tanto en los datos esenciales sobre natalidad y mortalidad como en la información desglosada por género y etnia.

## II. Panorama Mundial

**F**amily Care International (1998a) (organismo internacional dedicado a la promoción de una maternidad sin riesgos), señaló que 1,600 mujeres mueren diariamente en el mundo por complicaciones durante el embarazo y el parto.

### Cuadro 1

Riesgo que tiene una mujer de morir por la maternidad durante todo el ciclo de vida reproductiva

Región	Riesgo de morir
Africa	1 en 16
Asia	1 en 65
América Latina y el Caribe	1 en 130
Europa	1 en 1400
Todos los países en desarrollo	1 en 48
Todos los países desarrollados	1 en 1800

Fuente: *Family Care International* 1998a.

Esto significa que por lo menos 585 mil mujeres mueren anualmente por dichas causas. Casi el 90% de estas muertes ocurren en Asia y África Sud Sahariana; el 10% en otras regiones en desarrollo y menos del 1% en países desarrollados (Family Care, 1998a).

La tasa mundial de muerte materna es de 43/10,000 nacidos vivos. En los países en desarrollo es de 48/10,000 y en los países desarrollados es de 2.7/10,000. Las principales causas de muerte a escala mundial son la hemorragia grave, la infección y el aborto

inseguro. La mayoría de estas muertes podrían prevenirse si las mujeres tuvieran acceso a atención médica básica, y de buena calidad, durante la maternidad.

## Cuadro 2

Causas de mortalidad materna en el mundo, 1997

Causa	Porcentaje
Hemorragia grave	25
Infección	15
Aborto inseguro	13
Eclampsia	12
Parto obstruido	8
Causas indirectas	20
Otras causas directas	7
Total	100

Fuente: Family Care International (1998a).

De acuerdo con Family Care (1998a) en los países en desarrollo 65% de las mujeres acude por lo menos a una consulta prenatal y 53% da a luz con la ayuda de un asistente calificado. El posparto es el periodo con menos cuidados especializados ya que se ha reportado que únicamente entre 5% y 30% de las mujeres son valoradas después del parto.

### III. Panorama nacional

**L**a mortalidad materna en México muestra una tendencia descendente, sin embargo continúa siendo elevada. En el conjunto de países de América, México se encontraba, para 1994,<sup>4</sup> entre los que registraban una alta tasa de mortalidad materna.

En México, la muerte materna no se da en la misma proporción en todos los estados. Sobre la base de las tasas de muerte materna de 1937 a 1991, Sandra Reyes Fraustro (1994) conformó cuatro regiones que clasificó como de baja, mediana, alta y muy

<sup>4</sup> En 1996, México pasó al grupo de países con mortalidad media cfr. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgo, pág. 2.

alta mortalidad materna. Tomando como referencia la región de baja mortalidad materna, se observa que la probabilidad de morir durante la maternidad es 20% superior en la región clasificada como de mortalidad media; aumenta a 50% en la de mortalidad alta y a 90% en la clasificada como muy alta. Chiapas se encuentra en este último rango. En otras palabras, por cada 10 muertes maternas que ocurren en la región clasificada como de baja mortalidad, ocurren 12 en la de media, 15 en la de alta y 19 en la de muy alta.

Cuando se analizan las causas que ocasionan la muerte materna, llama la atención que a escala nacional la enfermedad hipertensiva del embarazo tiene una elevada proporción, esto puede señalar una mayor cobertura de los servicios de salud ya que dicho diagnóstico es realizado por personal de salud formado en el ámbito de la medicina occidental.

### Cuadro 3

#### Regionalización de la muerte materna en México, 1937-1991

Región	Estados
Baja mortalidad:	Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila, Distrito Federal y Nuevo León.
Mediana mortalidad:	Baja California, Campeche, Durango, Jalisco, Morelos, Nayarit, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala y Yucatán.
Alta mortalidad:	Colima, Chihuahua, Guanajuato, Guerrero, México, Michoacán, Tabasco y Zacatecas.
Muy alta mortalidad:	Chiapas, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí y Veracruz.

Fuente: Reyes Fraustro, Sandra. *Mortalidad Materna en México*, 1994.

### Cuadro 4

#### México, proporción de casos de muerte materna por causa, 1991

Causa	Porcentaje
Enfermedad hipertensiva del embarazo	24.5
Hemorragia	23.2
Parto obstruido	18.3
Aborto	7.8
Sepsis	4.6
Otras	21.6
Total	100.0

Fuente: Reyes Fraustro, Sandra. *Mortalidad materna en México*, 1994.

#### IV. Panorama Estatal

**E**l Consejo Estatal de Población (COESPO) reconoce que la mortalidad materna es uno de los principales problemas de salud reproductiva en la entidad. De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), en 1990, la tasa de mortalidad materna (TMM)<sup>5</sup> se estimó en 13 muertes por 10,000 nacidos vivos y para 1995 en 9/10,000; sin embargo el Coespo reporta una TMM de 6.5 por 10,000 nacidos vivos para ese año, pero reconoce que el registro de muertes maternas está muy lejos de ser perfecto y que el problema pudiera ser de mayor magnitud. La poca confiabilidad del registro de las muertes maternas en el estado expresa una insuficiencia en la cobertura y calidad de los servicios de salud reproductiva que se otorgan a las mujeres.

#### Cuadro 5

Tasa de muerte materna por región. Chiapas 1990-1995

Regiones	Tasa de mortalidad materna	
	1990	1995
Sierra	25	15
Altos	21	18
Soconusco	16	12
Frailesca	13	9
Fronteriza	10	9
Centro	10	3
Selva	9	9
Norte	7	9
Istmo-Costa	3	3
Chiapas	13	9

\* Incluye los municipios mestizos de San Cristóbal de las Casas, Villa las Rosas y Teopisca.  
Fuente: Estadísticas Vitales de INEGI.

<sup>5</sup> Es el cociente que tiene como numerador el número de muertes maternas y como denominador el número de nacidos vivos.

En 1995, el INEGI reportó 95 muertes maternas en el estado de Chiapas, 17 de ellas ocurrieron en la región Altos, es decir el 18% de ese total. El cuadro 6 nos muestra el número de defunciones registradas de 89 a 95 en cada una de las nueve regiones, ahí se observa que para 1995 la zona Altos sube del segundo al primer lugar y aunque se lee una disminución casi general de la muerte materna, ésta no se da de la misma manera que en el Soconusco, la Frailesca, la Sierra y la zona Centro. Llama la atención lo que sucede en la Sierra, una de las regiones más pobres del estado, donde el decremento de la muerte materna pueda tener relación con que el repunte en los últimos años han tenido los precios del café (en esa zona se encuentran las organizaciones cafetaleras [sociales] más importantes, económicamente hablando) y con que sus habitantes han empezado a migrar hacia los Estados Unidos, donde obtienen más ingresos. Si esta tendencia regional fuera común al estado podría llegar a las metas planteadas en El Cairo.

#### Cuadro 6

Defunciones por causas maternas por región. Chiapas 1989-1995

Región	1989-1990	1991-1993	1994-1995	1989-1995
Soconusco	48	50	32	130
Altos*	27	55	36	118
Selva	28	59	24	111
Centro	31	41	17	89
Norte	23	28	23	74
Fronteriza	18	32	18	68
Sierra	19	17	15	51
Frailesca	11	19	7	37
Istmo-Costa	9	10	3	22
Total	214	311	175	700

\* Incluye los municipios mestizos de San Cristóbal de las Casas, Villa las Rosas y Teopisca.  
Fuente: Estadísticas Vitales de INEGI.

## V. Los Altos de Chiapas

### Las acciones en el registro civil

**E**l registro de las defunciones es parte de una gran variedad de acciones civiles con las que los individuos ejercen su potestad<sup>6</sup> para dar forma a sus relaciones jurídicas. Los actos que cambian el estado civil de las personas deben estar autorizados y consignados por el Registro Civil. En el derecho nacional, la igualdad es una conquista jurídica que asegura sólo formalmente los principios éticos de justicia e igualdad, atropellados en la práctica por la ley del más fuerte. Estos principios no son reales ya que el derecho nacional no reconoce las diferencias de los grupos indígenas (Freyermuth, Fernández;1997).

En los registros de muerte del Registro Civil destaca entre los fallecidos indígenas un alto analfabetismo y analfabetismo funcional; un limitado acceso (en vida) a la seguridad social (cuadro 7); la inexistencia y/o carencia de servicios médicos mínimos para atender a la población enferma o, hasta antes de 1994, para extender siguiera certificados de defunción. La frecuente ausencia de autoridades responsables en casos de muerte violenta y otras serias irregularidades de reconocimiento y registro de las acciones civiles, incide decisivamente en esto.<sup>7</sup>

#### Cuadro 7

Porcentaje de mujeres y hombres derechohabientes en Municipios indígenas\* de los Altos de Chiapas, 1989-1995

	Mujeres			Hombres		
	1989-1990	1991-1993	1994-1995	1989-1990	1991-1993	1994-1995
Derechohabiente	0.33%	1.62%	2.76%	0.79%	2.00%	3.13%

\* Se excluyen los municipios mestizos de San Cristóbal de las Casas, Villa las Rosas y Teopisca.  
Fuente: Estadísticas vitales de INEGI

<sup>6</sup> Se entiende por potestad al dominio, autoridad, facultades y derechos, que poseen los gobernados para exigir la prestación jurisdiccional, la cual, es un derecho constitucional.

<sup>7</sup> En 1969 Ulrich Kölber señalaba que la autonomía indígena se manifestaba con especial claridad en lo que se refería a la administración de justicia cfr. Kölher, 1975:63

## Cuadro 8

Porcentaje de mujeres y hombres que recibieron atención médica antes de su muerte. Municipios indígenas\* de los Altos de Chiapas, 1989-1995

Año	Mujeres			Hombres		
	1989-1990	1991-1993	1994-1995	1989-1990	1991-1993	1994-1995
No recibió/no especificado**	93.77	80.43	78.01	90.38	77.89	78.80
Sí recibió	6.23	19.57	21.99	9.62	22.11	21.20

\* Se excluyen los municipios mestizos de San Cristóbal de las Casas, Villa las Rosas y Teopisca.

\*\*De acuerdo a los archivos de la SSA en 1991 y a los de oficinas del Registro Civil en 1988-1995, el no especificado corresponde a falta de atención médica.

Fuente: Estadísticas vitales de INEGI.

El siguiente cuadro indica que el número de certificados de defunción expedidos por un médico hasta 1990, no correspondía ni al 20% de las muertes, aunque aumenta un 53% en el periodo 1990-1993 y a 66% entre 1994 y 1995. Esto no significa que los y las fallecidas que contaron con certificado hayan tenido atención médica antes de morir, para 1991 el 70% de los difuntos con cer-

## Cuadro 9

Certificación de muertes de la población de 10 años y más en los Altos\* según persona que certificó, 1988-1995

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994 <sup>3</sup>	1995 <sup>3</sup>	Total
Sin certificado	664	801	692	454	181	326	0	0	3,118
Médico	119	148	165	335	523	412	594	736	3,032
No se especifica	10	21	0	3	20	30	98	38	220
Enfermera	4	0	0	8	15	35	0	0	62
Técnico en salud comunitaria	0	0	0	21	29	5	0	0	55
Persona autorizada por la SSA	0	0	28	0	17	98	258	266	667
Juez Municipal	1	0	3	16	6	2	0	0	28
Auxiliar médico	0	0	0	7	2	2	0	0	11
Promotor de salud	0	0	0	0	8	1	0	0	9
Presidente Municipal	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Agente del Ministerio Público	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Total	798	970	889	844	802	911	950	1,040	7,204

<sup>3</sup> Estadísticas vitales de INEGI, base de datos disponible en internet.

\*Se consideraron los municipios de Altamirano, Amatenango del Valle, Chalchihuitán, Chamula, Chanal. Chenalhó, Huixtán, Larrainzar, Mitontic, Oxchuc, Pantelhó, San Juan Cancuc, Tenejapa y Zinacantán.

tificado no recibieron atención médica. Desde 1994, por norma, no se expiden actas de defunción sin certificado.

Debe señalarse que los certificados médicos se envían desde las oficialías a la Secretaría de Salud y en este proceso se pierden muchos. Más del 50% son expedidos por personal no calificado y seguramente con errores u omisiones tales que son desechados en la misma Secretaría. Así, de los correspondientes a 1991 menos del 50% estaba disponible (ver cuadro 10).

### Cuadro 10

Número de defunciones\* según persona que certificó. Registro Civil y Secretaría de Salud 1991. Municipios indígenas\*\* de los Altos de Chiapas.

Certificó	Actas con certificados en el Registro civil	Certificados disponibles en la Secretaría de Salud
Médico	578	228
Autoridad Civil /personal autorizados/ y por oficiales del registro civil	578	169
Total	1156	397

\*En este cuadro, el total para 1991, es diferente del cuadro anterior porque aquí se incluyen defunciones de menores de 10 años.

\*\*Altamirano, Amatenango del Valle, Chalchihután, Chamula, Chanal. Chenalhó, Huixtán, Larrainzar, Mitontic, Oxchuc, Pantelhó, San Juan Cancuc, Tenejapa y Zinacantán.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de las Oficialías del Registro Civil.

Dado que la Secretaría de Salud parte de una visión occidental de la enfermedad, enfrenta dificultades para interpretar los datos del Registro Civil. En su afán de obtener estadísticas que registren las causas de muerte dentro de un formato que posibilite la comparación a escala nacional, elimina toda la información que no cumple con estos requisitos y deja fuera gran cantidad de "papeles no oficiales" con información valiosa sobre la forma de morir en los Altos, pero sin el formato oficial de certificado.

A partir de 1992, la Dirección del Registro Civil Estatal comenzó a presionar fuertemente a las Oficialías Municipales del Registro Civil para que no expidieran actas de defunción sin la certificación médica correspondiente o, en su defecto, por personal autorizado

por la SSA. Los resultados de esta campaña se aprecian en la evolución de la certificación hasta 1995 (cuadro 9). Esta norma fue asumida casi por la totalidad de los municipios estudiados (con excepción de Chamula), con la consiguiente disminución de actas de defunción expedidas en algunos de los municipios.

Paradójicamente de 1992 a 1993 (cuadro 11) el personal médico se redujo. Es decir, no hubo mejora en los servicios o infraestructura de salud: Es hasta 1994 y 1995, después del movimiento zapatista -que aumentó el número de médicos en la región-, cuando se aprecia una mejora en las formas de registro de las defunciones.

### Cuadro 11

Número de Médicos por municipio e institución en los Altos de Chiapas, 1988 y 1992- 1995

Municipio	1988	1992	1993	1994	1995
Altamirano	1	5	4	20	26
Amatenango del Valle	2	2	2	2	6
Chalchihuitán	1	2	2	6	4
Chamula	7	12	10	13	20
Chanal	2	2	0	1	1
Chenalhó	6	6	5	6	9
Huixtán	4	5	5	6	8
Larrazar	3	2	1	1	6
Mitontic	3	1	1	3	4
Oxchuc	1	6	5	11	16
Pantelhó	3	5	3	4	6
San Juan Cancuc	-	-	-	3	5
Tenejapa	7	5	4	7	8
Zinacantan	3	5	3	3	6

Fuente: Anuarios estadísticos de Chiapas 1993, 1994, 1995, 1996.

La diferencia entre lo que las instancias oficiales de salud esperan y lo que la población declara ha determinado que los oficiales del registro civil, la mayoría indígenas del mismo grupo étnico, jueguen el papel de intermediarios entre dos culturas. Ellos

saben que "no se debe" asentar las causas que tradicionalmente causan la muerte (mal de ojo, *poshlom*, alteración, hinchazón, etc.), pues esto sería calificado como incompetencia o ignorancia. En consecuencia, deben traducir los síndromes tradicionales a entidades oficialmente aceptadas, o que no son cuestionadas por las autoridades de la Ssa. Además, consideran que la muerte es privada, que no es posible indagar demasiado a riesgo de herir la susceptibilidad de la población. Las nosologías quedan entonces sustituidas por términos "aceptables", pero inespecíficos o erróneos. Así, las causas de muerte muchas veces dependen del oficial del registro civil, el promotor, o el médico que las consignan y asientan. Los perfiles patológicos varían entonces según el criterio de quién certifica, del periodo y del lugar.

En los cuadros 12 y 13 podemos reconocer las causas de muerte registradas para dos periodos, 1989-1992 y 1994-1995 proceden de fuentes distintas: para 1989-1992, de las oficialías del registro civil, en las que se respetó, en lo posible, la forma en que se asenta-

## Cuadro 12

Principales causas de muerte de la población femenina de 10 años y más en los Altos\* de Chiapas. 1988-1992 y 1994-1995

1988-1992		1994-1995	
Causa	Porcentaje	Causa	Porcentaje
Hinchazón	12.09	Infecciones intestinales mal definidas	11.71
Calentura	10.12	Neumonía	11.60
Diarrea	8.80	Paro cardiaco	7.18
Gastroenteritis	7.11	Desnutrición	5.19
Tuberculosis	4.52	Tuberculosis	5.08
Bronconeumonía	3.76	Insuficiencia renal	5.08
Tos	3.48	Insuficiencia cardiaca	4.86
Muerte materna	3.39	Muerte materna	3.86
Vómito	2.92	Amibiasis	3.09
Deshidratación	2.16	Senilidad	2.87
Otras	41.65	Otras	39.48

\* Excluye los municipios mestizos de San Cristóbal de las Casas, Villa las Rosas y Teopisca. Fuente:Elaboración nuestra a partir del trabajo de archivo realizado en las Oficialías del Registro Civil de la Región y de Estadística Vitales de INEGI.

ron las causas de muerte; para 1994-1995 las cifras están clasificadas según la Novena Clasificación de Enfermedades.

### Cuadro 13

Principales causas de muerte de la población masculina de 10 y más años en los Altos de Chiapas.\* 1988-1992 y 1994-1995

1988-1992		1994-1995	
Causa	Porcentaje	Causa	Porcentaje
Diarrea	9.36	Infección intestinal mal definida	9.49
Calentura	8.90	Neumonía	9.22
Hinchazón	7.95	Envenenamiento por drogas, medicamentos y productos biológicos	5.62
Gastroenteritis	5.59	Tuberculosis	5.62
Alcoholismo	4.68	Paro cardíaco	5.44
Tuberculosis	4.54	Desnutrición	5.16
Tos	3.95	Contusiones múltiples	4.88
Bronconeumonía	3.63	Infarto agudo al miocardio	3.50
Disenteria	2.68	Insuficiencia cardíaca	3.13
Muerte violenta	2.63	Cirrosis hepática alcohólica	3.04
Otras	46.09	Otras	44.9

\* Excluye los municipios mestizos de San Cristóbal de las Casas, Villa las Rosas y Teopisca.  
Fuente:Elaboración propia a partir de datos de las Oficinas del Registro Civil de la Región.

En el primer periodo se reporta que las primeras diez causas de muerte de hombres y mujeres son padecimientos que corresponden más a las nosologías indígenas, que para la medicina occidental serían signos y síntomas mal definidos; en el segundo, las causas de muerte corresponden a síndromes clasificados desde la perspectiva de la medicina occidental. Este cambio corresponde más al proceso de certificación que al de atención médica. Si observamos, las causas de muerte son similares, un perfil que corresponde más a las causas de muerte de los niños a escala nacional que al de los adultos. La mayoría de muertes ocurre por enfermedades curables, como gastroenteritis, neumonía y tuberculosis. A partir de la certificación se incluyen padecimientos cardiovasculares que son más frecuentes en sociedades en transición epidemiológica, mientras que por otro lado aparecen la desnutrición y los envenenamientos entre hombres, padecimientos posiblemente relacionados

con el mal manejo de herbicidas. La muerte materna también se encuentra entre las primeras diez y permanece en la misma posición en los dos periodos estudiados. En los hombres continúan como principales causas de fallecimiento el alcoholismo y la muerte violenta. Esta última cambia de posición y pasa de la décima a la séptima causa en el segundo periodo.

En 1991, la tasa de mortalidad femenina, mostraba algunas particularidades: para las mujeres de la región del grupo de 15-49 años el riesgo de morir fue dos veces mayor que el de las mexicanas en su conjunto, y una y media mayor que el de las chiapanecas. En el mismo año, como ocurría en la mayor parte del mundo,<sup>8</sup> las mujeres de México tenían una tasa de mortalidad menor que la de sus pares masculinos. Los hombres mexicanos mueren dos veces más que las mujeres (cuadro 15), y los chiapanecos siguen también esta tendencia (mueren 1.63 veces más que sus pares femeninas). Sin embargo, en la región las mujeres mueren en la misma proporción que los hombres (1.01). En 1991, los hombres, como las mujeres, no tienen mayor riesgo de muerte por vivir en la región; de hecho la tasa es menor que la de sus pares en el ámbito nacional y estatal. Para 1995, aunque siguen las mismas tendencias, el riesgo de muerte para la población masculina se incrementa 1.5 veces más que el de las mujeres de la región. Asimismo, mueren 1.5 veces más que sus pares masculinos a escala nacional y 1.27 más que sus pares estatales.

Como muestra el cuadro 14, las tasas de mortalidad disminuyen, de periodo a periodo, tanto en el ámbito nacional como al estatal. Sin embargo, a escala regional estas tasas se incrementan. Esto indica un aumento de la mortalidad en el periodo de 1994-1995 más dramático en hombres que en mujeres, posiblemente relacionado con el conflicto armado y los problemas sociales de la región.

---

<sup>8</sup> Con relación en la mortalidad diferencial entre hombres y mujeres en el mundo Cfr. Banco Mundial (1993). cuadro A3. En todos los países del mundo exceptuando Afganistán, las tasas de mortalidad para la población adulta son mayores en hombre que en mujeres. En Afganistán las tasas de mortalidad son las mismas. Para datos más recientes confrontar para Estados Unidos, Canada y México Tuljapurkar y Boe, 1998 para la mortalidad diferencial por grupos de edad para Latinoamérica Cfr. Gómez Gómez 1993, 36-38; Henríquez Mueller y Yunes, 1993, 54-55).

## Cuadro 14

Tasas de mortalidad en el grupo de edad de 15-49 años, por sexo.  
1991 y 1995

1991	Tasa de mortalidad por 100,000 habitantes		
	Mujeres	Hombres	Total
Nacional	127	298	300
Chiapas	184	301	244
Región* Altos, Chiapas	261	259	260
1995			
Nacional	111	280	193
Chiapas	154	330	240
Región* Altos, Chiapas	279	422	348

\* Excluye los municipios mestizos de San Cristóbal de las Casas, Villa las Rosas y Teopisca.  
Fuente: Elaboración propia a partir de información del XI Censo de población y vivienda. Mortalidad 91, Estadísticas vitales 1991, actas de defunción de las Oficinas del Registro Civil de los Municipios de la Región y Estadísticas vitales de INEGI.

## Cuadro 15

Relaciones entre tasas de mortalidad femenina y masculina para el grupo de edad 15-49 años. México, Chiapas y Región Altos,  
1991 y 1995

Relaciones	1991	1995
Masc.Nal./Fem.Nal.	2.34	2.53
Masc. Estatal/Fem. Estatal	1.63	2.14
Masc. Reg./Fem. Reg.	1.01	1.51
Fem.Reg./Fem. Nal.	2.05	2.52
Fem.Reg./Fem.Est.	1.42	1.81
Masc.Reg./Masc.Nal.	0.87	1.51
Masc.Reg./Masc.Est.	0.86	1.28

Fuente: Elaboración propia con base en el cuadro 14

### La muerte materna en los Altos de Chiapas

En los Altos de Chiapas, la muerte materna persiste como un problema de salud pública. Todavía se presenta una tasa de muerte materna de 40/10,000 nacidos vivos (cuadro 16 y gráfica 1) lo que refleja un rezago de más de 20 años en atención a la salud. La tasa regional para el periodo de 1988-1995 es de 20/10,000, es

decir, poco mas de tres veces la nacional. Esto es preocupante si consideramos que el 90% de las muertes maternas puede prevenirse con atención suficiente y de calidad.

## Cuadro 16

Tasa de muerte materna en los Altos Chiapas por municipio y trienio.  
1989-1993

Municipio	Muerte materna por cada 100,000 nacidos vivos			
	1988-1990	1991-1993	1994-1995	1988-1995
Altamirano	7	40	10	20
Amatenango del Valle	0	0	32	8
Cancuc	16	18	21	18
Chalchihuitán	0	0	57	15
Chamula	2	13	16	10
Chanal	24	11	17	17
Chenalhó	7	29	32	22
Huixtán*	13	18	17	16
Larrazar*	34	46	0	30
Mitontic	0	0	22	6
Oxchuc*	36	9	8	19
Pantelhó	33	12	11	20
Tenejapa	19	32	16	23
Zinacantán	23	16	23	20
Región	16	19	34	20

\* Para 1993 se tomo la información de Estadísticas Vitales de INEGI.

Fuente: Elaboración propia con base en información del XI Censo de población y vivienda y del archivo de las Oficialías del Registro Civil.

Las diferencias en las tasas de muerte materna nos pueden dar pistas sobre las formas en que la población o las instituciones se han ido organizando para la atención de la salud y sobre los recursos de que dispone para ello, sean comunitarios, de las iglesias o gubernamentales. Por ejemplo, el menor número de muertes maternas entre 1988 y 1993 corresponde a los municipios de Amatenango del Valle, Mitontic y Chalchihuitán con una incidencia de cero muertes, y la más alta en el municipio de Oxchuc con 15 defunciones (cuadro 17).

## Cuadro 17

### Muertes maternas en Los Altos.\* 1988-1993

Municipio	Defunciones	Porcentaje
Altamirano	7	7.37
Amatenango del Valle	0	0.00
Cancuc	9	9.47
Chalchihuitán	0	0.00
Chamula	7	7.37
Chana'á	3	3.16
Chenalhó	11	11.59
Huixtán**	5	5.26
Larráinzar**	12	12.63
Mitontic	0	0.00
Oxchuc**	15	15.79
Pantelhó	5	5.26
Tenejapa	14	14.74
Zinacantán	7	7.37
Total	95	100.00

\*Sólo incluye los municipios señalados.

\*\* Para el año 1993 la información se obtuvo de Estadísticas vitales de INEGI.

Fuente: Elaboración propia a partir del archivo de las Oficialías del Registro Civil.

En este caso la muerte materna no sirve –según sugerencia de otros autores (Langer; 1993: 10)- como un indicador fiel del grado de bienestar social. Chalchihuitán es un ejemplo donde prácticamente no existe la certificación de las muertes (en general) para ese lapso. En cambio, Oxchuc cuenta con una mayor organización alrededor de la salud,<sup>9</sup> merced a una extensa red de promotores -muchos de ellos formados por los grupos religiosos-, quienes se encargan de la primera certificación de la causa de muerte, lo que resulta en un mejor registro y en tasas aparentemente más elevadas de mortalidad materna (cuadro 16).

<sup>9</sup> Desde la década de los cincuenta, Oxchuc ha tenido influencia de la Iglesia Presbiteriana, la cual, entre otras cosas, se encargó de la capacitación de promotores de salud. Posteriormente la Iglesia Católica ha participado también, relevantemente, en la capacitación de personal de salud. Cfr. Freyermuth;1993.

Entre 1988 y 1993, con el fin de reconocer la magnitud del subregistro en el municipio de Chenalhó realizamos un seguimiento de 40 mujeres fallecidas en edad reproductiva, encontrando que por cada muerte materna registrada existía otra, pero registrada de manera errónea (Freyermuth, Garza, 1996). De estas mujeres solamente el 10% había buscado atención médica, el resto fue tratada con medicina indígena. Un hallazgo interesante fue la presencia de un subregistro aún mayor de muertes por causas obstétricas indirectas o durante el puerperio. Los familiares cercanos no habían relacionado estos fallecimientos con el posparto o el embarazo.

Para los años de 1994 y 1995 se incrementaron las tasas de muerte materna en la región a casi del doble de las observadas en el periodo 1988-1993. Las más elevadas se ubicaron en los municipios que el periodo anterior no registraron ninguna muerte, como Chalchihuitán, Amatenango de Valle y Mitontic. Este incremento es similar al subregistro observado para el mismo periodo en el caso de Chenalhó, sin embargo si sólo se debiera al subregistro se esperaría un aumento en las muertes maternas ocurridas durante el embarazo y el puerperio y no en el parto, como sucede. Aunque esto puede reflejar un mejor sistema de registro en las Oficialías no se debe descartar que haya aparecido un riesgo nuevo, como el de la muerte asociada a complicaciones por el uso inadecuado de ocitócicos.<sup>10</sup>

### **Atención médica antes de morir**

En cuanto a la atención médica, los datos del trabajo de campo en el municipio de Chenalhó concuerdan con lo obtenido en las bases de datos que integran el cuadro 18, donde se aprecia que en el periodo de 1989-1990, las mujeres fallecidas no contaron con atención médica durante el proceso que las llevó a la muerte. Para 1991-

---

<sup>10</sup> La ocitocina es un medicamento de empleo delicado que estimula la contractibilidad uterina, puede utilizarse en los hospitales para la inducción o conducción del parto en situaciones especiales, y se administra después de la salida de la placenta para evitar el sangrado posparto. En las comunidades de los Altos está siendo utilizada rutinariamente antes de la salida del bebé, para "apurar el parto".

1993 este porcentaje se incrementó al 11.11%, y creció al triple en el periodo 1994-1995. Las mujeres reciben menos atención médica que sus pares masculinos (cuadro 8).

### Cuadro 18

Porcentaje de defunciones por causas maternas que contaron con atención médica, 1988-1995

	1989-1990	1991-1993	1994-1995	1989-1995
Si tuvo atención médica	0.00	11.11	34.29	16.83
No tuvo atención médica	100.00	88.89	65.71	83.17
Total	100.00	100.00	100.00	100.00

Fuente: Estadísticas Vitales de INEGI.

### Cuadro 19

Certificación de las muertes maternas en la región\* de los Altos, 1988-1995

	Defunciones			Porcentaje		
	1988-1990	1991-1993	1994-1995 <sup>a</sup>	1988-1990	1991-1993	1994-1995
Médico	17	35	20	40.5	66	56.1
Sin certificado	23	8	-	54.7	15.1	-
Técnico en salud comunitaria	-	3	-	-	5.7	-
No especificado	2	1	5	4.8	1.9	14.3
Enfermera	-	1	-	-	1.9	-
Promotor de salud	-	1	-	-	1.9	-
Persona autorizada por la SSA	-	3	10	-	5.7	28.6
Auxiliar médico	-	1	-	-	1.9	-
Total	42	53	35	100.0	100.0	100.0

\*En este caso, cuando hablamos de la región nos referimos a los municipios de Altamirano, Amatenango del Valle, Cancuc, Chalchihuitán, Chamula, Chanal, Chenalhó, Huixtán, Larrainzar, Mitontic, Oxchuc, Pantelhó, Tenejapa y Zinacantán.

<sup>a</sup> La información del periodo 1994-1995 fue tomada de Estadísticas vitales de INEGI.

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de archivo en las Oficinas del Registro Civil señaladas en \* y Estadísticas Vitales de INEGI.

## Cuadro 20

### Causas de muerte materna en la región\* de los Altos, 1988-1995

Causa	Defunciones			
	1988-1990	1991-1993	1994-1995 <sup>a</sup>	1988-1995
<b>EMBARAZO</b>				
Probable aborto	4	8	-	12
Aborto	2	3	2	7
Embarazo	-	3	-	3
Embarazo ectópico	-	1	-	1
Subtotal	6	15	2	23
<b>PARTO</b>				
Parto	21	13	14	48
Hemorragia posparto	5	10	5	20
Retención placentaria	2	4	-	6
Distocia de presentación	1	1	1	3
Hemorragia transparto	-	2	-	2
Desprendimiento de placenta	1	-	4	5
Placenta previa	-	1	-	1
Subtotal	30	31	24	85
<b>PUERPERIO</b>				
Fiebre puerperal	2	3	3	8
Restos placentarios	1	2	-	3
Puerperio	1	1	3	5
Subtotal	4	6	6	16
<b>OTRAS</b>				
Toxemia	1	1	2	4
Ruptura uterina	1	-	-	1
Subtotal	2	1	2	4
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>130</b>

\* En este caso, cuando hablamos de la región nos referimos a los municipios de Altamirano, Amatenango del Valle, Cancuc, Chalchihuitán, Chamula, Chanal, Chenalhó, Huixtán, Larrainzar, Mitontic, Oxchuc, Pantelhó, Tenejapa y Zinacantán.

<sup>a</sup> Para el periodo 1994-1995 la información se obtuvo de Estadísticas Vitales de INEGI.

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de archivo realizado en las diferentes Oficinas del Registro Civil de la región y Estadísticas Vitales de INEGI.

La mayor parte de las muertes maternas registradas en la región ocurrieron durante el parto (65.38%); le siguen las muertes durante el embarazo, cuya causa principal es el aborto (17.69%); y finalmente, las ocurridas durante el puerperio (12%),

en contradicción con las estadísticas disponibles<sup>11</sup> (Family Care 1998b) sobre muerte materna en países en desarrollo, que señalan mayor frecuencia después del parto y durante el embarazo. En los Altos esta tendencia no es la misma, probablemente por el subregistro del que se ha hablado. Ya se ha dicho que en Chenalhó muchos fallecimientos por causas atribuibles a la maternidad no estaban registrados correctamente correspondían. Para la mayor parte de los tzotziles, por ejemplo, los riesgos atribuibles a posparto solamente abarcan los tres días posteriores al parto, después, los fallecimientos son atribuidos a causas no maternas.

La distribución por causa de muerte es acorde con un subregistro en ciertos periodos de la maternidad y es congruente con las estadísticas disponibles que nos reflejan un limitado acceso a la atención médica en esta población.

## Cuadro 21

Muertes maternas en la región\* de los Altos por grupo de edad, 1988-1995

Grupo de Edad	Defunciones			Porcentaje		
	1988-1993	1991-1993	1994-1995	1988-1993	1991-1993	1994-1995
15-19	9	10	5	21.43	18.87	14.29
20-24	5	7	4	11.90	13.21	11.43
25-29	7	11	6	16.67	20.75	17.14
30-34	5	8	10	11.90	15.10	28.57
35-39	7	12	3	16.67	22.64	8.57
40-44	7	3	5	16.67	5.66	14.29
45-49	2	2	2	4.76	3.77	5.7
Total	42	53	35	100.00	100.00	100.00

\*Exceptuando a los municipios mestizos de San Cristóbal de las Casas, Villa las Rosas y Teopisca. Estadísticas Vitales de INEGI.

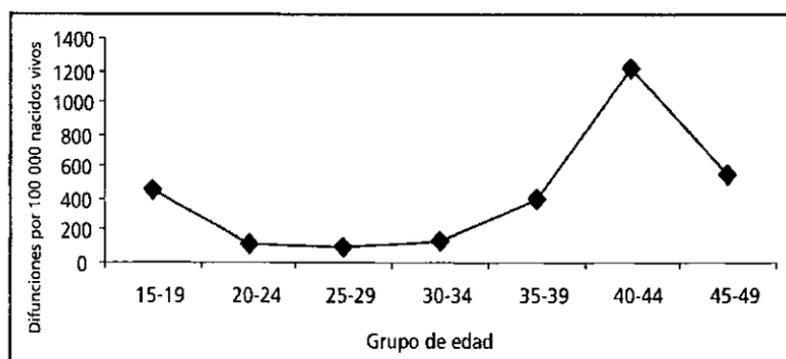
La curva de las tasas de mortalidad materna de la región, por grupos de edad, es similar a la observada a escala nacional, en

<sup>11</sup> Family Care International 1998b, señala que en los países en desarrollo, el 61% de las muertes ocurren en el posparto, el 24 durante el embarazo y el 16 en el momento del parto.

la cual las muertes son más frecuentes en los extremos de la edad reproductiva. Sin embargo, los grupos de edad intermedia no presentan un riesgo diferencial. Esto seguramente se debe al hecho de que las mujeres alteñas inician su vida sexual activa y la maternidad a muy corta edad, por lo que se tienen altas tasas de mortalidad en mujeres relativamente jóvenes pero que son multíparas (gráfica 1). Tal vez a esto contribuya el uso inadecuado de ocitócicos (Oxitopisa, Syntocinon, Xitocin, Pitusan), que están siendo utilizados rutinariamente antes de la expulsión de producto para apurar el parto, lo que es un nuevo riesgo en las comunidades indígenas. El uso de ocitócicos posiblemente esté aumentando la amenaza de muerte en grupos de edad que a nivel nacional presentan un riesgo menor (20-30 años).

Gráfica 1

Tasa de muerte materna en la región\* de los Altos por grupo de edad, 1988-1993



Exceptuando a los municipios mestizos de San Cristóbal de las Casas, Villa de las Rosas y Teopisca

Fuente: Elaboración propia con base en el Cuadro 21.

## VI. Conclusiones

**E**l hallazgo más notable de este estudio es que la modificación de las normas y las prácticas para el registro y certificación de muertes en la región Altos, permite una mejor certificación, lo que no implica necesariamente un incremento de la misma magnitud en el acceso a los servicios de salud. Aunque los servicios hayan aumentado después de 1994, en el último periodo sólo el 22% de la población que falleció había recibido atención médica. Además, no se ha modificado el perfil epidemiológico de la región, lo que refleja el pobre impacto de los servicios disponibles de salud.

Los datos sobre muerte materna en los Altos indican que es difícil el cumplimiento de los acuerdos de El Cairo y Beijing. En los años de 1994-1995 se incrementan notablemente las tasas de muerte materna en la región pasando a ser casi del doble de las observadas en el periodo de 1988-1993. Las tasas de mortalidad más elevadas se dieron en aquellos municipios que en el lapso señalado no habían registrado ninguna. Este incremento puede deberse al subregistro, ya que es similar al observado para el mismo periodo en un estudio previo. Pero si esto fuera así se esperaría un aumento en las muertes maternas ocurridas durante el embarazo y el puerperio, lo cual no sucede. Aunque esto puede hablar de un mejor sistema de registro en las Oficialías, no se debe descartar la aparición de nuevos riesgos, como el de la muerte asociada al uso de ocitócicos.

Es casi imposible que se logre el acceso universal a los servicios de salud para esta población en el año 2000; esto se debe sobre todo a las formas en que se han establecido las relaciones entre el sector salud y la población indígena. El incremento de los servicios de salud, actualmente obedece más a fines políticos, encaminados a eliminar la oposición zapatista, que a una genuina preocupación por resolver los problemas de la población regional. La escasez de insumos básicos en los hospitales de San Cristóbal en 1994-1995 da cuenta de ello. Las asignaciones del gasto a la Secretaría de Salud en los rubros de consulta externa, hospitalización y

planificación familiar no se han incrementado, el aumento del gasto corriente ha sido aparente, pues en términos reales el presupuesto se ha mantenido igual. Por otro lado, el único programa al que se le ha elevado el presupuesto es el Materno Infantil, sin embargo la asignación que se le otorgaba era tan pequeña en 1994 (0.24% del presupuesto ejercido en Chiapas por la SSA), que su crecimiento al 0.41% del gasto no representa un aumento substancial. Quizá a esto se deba el fracaso en la modificación del perfil patológico en los años 1994-1995 y el incremento de las tasas de mortalidad de 1995 con respecto a 1991.

## Bibliografía

- Banco Mundial, (1993), *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, Invertir en Salud*, Washington D.C.
- Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgo, (1998), *Maternidad sin Riesgos en México, 5 años de la iniciativa Maternidad sin Riesgos*, Núm 9, agosto, México D.F.
- Family Care International (1998a) *Mortalidad Materna*, Borrador.
- Family Care International (1998b) *Un mejor acceso a los Servicios de Salud Materna*, Borrador.
- Franzoni J., Infante G., Mejía M.C., Pérez T., (1996), *Reflexiones sobre los compromisos internacionales y los documentos jurídicos, programáticos y normativos en torno a la salud sexual y reproductiva* (versión preliminar). Red de Salud de las Mujeres del Distrito Federal, México.
- INEGI (1996) *Chiapas. Censo de población y vivienda 1995. Resultados definitivos*. Tomos I y II. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México.
- INEGI (1991) *Chiapas. XI Censo general de población y vivienda. Resultados definitivos*. Tomos I y II. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México.
- INEGI (1994) *Región Altos de Chiapas, Perfil Sociodemográfico, XI Censo de Población y Vivienda 1990*, Aguascalientes, México

- Freyermuth Enciso, Graciela (1993) *Medicina alópata y medicina indígena. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*, San Cristóbal, Chiapas, CIESAS- ICCH, México D.F.
- Freyermuth, Graciela y Garza, Ana (1996) *Muerte materna en Chenalhó. Reporte final*. Presentado al programa de salud reproductiva en El Colegio de México, México.
- Freyermuth G. y Fernández, M. (1997) Factores culturales en el registro de la muerte en mujeres en edad reproductiva, en Tuñón Pablos, Esperanza. *Género y salud en el Sureste de México*. Ed. El Colegio de la Frontera Sur y La Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México
- Gobierno del Estado de Chiapas (1992) *Agenda estadística Chiapas 1992*. Secretaría de Programación y Presupuesto. Gobierno del Estado de Chiapas, México.
- Gobierno del Estado de Chiapas (1997) *Agenda estadística Chiapas 1997*. Secretaría de Hacienda. Gobierno del Estado de Chiapas, México.
- Gómez Gómez, P. (1993) Discriminación por sexo y sobre mortalidad femenina en la niñez, en: *Género, Mujer y Salud en las Américas*, Organización panamericana de la Salud, Publicación Científica número 541, 1993, Washington D.C.
- Hernández B., Langer A., Romero M., Chirinos J. (1993) *Informe Final de actividades del proyecto Factores de riesgo para la muerte materna hospitalaria en el estado de Morelos*, Instituto Nacional de Salud Pública, abril Cuernavaca, Morelos, México.
- Henriquez-Mueller y Yunes, (1993) Adolescencia: equivocaciones y esperanzas en *Género, Mujer y Salud en las Américas*, Organización panamericana de la Salud, Publicación Científica número 541, Washington D.C.
- Langer Ana, Hernández Bernardo, Romero Minerva, Chirinos Jesús, (1993), Informe final de actividades del proyecto Factores de riesgo para la muerte materna hospitalaria en el estado de Morelos, Instituto Nacional de Salud Pública/Centro de Investigaciones en Salud Pública, Cuernavaca, Morelos.

- Morales, Federico (1998) *Manual de diagnóstico económico municipal*, Centro de Servicios Municipales "Heriberto Jara"/ Fundación Friedrich Ebert, México.
- Parra Vázquez, Manuel (1987) *La producción silvoagrícola de los indígenas de los Altos de Chiapas*, Centro de Investigaciones Ecológicas del Sureste, 18-22 de mayo.
- Reyes Fraustro, Sandra, (1992) *Mortalidad Materna en México*, Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica, México, D.F.
- Reyes Utrera, Jose Luis (1995) *Chiapas. Investigación básica para la acción indigenista*. Instituto Nacional Indigenista, México, D.F.
- Saundari Ravindran y Marge Berer (1988) *Las estadísticas de mortalidad materna: lo que hay detrás de las cifras en Mortalidad Materna. Un llamado a las mujeres para la acción*. Mayo, Red Mundial de Mujeres sobre Derechos Reproductivos y la Red de Salud de Las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Santiago de Chile.
- SSA/INEGI (s.f.) *Mortalidad 1991*. Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México.
- SSA/INEGI (s.f.) *Estadísticas vitales 1991*. Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México.
- Tuljapurkar S. y Boe C., (1998), *Mortality Xhange and Forecasting: How much and How Litthe Do We Know?*, Monutain view Research, los Altos CA.



# de la SECRETARÍA EN QUERÉTARO

Martha Patricia Aguilar Medina



## El Programa de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud en Querétaro 1995-1999

Martha Patricia Aguilar Medina<sup>1</sup>

### 1. El Contexto estatal<sup>2</sup>

**Q**uerétaro se encuentra en la Región Centro del país, colinda al noroeste con el estado de Guanajuato, al suroeste con Michoacán, al noreste con San Luis Potosí, con Hidalgo hacia el este y con el Estado de México al sureste. Su territorio es de 11,769 Km<sup>2</sup>, que le dan el lugar número 27 en extensión a nivel nacional.

Está compuesto por dieciocho municipios. La ciudad capital es Santiago de Querétaro, ubicada en el municipio de Querétaro. Se extiende por tres diferentes regiones fisiográficas del país: la Provincia de la Sierra Madre Oriental, la de la Mesa del Centro y la del Eje Neovolcánico.

En el territorio de la Provincia de la Sierra Madre Oriental, se asientan cinco municipios.<sup>3</sup> En el 40% de la superficie de esta Subregión denominada Cuarzo Huasteco existen amplios bosques

---

<sup>1</sup> Profesora- investigadora de la Universidad Autónoma de Querétaro integrante de Salud y Género, A. C. Representante estatal de Querétaro en el Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población.

<sup>2</sup> Tomamos datos de COEPO, Breviario Demográfico 1998, en prensa. Los grados de marginación y características migratorias corresponden a los datos de 1990 tomados de COEPO, Estudio Socioeconómico y Demográfico del Subsistema de Ciudades, Querétaro, 1995. Los datos sobre servicios hospitalarios son de la Seseq, Coordinación de Salud, Querétaro, 1997. Los datos sobre natalidad, mortalidad y educación son de 1995 tomados de COEPO.

<sup>3</sup> Arroyo Seco, Jalpan de Serra, Pinal de Amoles, Landa de Matamoros y San Joaquín, así como una gran parte de Peñamiller y Tolimán y una pequeña parte de Cadereyta de Montes.

de pino y encino, sobre todo en las zonas altas, de clima húmedo y subhúmedo. La vegetación que crece al borde de ríos y cañones es de selva baja. El 37% de su superficie está cubierto por matorrales, en ésta zona el clima es seco, semiseco y semicálido. Aquí se puede desarrollar la explotación forestal y la cría de ganado menor, ya que sólo el 5% de la tierra es apta para el cultivo.

No es fácil el acceso del municipio de Querétaro a esta parte del estado. Cadereyta de Montes es la puerta de entrada a la Sierra Gorda, que separa a los demás municipios de la Subregión. Esta situación geográfica, la vegetación y el clima determinan la poca diversidad de sus actividades económicas características de marginalidad que -según revelan estudios de 1990- van desde muy alta, en Pinal de Amoles, a alta en los demás municipios que la integran, así como su categoría migratoria de expulsión y de fuerte expulsión en el caso de Arroyo Seco.

Se puede suponer que los y las habitantes del Cuarzo Huasteco componen un sector vulnerable. Aunque actualmente cuentan con dos Hospitales Regionales ubicados en Cadereyta y Jalpan de Serra, el acceso a ellos es difícil para los pobladores de muchas localidades. La tasa bruta de natalidad en los municipios que integran la zona, uno de los aspectos de salud que más preocupan a las instituciones: hasta 1995 estaba por encima de la estatal que era de 33.8 por mil habitantes, a excepción de Arroyo Seco que tenía una tasa de 32.1. El nivel de mortalidad, en la subregión también superó el estatal, que era de 4.3 por mil, llama la atención que en el municipio de San Joaquín este indicador era de 6.3.

En ese mismo año, los municipios de Landa de Matamoros, Pinal de Amoles, San Joaquín, Cadereyta de Montes, Peñamiller, Arroyo Seco y Tolimán se encontraban entre los de más alto porcentaje de analfabetas: desde casi el doble hasta casi el triple del estatal que era de 11.9, panorama poco favorable para los pobladores y pobladoras de esta zona.

La Provincia de la Mesa del Centro, también denominada Altiplano Mexicano, representa el 9.6% del estado, constituido por la Subprovincia de Sierras y Llanuras del Norte de Guanajuato. Inte-

gra pequeñas extensiones de los municipios de Querétaro, El Marqués, Colón, Tolimán y Peñamiller. El clima que prevalece es templado y semiseco pero en la zona donde la altura alcanza los 3,000 msnm, es templado y subhúmedo. Las características fisiográficas de la zona, con suelos delgados, profundos y pedregosos, y la carencia de mantos acuíferos limitan la actividad agrícola; matorrales, pastizales, chaparrales espinosos y bosques de encino son la vegetación predominante. También se encuentran bosques de encino en las zonas altas.

La Provincia del Eje Neovolcánico, ubicada al centro-sur del estado, es la más extensa; está constituida por la Subprovincia de Sierras y Llanuras de Querétaro e Hidalgo integrada por seis municipios.<sup>4</sup> De clima semiseco y grandes extensiones planas, sus suelos permiten la agricultura; tiene matorrales, cactus y pastizales. Es una región bien comunicada con mejor acceso a centros urbanos que la Subregión Cuarzo Huasteco y tiene una más alta densidad de población que las otras.

En cuanto a la marginación encontrada en 1990, el municipio de Ezequiel Montes tenía un grado medio, Huimilpan alto y todos los demás, bajo. Amealco de Bonfil, Cadereyta y Tolimán entraron en la categoría migratoria de expulsión, mientras que los municipios de Querétaro y San Juan del Río, de fuerte atracción; El Marqués, Corregidora y Tequisquiapan, de atracción y Ezequiel Montes y Pedro Escobedo, de equilibrio.

En los municipios de Querétaro y San Juan del Río se concentra la mayor parte de los hospitales y centros de salud del estado privados y públicos; cabe mencionar que Tequisquiapan también cuenta con algunos centros de salud privados a los que acude población de altos ingresos y extranjera que habita en Querétaro. Las tasas brutas de natalidad en estos municipios, al menos hasta 1995, andaban alrededor de la media estatal con excepción de El Marqués y Huimilpan, que la rebasaron. En cuanto a la mortali-

---

<sup>4</sup> Corregidora, Ezequiel Montes, Huimilpan, Pedro Escobedo, San Juan del Río y Tequisquiapan, así como partes de Amealco de Bonfil, Cadereyta, Colón, El Marqués, Querétaro y una pequeña porción de Tolimán.

dad, la tasa bruta de Amealco de Bonfil fue la más alta: 7.2 por 1,000; Corregidora, San Juan del Río y Querétaro, estuvieron por debajo de la estatal que es de 4.3; Huimilpan, Pedro Escobedo, Tequisquiapan y El Marqués, entre 4 y 5 y, por último, Ezequiel Montes tuvo una tasa de 6.1.

En analfabetismo, nuevamente es Amealco de Bonfil el municipio con cifras menos favorables, presenta ese año un 28.4% de población analfabeta, el mayor de todo el estado, cuestión vinculada a que un tercio de la población habla lengua indígena; le siguieron Huimilpan con un 21.1%, (pese a su mejor acceso a los dos principales centros urbanos del estado) Ezequiel Montes, El Marqués y Pedro Escobedo que tenían entre el 17.7% y el 14.5% y los demás municipios con menos del 11.9% que era el porcentaje medio estatal.

Pequeñas porciones de los municipios de Amealco de Bonfil, Huimilpan y Pedro Escobedo conforman la Subprovincia de Mil Cumbres, que abarca sólo el 3.4% del territorio estatal. Su clima es subhúmedo y sus suelos son de baja y moderada fertilidad. Cuenta también con algunos cerros en los que crecen pinos, encinos y pastizal natural. En pequeñas zonas se localizan cultivos de temporal. En muy baja proporción también hay suelos fértiles destinados a la agricultura.

Ocupando una pequeña extensión, al sureste del municipio de Amealco de Bonfil y al sur del estado, se encuentra la Subprovincia de Lagos y Volcanes del Anáhuac, tiene climas templados subhúmedos con lluvias en verano y semifríos subhúmedos propensos a heladas. Cuenta con grandes sierras volcánicas y valles con suelos de tipo ferozem que se afectan por las lluvias propias de la zona. Las actividades económicas potenciales de la región son la explotación forestal y la cría de ganado menor.

Sin pretender hacer una relación homotética entre las condiciones de vida de la población y las características geográficas de las regiones que componen el estado de Querétaro, es evidente que los municipios con menos ventajas en cuanto a su fisiografía y menos contacto con los centros urbanos de San Juan del Río y Querétaro, tienen características demográficas y socioeconómicas

menos favorables. Con excepción de Cadereyta y Jalpan de Serra (que son cabeceras municipales y subregionales).

Amealco de Bonfil es otra excepción pero en sentido opuesto, pues con relativo acceso a centros urbanos como San Juan del Río, Cadereyta y Querétaro, enfrenta la peor situación en distintos aspectos demográficos y socioeconómicos. Cuenta con una población indígena importante, hasta 1995, con las tasas brutas de natalidad y mortalidad más altas del estado: 47 y 7.2 por mil, respectivamente, tuvo el porcentaje más alto de analfabetas y con una de las tasas de crecimiento municipal más bajas del estado: 1.5.

## II. Condiciones de vida de las mujeres de Querétaro

### Educación

**E**n cuanto a la población estatal de 15 años o más que no sabía leer ni escribir en 1995, el porcentaje de mujeres y hombres fue de 59.9% y 40.1% respectivamente; pero en el grupo de 6 a 14 años esta relación se acerca a un punto de equilibrio con 51.3% de mujeres y 48.7% de hombres y promete, en el futuro inmediato, un nivel más alto de instrucción para las mujeres, lo que -de acuerdo con diversos estudios- ayuda a abatir el número promedio de hijos por mujer. Pero no podemos perder de vista que la educación es también un factor importante para la participación del varón en todos los aspectos de la vida reproductiva; no se trata entonces de invertir los porcentajes, sino de garantizar el acceso universal a los servicios educativos.

### Ocupación

La incorporación de las mujeres al ámbito laboral ha tenido un ritmo más lento. La población femenina económicamente activa ha crecido del 16.8% en 1970 al 34% en 1995;<sup>5</sup> el porcenta-

---

<sup>5</sup> Fuente: Cálculos del COEPO con base en INEGI. Manual de Estadísticas Básicas para el estado de Querétaro, INEGI, México, 1985; INEGI. XI Censo de Población y Vivienda 1990, INEGI, Aguascalientes, 1991; INEGI. Censo de Población y Vivienda 1995, INEGI, Aguascalientes, 1996.

je de mujeres en la población económicamente inactiva fue de 52.5% pero la incorporación de mujeres a la población económicamente activa con respecto al total de mujeres de 12 años y más, llegó al 36.0%; la población masculina económicamente activa fue de 74.1% y la inactiva de 25.9%. Hay que tener en cuenta que los datos censales hablan sólo del mercado laboral formal y que las mujeres participan en mayor proporción en el mercado informal.

### **Vivienda**

El crecimiento que ha experimentado Querétaro en los últimos cincuenta años derivó en una obvia necesidad de infraestructura que empezó a agudizarse a partir de los años setenta. En esa década, el promedio de habitantes por vivienda ascendía a 6 (en 1960 se ubicaba en 5.2); en 1980 aumentó a 6.1 y decreció en 1990 a 5.4, para llegar a 4.9 en el año de 1995. En ese lapso los servicios fueron mejorando paulatinamente, el porcentaje de unidades con disponibilidad de agua entubada pasó de 51.6% en 1970 a 87.9% en 1995; instalación de drenaje creció de 24.2% a un 70.4% y el suministro de instalación de electricidad aumentó de 37.5% a 91.8% en el mismo periodo.

Pero este mejoramiento de los servicios e infraestructura habitacional no se ha dado al mismo ritmo y cobertura en los distintos municipios que componen el estado; hasta 1995, en algunos municipios de la zona serrana el porcentaje de viviendas sin los distintos servicios era muy alto.<sup>6</sup> A guisa de ejemplo, en Arroyo Seco el 98.5% no cuentan con drenaje; Pinal de Amoles tiene el mayor porcentaje de viviendas sin agua entubada ni energía eléctrica en el estado: el 69.6% y el 50.5%, respectivamente. En el municipio de Querétaro el porcentaje de viviendas sin agua entubada era de 2.1%; sin energía eléctrica el 1.4% y sin drenaje el 7.8%.

---

<sup>6</sup> Cálculos del COPEO con base en INEGI. Censo de Población y Vivienda 1995. Aguascalientes, 1996.

### III. Características de la población

**P**ara 1995 Querétaro contaba con 1,250,476 habitantes, de los cuales el 50.8% eran mujeres y el 49.2%, hombres. Proporción muy parecida a la nacional, que fue de 50.5% y 49.5% respectivamente. El índice actual de masculinidad<sup>7</sup> en el estado de Querétaro es de 96.9; el nacional de 97.1.

En 1995, la población femenina era 64.90 % urbana y 35.10% rural. En el nivel nacional la pirámide de edades muestra que de 1970 a 1995 los grupos que más crecieron, tanto en población femenina como masculina, fueron los de 10 a 14 y de 15 a 19 años, el mismo patrón siguió el estado de Querétaro, es decir que hoy cuenta con una buena cantidad de adolescentes y jóvenes. Otra observación es que en 1995 el crecimiento del grupo de 50 y a 74 años es mayor en mujeres que en hombres, esto significa una mayor esperanza de vida en la población femenina.

Según proyecciones para el estado de Querétaro, en el año 1999, el 58.3% de la población tendría entre 15 y 64 años, el 37.9 sería menor de 14 y sólo un 3.8% rebasaría los 64. Habría más hombres que mujeres de 0 a 14 años, más mujeres que hombres de 15 en adelante y, curiosamente, menos de ambos en los grupos de 25 a 29 y de 40 a 44 años. La edad femenina promedio sería 20 años.

En Querétaro, la edad promedio de la primera unión para los varones era de 23.5 en 1970 y de 24.6 en 1990; para las mujeres fue de 19.7 y 22.8 años, respectivamente. El hecho de que tanto en el nivel nacional como en el estatal, las mujeres hayan retrasado más la primera unión que los hombres, pudiera estar relacionado con niveles más altos de escolaridad en la población femenina y con su ingreso creciente al mercado laboral. Estas transformaciones incidieron en el descenso de la fecundidad. Como puede observarse, las mujeres han cambiado su comportamiento

---

<sup>7</sup> El índice de masculinidad es número de hombres por cada 100 mujeres.

sexual y reproductivo de forma más evidente que los varones; si se supiera el promedio de hijos de la población masculina probablemente se conocería en qué medida este sector está contribuyendo a la transición demográfica. Es claro que en un cambio semejante actúan muchos factores pero entre ellos se puede identificar muy nítidamente lo relativo a las políticas demográficas hasta ahora instrumentadas, que ponen a las mujeres en el centro de la atención.

En treinta y cinco años la tasa global de fecundidad<sup>8</sup> de la mujer queretana describe una parábola de caída: en 1960 era de 7.4, en 1970 subió a 8 para descender bruscamente a 6.2 la década siguiente y derrumbarse hasta 3.9 en 1990 (apenas 0.7 sobre la nacional, aunque había estado significativamente arriba en los otros puntos de la curva). El 3.4 de 1994 puede desglosarse -según zona de residencia- en 3.9% para la población indígena, 3.8 para la rural y 2.6 para la urbana. En 1995 la tasa baja aún a 3.2. En cuanto a las tasas específicas de fecundidad,<sup>9</sup> en 1970 las mujeres de 20 a 34 años tenían las más elevadas, en las dos décadas siguientes y en 1995 esta tasa descendió notablemente en el grupo de 30 a 34 años.

La esperanza de vida al nacimiento se ha incrementado tanto para hombres como para mujeres; no obstante, para las mujeres es mayor que para los hombres, en 1998 llega a 76.3 años para las mujeres y para los hombres a 69.4. Las determinantes pueden ser diversas, así, mientras las mujeres mueren sobre todo por tumores malignos, accidentes y complicaciones obstétricas, los hombres causan baja principalmente por accidentes y violencia, por cirrosis y otras enfermedades del hígado y del corazón. También se ha observado que la calidad de vida de las mujeres de la tercera edad es precaria y que en 1990 el porcentaje de muertes femeninas en el grupo de 60 años y más sobrepasaba el de los

---

<sup>8</sup> La tasa global de fecundidad es el número promedio de hijos que tiene una mujer a lo largo de su vida fértil.

<sup>9</sup> Las tasa específicas de fecundidad son en número de hijos por cada 1,000 mujeres de cada grupo de edad.

hombres, lo que probablemente indica que a los hombres les cuesta más trabajo saltar al grupo de 60; pero que una vez incorporados a éste, sobreviven más que la población femenina.

En el año de 1997 Querétaro ocupaba el lugar 14 en mortalidad materna entre los estados, con una tasa de 4.9 defunciones por cada 10,000 nacidos vivos registrados (NVR). El comportamiento de esta tasa por año a partir de 1990 es un tanto errático, debido quizá a un registro imperfecto y/o a las diferentes políticas de salud reproductiva que se siguieron en distintos periodos. Se observa un incremento sucesivo de 1991 hasta 1993 que se coloca en 7.01, para bajar a 5.77 en 1995 y a un increíble 2.98 en 1996. Este descenso podría obedecer, entre otros factores, a los compromisos adquiridos en la Primera Conferencia Estatal de la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgos en el sentido de reducir esa mortalidad al 50%; de forma más global, a las políticas del Banco Mundial y a los compromisos firmados por el gobierno mexicano en las conferencias internacionales de El Cairo y Beijing, sin embargo, el dato estimado de 4.9 para 1997 refuerza la hipótesis de un subregistro.

En 1997 el estado de Querétaro, ocupaba el lugar 27 en mortalidad por cáncer cérvico uterino; la tasa por cada 100,000 mujeres muestra un incremento de 6.24 a 7.98 en el trienio 1990-1992, un descenso a 5.57 en 93 y nuevo aumento hasta 8.02 en los dos años siguientes; en 1996 baja a 7.51 y a 7.8 en 1997. En cuanto al cáncer de mama, con el lugar 17 entre los estados del país, la tasa de defunciones por cada 100,000 mujeres en 1997, según proyecciones, es mayor que en 1990 que fue de 5.14, en el año siguiente se redujo casi la mitad con 2.85, luego volvió a aumentar a 4.34 en 1992; siguió un descenso a 3.21 en 93 y los tres años siguientes aumentó hasta quedar en 6.26 en el año de 1996.

Esta variabilidad en las tasas brutas de mortalidad materna y en los índices de muerte por cáncer cérvico uterino y mamario puede ser, como ya se dijo, producto de muchos factores: políticas específicas en las diferentes administraciones, subregistros, montos y distribución de los recursos económicos -como se trata-

rá de mostrar en este estudio-, pero también aquellos de índole cultural inherentes a la condición de género,<sup>10</sup> y el saldo de los años que van de 1990 a 1997, cuando el número de muertes por CACU y cáncer mamario es mayor que al inicio de la década. Cabe subrayar que ambas tasas aumentan en 1995, justo el año siguiente de la firma de los Acuerdos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y al año de la firma de los Acuerdos de la Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer.

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil se observó un incremento de 25% a 55% entre 1979 y 1995.<sup>11</sup> Hacia 1992 los métodos anticonceptivos con mayor aceptación por las usuarias eran, en orden decreciente: la obstrucción tubaria bilateral (OTB) 38%, el dispositivo intrauterino (DIU) con el 23.5%, ritmo y retiro 13.9% y las pastillas 12.5%. En cuanto a preferencias, tanto entre las mujeres como en las instituciones, los métodos definitivos tienen una mayor aceptación, aunque, dicho sea de paso, es precisamente sobre estos métodos que las mujeres no tienen un control directo.

Puede suponerse que los programas de planificación familiar han tenido mayor respuesta en las usuarias que otros programas de atención a la salud de la mujer, o bien, que han tenido mayor difusión, en ambos casos se hace necesaria una explicación: ¿Es más fácil que las mujeres acudan a los servicios de salud para solicitar métodos anticonceptivos que para realizarse el papanicolau (PAP), la prueba de cáncer de mama y las consultas prenatales necesarias para evitar la muerte materna? ¿Por qué? ¿Cuál es la razón de que los programas de planificación tengan mayor difusión que los otros?. Una hipótesis para responder a la primera pregunta es que la salud reproductiva está directamente relacionada con la sexualidad, de manera que la negación del placer y del cuerpo de las mujeres es

---

<sup>10</sup> Si esta fuera una razón de peso en el comportamiento de las cifras, definitivamente estaría ligado a los programas gubernamentales o no gubernamentales, ya que los cambios culturales en la percepción de las mujeres en torno a su salud y su cuerpo no cambian espontáneamente, como tampoco cambian las relaciones de género por sí solas.

<sup>11</sup> CONAPO, Situación Demográfica del Estado de Querétaro 1996. CONAPO, México, 1996.

obstáculo determinante para alcanzarla,<sup>12</sup> pues genera una serie de problemas tanto para que las mujeres acudan a los servicios como en el manejo que se da al tema en las instituciones. Pero esto no explica la jerarquización de un programa sobre otros, ni los rezagos que las propias instituciones arrastran en la detección oportuna de cáncer cérvico uterino y mamario. Ahora bien, si los programas se dan a conocer y las mujeres disponen de información sobre estos males ¿por qué no se cuidan? Una respuesta posible es que esta información es insuficiente o no tiene las características necesarias y que hay problemas de orden individual psicológicos o culturales que no se resuelven sólo con información.

#### IV. Servicios de Salud

**E**n 1995 la población derechohabiente en Querétaro era un 53.13% del total, puede entonces suponerse que la Coordinación de Salud de la Secretaría de Salud (SSA) en el estado era la que mayor población atendía. Había 5.4 médicos, 1.9 paramédicos y 1.6 enfermeras por cada 1,000 habitantes.

El peso de la SSA en el estado como proveedora de servicios era considerablemente mayor que el del Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por tanto, sus programas y resultados son de suma importancia para la población.

La caracterización de la población del estado, permite identificar algunos problemas que las mujeres enfrentan en cuanto a condiciones de vida y salud. Las tasas -erráticas- de mortalidad materna y de cáncer cérvico uterino y mamario, hablan de la urgente necesi-

---

<sup>12</sup> Hipótesis que también está plasmada en el concepto de salud reproductiva emanada de los acuerdos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo que reza "La salud reproductiva es un estado de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y sus procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia» ver Alcalá María, Acción para el Siglo XXI Salud y Derechos Reproductivos para Todos, Family Care Internacional, New York, 1994.

dad de estrategias institucionales que den mayor eficacia a los programas y hagan confiables sus resultados. No es posible que a un descenso en la mortalidad materna de casi el 50%, le preceda un aumento del mismo tamaño. Las causas y condiciones en que se dieron estos descensos y ascensos deben analizarse.

La relación entre el descenso de las tasas de natalidad y fecundidad y la elevación del nivel educativo de las mujeres y su creciente incorporación al ámbito laboral, permite proyectar un futuro más optimista para su desarrollo, entendido como la conquista de autonomía, libertad y espacio de decisión en lo conyugal, social, educativo, cultural, político y económico. También habrá que analizar por qué la tendencia positiva de aquellos indicadores contrastan tanto con los de mortalidad materna y qué parte tienen en ello los programas y el ejercicio del presupuesto en materia de salud reproductiva.

Aunque no se trata de un problema general en el estado, hay que mencionar los casos en que la carencia de servicios repercute directamente en la vida y salud de las mujeres pues son ellas quienes organizan y deben garantizar el funcionamiento doméstico (llevar agua a la vivienda, y contrarrestar la carencia de la luz eléctrica y drenaje, entre otras cosas).

## V. Antecedentes del Programa de Salud Reproductiva en Querétaro

**E**n 1973 se impulsó en Querétaro el primer Programa de Planificación Familiar y en 1974 se crearon los Servicios de Salud Materno Infantil y Gineco-Obstetricia. El Programa de Salud Rural de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy SsA) se creó en el año de 1979 para llevar servicios de salud y planificación familiar a localidades con población de 500 a 2,499 habitantes. Otro antecedente importante fue la promulgación de la Ley General de Salud del 26 de diciembre de 1983, que señalaba al Programa de Salud Materno Infantil como uno de los programas prioritarios.

A partir del 12 de diciembre de 1985, toda acción en materia de atención materno infantil y de salud en general adquirió

legitimidad jurídica, al entrar en vigor la Ley de Salud en el Estado de Querétaro; en ella se sustentó la descentralización administrativa que dio competencia a cada una de las entidades federativas para la aplicación de los programas.

En 1988, en la Declaración de la Conferencia Nacional por una Maternidad sin Riesgo realizada en Cocoyoc, Morelos, el gobierno mexicano firmó el compromiso de abatir la mortalidad materna en un 50% con respecto a las cifras que se daban en ese momento. En la Cumbre Mundial a favor de la Infancia celebrada en la Sede de la Naciones Unidas el 30 de septiembre de 1990, se apoyó este pacto. El gobierno del Estado de Querétaro hizo suyos estos compromisos, y asumió como prioridad la salud de las mujeres y los niños.

En el año de 1995, se puso en marcha el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, a partir de criterios señalados en los talleres nacionales que se realizaron para tal fin en el segundo semestre de ese mismo año.

El Programa Estatal de Salud Reproductiva se instrumentó en Querétaro marcando la importancia de la integralidad del concepto de salud reproductiva y los diferentes niveles en que deberían realizarse las acciones encaminadas a su ejecución: información, educación y servicios en materia de planificación familiar, salud reproductiva de los adolescentes, salud perinatal (incluyendo las etapas prenatal, parto, puerperio y fortalecimiento de la lactancia materna) riesgo preconcepcional, prevención, manejo y referencia de enfermedades de transmisión sexual, prevención y tratamiento de la infertilidad, detección oportuna del cáncer cérvico uterino y manejo del climaterio y posmenopausia.

Se hizo énfasis en que las acciones de este Programa se ejecutarían "bajo una clara perspectiva de género, con el fin de propiciar una mayor equidad en las relaciones entre los géneros, con igualdad de oportunidades y así contribuir al proceso de desarrollo social del país".<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Secretaría de Salubridad y Asistencia, Programa Estatal de Salud Reproductiva, Querétaro, 1995, s/p.

## VI. Un año crucial para la salud reproductiva.

### El Programa de 1995

#### Estructura del Programa

**E**l Programa de Salud Reproductiva 1995 estuvo constituido por el Programa Estatal de Planificación Familiar y el Programa Estatal de Salud Materno Infantil, que partieron de diagnósticos demográficos previos para fijar objetivos, población beneficiaria, metas, y requerimientos humanos físicos y materiales; en ambos programas se desglosaron estrategias, actividades, formas de organización, supervisión y evaluación, así como los logros obtenidos durante el periodo 1989-1993.

En cada uno se propusieron formas de organización y operación independientes a cargo de un responsable por programa, tal y como operaban previamente. De hecho, en este primer intento, lo que se procuraba era reorganizar los programas.

La estrategia institucional propuesta en el Programa de Planificación Familiar, mucho más elaborada que la del Programa de Atención Materno-Infantil, tenía una forma de organización que involucraba a todos los niveles de atención en coordinación con otros departamentos de la institución. El Programa de Atención Materno-Infantil, más que plantear una estrategia organizativa propia, sugiere el involucramiento de otras instituciones, la población y las organizaciones sociales, en coordinación con todos los niveles de los sectores público, privado, social y la población en general, sin especificar la forma en que esto podría realizarse.

Aunque otros componentes de salud reproductiva se incorporaron tangencialmente al Programa de Planificación Familiar como el de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino y Mamario y las enfermedades de transmisión sexual,<sup>14</sup> no se incorporaron como componentes de la salud reproductiva sino como servicios que se podrían prestar a las usuarias de planificación familiar que constituían la población objetivo, sin embargo se atisban elementos de integralidad.

## Funcionamiento del Programa de Planificación Familiar

Para la realización del Programa de Planificación Familiar se propuso como responsable al Departamento de Primer Nivel de Atención,<sup>15</sup> cuyas funciones consistieron en la elaboración del programa, diseño del presupuesto, coordinación de actividades en las unidades aplicativas, capacitación, supervisión, vigilancia en el abastecimiento, información, evaluación y coordinación con las demás instituciones de salud. Como puede observarse (aunque en algún momento se planteó la creación de un grupo de convergencia entre las instituciones del sector) no se creó una instancia específica para la coordinación del programa de salud reproductiva que diera seguimiento no sólo a los componentes sino a los diferentes niveles de atención. Considerando la importancia y magnitud de los programas y servicios del Primer Nivel, resulta ilusorio pensar que se lograría aplicar un enfoque integral de salud reproductiva; si acaso, las usuarias de planificación familiar podrían tener acceso a los diversos servicios, siempre y cuando fueran captadas en el Primer Nivel.

Se trató de organizar una estructura que diera soporte a las acciones del Programa de Planificación Familiar mediante la coordinación con cada uno de los departamentos, direcciones y subdirecciones e incluso con la participación de asociaciones que tradicionalmente han apoyado al sector salud como la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar A.C. (MEXFAM) y Pro Familia (PROFAM) aunque se dejó fuera a agrupaciones de mujeres con experiencia en el tema para lograr las metas de salud reproductiva: difusión, información, movilización de recursos, ampliación del acceso a los servicios (a través del programa de extensión de cobertura) y promoción del ingreso de nuevas usua-

---

<sup>14</sup> En el programa se alude a la coordinación de acciones del Programa de Planificación Familiar con el Departamento de Medicina Preventiva para «la detección de roluéticos e infecciones urogenitales en usuarias de planificación familiar» y no como enfermedades de transmisión sexual, ni tampoco se hace referencia al VIH-SIDA, lo cual no quiere decir que dicho departamento no tuviera un programa específico.

<sup>15</sup> El Primer Nivel se refiere a la atención prestada en las unidades médicas, cuya función sustantiva es la consulta externa y la prevención.

rias, distribución del material didáctico, capacitación en métodos anticonceptivos, captura, sistematización y análisis de la información, etcétera.

Pese a estas y otras acciones, los prestadores de servicios seguían aludiendo a metas demográficas en lugar de asumir otras responsabilidades como la consejería, la información pertinente para el consentimiento, la participación del varón y la difusión de los derechos reproductivos. Es decir, la mayor parte del esfuerzo quedó focalizado en la planificación familiar

Mientras, los médicos y enfermeras adscritas a las Unidades serían responsables de difundir el programa, utilizar los formatos para captar la información, solicitar los insumos necesarios e ingresar al mayor número de usuarias y en última instancia, de definir la orientación del programa al aplicar, fielmente o no, el concepto de salud reproductiva.

## VII. Diagnósticos Planificación Familiar

**L**os fenómenos demográficos que se analizaron para diseñar este programa fueron natalidad, mortalidad y migración; de las variables sociodemográficas sólo se analizó educación. Cabe señalar que indicadores que conciernen específicamente a la natalidad fueron meticulosamente analizados, tomando en cuenta el crecimiento natural, tasa bruta de natalidad, tasas bruta, global y específica de fecundidad, edad promedio a la primera unión, etc.; mientras que de mortalidad, migración y educación se toman datos muy generales y quedan fuera variables como vivienda y empleo.

Es así que el Programa de Planificación Familiar destacó la heterogeneidad demográfica de los municipios subrayando la diferencia en sus ritmos de crecimiento.<sup>16</sup> Asimismo, se analizó la es-

---

<sup>16</sup> En este orden, se señaló que Cadereyta, Ezequiel Montes y los municipios ubicados en la Sierra Gorda Queretana tenían tasas de crecimiento descendentes en las décadas de los setenta y ochenta, en tanto que, en los municipios con procesos de industrialización, las tasas de crecimiento se incrementaron considerablemente, es decir, en

estructura de la población por grandes grupos de edad, reconociendo que en 1990, el rango de 15 a 64 años tenía el mayor porcentaje de población y la representatividad porcentual del grupo de 0 a 14 era menor aunque muy significativa.

Otro elemento que este diagnóstico retomó fue la elevada tasa de crecimiento natural, mayor que la media nacional, lo que se justificó por las altas tasas de crecimiento social y crecimiento natural en las últimas décadas. Se hizo evidente también que las altas tasas de natalidad que el país mostró desde los años cuarenta, aunadas al descenso de las tasas de mortalidad por la participación del sector salud, mantuvieron el crecimiento demográfico nacional en un nivel ascendente hasta 1970. Según el estudio, en la década de los setenta se dieron importantes cambios sociales y culturales en cuyo contexto las mujeres muestran una mayor presencia en las actividades económicas y sociales, lo cual, se argumentó, contribuyó a modificar la conducta reproductiva de ellas y de la sociedad en general. Aunado a estos factores, el Programa de Planificación Familiar impulsó ese cambio de conducta.

Otros indicadores que se resaltaron para la elaboración del programa fueron la tasa bruta de natalidad y el promedio de hijos nacidos vivos, los cuales descendieron a partir de 1970 y, en menor medida, en las siguientes décadas, también se redujo el promedio de hijos nacidos vivos por mujer.

La fecundidad, que en 1970 estaba un 50% por encima de la nacional, redujo esta diferencia a un 25% en las siguientes décadas. Las tasas de fecundidad específicas en Querétaro mostraban las cifras más elevadas en los grupos de 20 a 24 y de 25 a 29; en los grupos de 15 a 19 años, así como los de 40 a 44 y de 45 a 49, el promedio de nacimientos era menor que en el país; sin embargo se considera importante el número de embarazadas adolescentes, y se hace hincapié en que "su desarrollo físico y psicológico no es aún apto para la maternidad".<sup>17</sup>

---

Tequisquiapan, San Juan del Río y Corregidora. El municipio de Querétaro disminuyó su ritmo de crecimiento, sin embargo, el volumen de la población se consideró alto.

<sup>17</sup> Ibid., p. 10

En relación con las medidas que se tomarían para evitar este problema sólo se tiene conocimiento de un programa para adolescentes denominado "En Buen Plan", que ofrecía información sobre adicciones y métodos anticonceptivos, se contaba con un consultorio en el municipio de Tequisquiapan que el presidente municipal solicitó a la Coordinación de Salud. A menos de que las políticas nacionales o las tendencias demográficas apuntaran hacia la importancia de los adolescentes no resulta congruente lo que revela el diagnóstico con las prioridades que se manejaron.

Otros factores que se tomaron en cuenta fueron las tasas de fecundidad de 1970 y 1980, con un promedio de hijos 8.0 y 6.5 por mujer, respectivamente; el promedio de la edad a la primera unión, ya que ésta incide en las tasas específicas de fecundidad en tanto la etapa reproductiva se alarga o se acorta conforme asciende o desciende la edad para "contraer matrimonio principalmente de las mujeres".<sup>18</sup>

Esta singular frase revela que algunas cosas que debieron cambiar a la luz del concepto de salud reproductiva no lo hicieron, pues ni la planificación familiar es cosa sólo de mujeres ni la edad primera unión es lo mismo que la edad para contraer matrimonio, en realidad, es irrelevante el estado civil de las mujeres o de los hombres para plantearse las prioridades de un programa. Si en principio los o las responsables de los programas no tenían claros estos aspectos y de ahí se parte para priorizar y establecer sus metas, es lógico suponer que quienes se encontraban en relación directa con los usuarios y usuarias reproducirían este esquema.

En el diagnóstico también se enfatizó el cambio del comportamiento reproductivo, que en síntesis fue producto de "las continuas alteraciones socioeconómicas, el impacto de los programas de planificación familiar, (...) la creciente incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, (...) los niveles educativos más altos y en el hecho de que las mujeres se casan cada vez a una edad mayor".<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> Ibid., p. 11

<sup>19</sup> Ibid., p. 12

Es decir, parece que el cambio en el comportamiento reproductivo ha sido un asunto de mujeres que no alude en forma alguna a su avance en la apropiación de su cuerpo y a su capacidad de decidir cuestiones de fondo en un verdadero cambio del comportamiento reproductivo. En este sentido, ese viraje es interpretado como resultado y no como condición.

Ya en otros estudios<sup>20</sup> estaba en tela de juicio de quién era el logro en este aspecto de la transición demográfica, lo que coloca en el centro de la discusión el lugar que ocupan las mujeres en este devenir: o son objeto de políticas ajenas a sus necesidades o protagonistas de su vida reproductiva, coincida esto o no con las políticas demográficas.

Uno de los principales logros en la Conferencia de El Cairo fue precisamente la confluencia de intereses y la ubicación del desarrollo humano como la prioridad. La experiencia de muchas organizaciones en el trabajo con mujeres permite plantear que existen muchas formas de lograr un cambio en las prácticas reproductivas; sin embargo, aquellas que ponen en el centro la capacidad de decidir, la apropiación del cuerpo, el derecho al placer y, sobre todo, la perspectiva de género, coadyuvan no sólo al descenso de las tasas de fecundidad y de natalidad sino al desarrollo humano de las mujeres y, con él, al de todos.

En cuanto a la mortalidad sólo se destacó el descenso de la tasa bruta de mortalidad a partir de 1970 y el aumento de la esperanza de vida en general y, en específico, para las mujeres. Cabe hacer notar que la mortalidad y la morbilidad materna no se retomaron, probablemente porque este problema era competencia del otro componente del programa. Pero de los elementos que aporta el diagnóstico, se desprenden muchas interrogantes, por ejemplo, por qué los indicadores son esencialmente demográficos.

Si bien la política demográfica ha transitado de pronatalista (antes de 1972), a "antinatalista" (a partir de ese año), en la actua-

---

<sup>20</sup> Particularmente, en Llines Monserrat, *Libre elección o fecundidad controlada*, Colección Fuentes, INAH, 1989.

lidad y a partir de la CIPD, se sugiere que la política de población se vincule al desarrollo, a las cuestiones medio ambientales y a la sustentabilidad. En el presente, las políticas poblacionales hacen énfasis en la distribución de la población y en la importancia de crear centros de desarrollo y otras alternativas que permitan la desconcentración de los centros urbanos y no sólo el descenso de las tasas de fecundidad.

En otro orden de consideraciones, los diagnósticos, como todo documento base para la acción, marcan una orientación o direccionalidad la cual definirá las metas que se pretenden alcanzar. Así, un diagnóstico puede ser un instrumento que incida en la problemática o se convierta en justificación de objetivos previamente planteados.

Es incuestionable la importancia que tienen los datos sociodemográficos y demográficos, pero aunados a la participación colectiva posibilitan una mejor toma de decisiones. No en balde la participación es uno de los puntos más señalados en la Plataforma de Acción de la CIPD, no sólo como derecho inalienable de la sociedad civil, sino como clave del éxito en la implementación de acuerdos, políticas, programas y acciones.

Por otra parte, con respecto al contenido del diagnóstico, habría que plantearse la importancia que algunas interpretaciones dan a ciertos datos. No se trata de poner en cuestión si ha habido cambios culturales y sociales, si han sido efectivos los programas de planificación o si "casarse" más joven o más adulta contribuye positiva o negativamente en las cifras, pues todos esos factores contribuido, pero resultaría aún más provechoso preguntarse en dónde se encuentran las mujeres y su toma de decisiones, sus aspiraciones y necesidades, sus deseos, el ejercicio de su ciudadanía en todos estos hechos sociales y de que manera éstos han contribuido, no sólo al descenso de la fecundidad, sino al desarrollo de las propias mujeres, de sus familias y del país en general.

En ese mismo orden, cabría preguntarse en primer término: si el diagnóstico muestra a las mujeres como un sector fundamental en la planificación familiar ¿Porqué no se desagregaron las varia-

bles por sexo: educación, empleo, sectores de actividad, etc.?. Así como está, parece que la importancia demográfica de las mujeres se reduce a la fisiología del útero.

Desde la demografía es posible hacer visibles a las mujeres ¿Para el sector salud, los datos demográficos pueden ir más allá de la valoración de la capacidad de procrear de las mujeres?. Se puede intuir que sí, pues es uno de los sectores que más cerca se encuentran de las mujeres, de sus condiciones de vida, de su cultura.

### **Atención Materno Infantil**

El diagnóstico para este programa fue muy específico, tomó en cuenta las tasas de mortalidad materna, sus principales causas, su distribución por municipio, la mortalidad del preescolar e infantil y sus principales causas. No se hizo referencia a la comparación con los datos nacionales. Las cifras por sí mismas constituyen el instrumento para la formulación de los objetivos y metas.

Se evidenció el incremento paulatino de las tasas de mortalidad materna por 1,000 nacidos vivos registrados (MVR) en los años 1991, 1992, 1993 y 1994, que van del 0.52 al 0.5, posteriormente al 0.78 para descender a 0.63.<sup>21</sup> Algunos de estos incrementos se han justificado por el perfeccionamiento de los instrumentos de registro. Dentro de las principales causas están: la hipertensión que complica el parto, hemorragia del anteparto, hemorragia del posparto, anomalía de la dinámica del trabajo de parto, otros traumas obstétricos y otras causas.

En cuanto a la mortalidad en edad preescolar, se plantea un incremento constante que va de 297 muertes en 1990 a 313 en 1991 y 330 para 1992; en 1993 se registra un marcado descenso a 153 muertes. Las principales causas para ese año son: accidentes, enfermedades infecciosas intestinales, influenza y neumonía.

En relación con la mortalidad infantil, en 1990 se anotan 1,317 muertes, en 1991 fueron 1,422, para 1992 aumentaron a 1,535 y

---

<sup>21</sup> En números absolutos son 29 muertes maternas en el año de 1990, 17 en el año siguiente, 20 en el año de 1992 y 33 en el año de 1993.

en 1993 el número bajó a 1,022. Contrariamente al caso de las muertes maternas, este descenso se justifica por la efectividad de los programas correspondientes en ese año, en que las principales causas de muerte infantil en 1993 fueron ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (hipoxia, asfixia, y otras afecciones respiratorias de feto o del recién nacido), anomalías congénitas del corazón y del aparato circulatorio, espina bífida e hidrocefalia, neumonía e influenza y enfermedades infecciosas intestinales.

Cabe aclarar que este diagnóstico fue muy escueto, no contaba con un análisis y las tablas de causas de muerte tienen errores que no permiten establecer el orden que guardan.

Parece difícil plantearse objetivos sobre muertes maternas e infantiles sin partir de las cifras presentadas; en ellas se puede apreciar que, en su mayoría, se pueden prevenir, aunque no se identifica un grupo particular de mujeres y niños a los cuales vaya dirigido el programa ni sus características demográficas.

Cabría preguntarse sobre los diferentes aspectos que podrían considerarse al definir objetivos y metas para un programa de atención materno infantil: en principio que deje de ser materno infantil y que se desdoble en dos programas, uno dirigido a las mujeres y otro a los niños y niñas; el primero puede visualizar no sólo a las mujeres embarazadas sino a las mujeres en general durante las diferentes etapas de la vida reproductiva. Es curioso ver que mientras un programa sólo ve mujeres que se pueden embarazar, el otro sólo ve mujeres embarazadas cuya importancia radica fundamentalmente en el hijo.

## VIII. Objetivos

### Planificación Familiar

Los objetivos planteados se ubican en la categoría de preventivos-educativos, orientados al Primer Nivel de Atención. Resulta significativo que los objetivos específicos enfatizan en la participación del varón en la planificación familiar, la comunicación educativa, la incorporación de los adolescentes y la calidad en la atención ya que coinciden plenamente con los objetivos y estrategias que se plantean en la CIPD.

No obstante, en los objetivos generales se marcaron directrices, si no opuestas, sí diferentes al espíritu de la CIPD, dado que no se vislumbra una perspectiva de género, ni la vinculación con el desarrollo social o humano, mucho menos con las cuestiones que relacionan la planificación familiar con el medio ambiente y, lo que resulta más grave aún, su perfil definitivamente demografista. Y resulta lógico suponer que un diagnóstico demográfico derivará en objetivos del mismo orden, que tienen como pauta el descenso de la fecundidad. De este modo, el Programa de Salud Reproductiva buscaría los siguientes:

#### Objetivos Generales<sup>22</sup>

- a) Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad con pleno respeto a la decisión y dignidad de las parejas.
- b) Ayudar a reducir la frecuencia de los embarazos no deseados, previniendo así los problemas de salud materno infantil y la incidencia de labor.
- c) Evitar el efecto negativo que tienen sobre la salud el inicio temprano de la reproducción, los embarazos frecuentes y la procreación en el periodo final de la edad fértil.

---

<sup>22</sup> Se presentan los objetivos generales y específicos textuales para su apreciación, *ibid.*, p. 18

Como puede observarse, los tres objetivos buscan el descenso de las tasas de fecundidad; el primero, al menos incorporó el «respeto a la decisión y la dignidad de las parejas» pero el segundo es poco claro e impreciso ya que la relación de los embarazos no deseados con los problemas de salud materno infantil no es mecánica y desde la planificación familiar se puede prevenir un embarazo pero no un embarazo no deseado, la prevención de este tipo de embarazos implica otras medidas. Probablemente se trata de una diferencia en la concepción y conceptualización de lo que es un embarazo no deseado. Independientemente de ello, es importante marcar la diferencia que existe entre el no desear un embarazo y el no desear un hijo.

En el tercer objetivo se alude a la población a la que iría dirigida la mayor atención: mujeres jóvenes, mujeres con cierta cantidad de hijos y las mujeres que se encuentran fuera de la etapa reproductiva.

Disminuir, evitar y reducir son los objetivos que se plantearon pero ¿Dónde se encuentra el bienestar físico, social y mental que implica la salud reproductiva? ¿Dónde o en qué programa se apuntaría al disfrute de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos? ¿Dónde la importancia de la sexualidad? Si lo único que buscaba el programa era el descenso de las tasas de fecundidad era necesario lograr otras cosas, así se plantearon los siguientes:

### **Objetivos específicos**

- a) Ampliar la cobertura de los servicios de salud reproductiva.
- b) Ampliar y consolidar la infraestructura instalada para atender la demanda de métodos anticonceptivos
- c) Elevar el nivel de calidad de los servicios de planificación familiar
- d) Sensibilizar a la población para lograr que participe en la solución de los problemas demográficos del país.
- e) Incrementar los conocimientos de la población adolescente con relación a la planificación familiar, para que adquieran una actitud más responsable hacia la sexualidad.

- f) Ampliar la comunicación educativa propiciando una conducta reproductiva más favorable a la salud.
- g) Fomentar las investigaciones para cuantificar el impacto el programa en la prevención del aborto.
- h) Promover la participación del varón en el Programa de Planificación Familiar.

La ampliación de cobertura y la infraestructura, mejorar la calidad en los servicios, sensibilizar a la población, incorporar a los adolescentes al servicio de planificación familiar, investigar sobre el aborto y fomentar la participación del varón eran objetivos de gran valor del programa, el problema radica en el para qué se pretendía todo esto, ya que el sentido de todas estas acciones no es el mismo si la finalidad es abatir las tasas de fecundidad que si se proponen contribuir al bienestar físico, mental y social de los hombres y las mujeres.

Al énfasis que se pone en estas ausencias subyace una hipótesis fácil de comprobar que sustenta que todos y cada uno de los aspectos de la salud reproductiva devienen particularmente en el contexto de la subjetividad y de la sexualidad, en el terreno de las significaciones e implicaciones que tienen para los sujetos el ser hombre o el ser mujer, la menarca, el procrear, el embarazo, el parto, el amamantamiento, la anticoncepción, las enfermedades propias del aparato reproductor, la menopausia y la andropausia, etc. Al no estar contemplado el bienestar mental no está presente una de las determinantes de una salud sexual y reproductiva.

Hasta ahora, diversas disciplinas estudian y abordan los eventos de la vida reproductiva de las personas, no obstante, la intervención de la psicología, la sociología y la antropología en el campo de la salud ha sido escasamente rescatada, de ello dan prueba las políticas de salud, los programas y las prácticas concretas en las instituciones.

Particularmente, la necesidad del concurso de la psicología se ha hecho evidente a través de los estudios realizados sobre el origen de las enfermedades y las características de la población

que acude a los servicios, ello sin duda ha sensibilizado al personal de salud sobre la importancia de la intervención psicológica, cuestión que tendría que ir abarcando los distintos niveles del engranaje institucional.

La ausencia de estas disciplinas en el abordaje de la práctica institucional puede explicarse por una creencia generalizada de que al tratarse de un ámbito tan natural, hombres y mujeres están dotados del conocimiento, sensibilidad y herramientas necesarios para resolver individualmente cualesquiera problemas, temores, fantasías, mitos y atavismos que se les presentan en este contexto. En la práctica, esto es parcialmente cierto, en primera instancia porque los conocimientos que se transmitían generacionalmente han sido sistematizados y apropiados por la ciencia, pero gran parte de este conocimiento se ha perdido en lo cotidiano. En segunda instancia, porque el conocimiento cotidiano y empírico en muchos casos ya no resuelve los problemas que se enfrentan actualmente, dado que éstos requieren de estrategias sociales que van más allá de las necesidades biológicas.

En un tercer momento habría que considerar que el significado social de las prácticas reproductivas es cambiante, su ritmo y contenido social obedecen a lineamientos de distintos niveles: internacional, nacional, estatal, comunitario, institucional, lo que hace de ellas un campo complejo, del que no desaparece su carácter individual.

Las alternativas posibles no plantean irrumpir en la intimidad de la reproducción y sexualidad sino abrir un espacio de diálogo que posibilite el intercambio de experiencias y soluciones y ofrezca elementos que permitan a hombres y mujeres hacer de sus prácticas reproductivas una experiencia acorde con sus necesidades, deseos y condiciones de vida, particularmente, de la procreación y crianza de los hijos, un proceso de realización plena. Ello pretende contribuir a la salud psicológica reproductiva y la salud de los niños. De alguna manera el espíritu de la Plataforma de Acción de la CIPD así lo plantea.

### **Atención Materno-Infantil<sup>23</sup>**

Indudablemente, este programa privilegió en sus objetivos a la población infantil a través de la madre, en la mayoría de los objetivos la población beneficiaria eran los niños. En cuanto a las mujeres es visible el reconocimiento de la importancia que tiene abatir la mortalidad materna. Este programa se planteó los siguientes objetivos:

#### **Objetivos generales**

- a) Disminuir la mortalidad materna, infantil preescolar y escolar.
- b) Garantizar la atención a la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a (la de) los niños desde la vida intrauterina, durante el nacimiento y a través de las diferentes etapas de su crecimiento y desarrollo. De manera universal y con equidad, mejorando la calidad de los servicios y promoviendo el autocuidado de la salud.

#### **Objetivos específicos**

- a) Fortalecer la educación de la población y en particular de la madre en aspectos relacionados con la atención materna e infantil para promover el autocuidado de la salud reconociendo y apoyando el papel de la madre como procuradora de la salud familiar.
- b) Incrementar las acciones en materia de alimentación y nutrición materna e infantil, con énfasis en las etapas del embarazo, lactancia y durante el crecimiento y desarrollo del niño.
- c) Propiciar la realización de acciones de higiene personal, mejoramiento de la vivienda y saneamiento básico.
- d) Fortalecer la práctica de la lactancia al seno materno.
- e) Mejorar el control oportuno y sistemático de la mujer durante todo el periodo gestacional, así como, del recién nacido, del preescolar y escolar en los procesos de salud-enfermedad.

---

<sup>23</sup> Se presentan los objetivos generales y específicos del Programa para su apreciación, *ibid.*, p. 15.

Es importante que los objetivos específicos apunten a mejorar la calidad de los servicios como cosa indispensable para lograr la salud sexual y reproductiva de la población. Sin embargo, tal pretensión no era suficiente para lograr la equidad, porque, por otro lado, el reconocimiento del papel de la madre como procuradora de la salud familiar y el adjudicarle una serie de responsabilidades ¿no sería un reforzamiento de los papeles tradicionales de género? ¿no contradice uno de los principales logros de la CIPD que es introducir la perspectiva de género en todos los programas y acciones institucionales? ¿no contradice también las propias intenciones del programa de realizar acciones "bajo una clara perspectiva de género"?

Estas preguntas se encuentran en debate desde hace mucho tiempo en el ámbito del feminismo y la educación popular y las respuestas no logran convencer ni a las críticas de este tipo de programas ni a quienes se declaran a favor. Lo cierto es que mientras la crianza de los niños no se socialice y se comparta con los hombres, estos programas no contribuirán a que esta responsabilidad que recae sólo en las mujeres pueda llevarse en mejores condiciones; sin embargo, se ha observado en múltiples experiencias que procesos como el que se pretendía desplegar, acompañado de la reflexión sobre la equidad de género, la sexualidad, el placer y el cuerpo, da a las mujeres la posibilidad de una apropiación de su existencia y no sólo de su autocuidado.

A la par de las observaciones que se apuntan, se reconoce que los planteamientos que se hicieron en este programa reflejan un estado de cosas anteriores a la CIPD. Entonces ¿era momento en 1995 de que las instituciones aterrizaran y garantizaran la instrumentación de los acuerdos de El Cairo? Parece que no, y es por eso que en este documento se identifica el intento de aproximación institucional a la salud reproductiva.

Dada la novedad del tema para las instituciones, la introducción de nuevos enfoques no es cosa fácil, sobre todo por tratarse de conceptos medulares en las relaciones hombre-mujer y que atraviesan la historia y el mundo, que implican el quebrantamien-

to de un orden establecido y de la ilusión de las sociedades de encontrar en la naturaleza la causa y fin de todas las cosas.

## IX. Metas

### Planificación Familiar

**L**os indicadores para el establecimiento de las metas de este programa fueron: usuarios nuevos, activos, consultas de primera vez y subsecuentes, pláticas, visitas domiciliarias, supervisión, cursos de capacitación, reuniones de coordinación y evaluación; la población objetivo eran las mujeres en edad fértil, es decir, el 24.8% de la población abierta y la meta era ingresar a 12,807 nuevas usuarias, considerando que la población abierta era de 656,666 habitantes y 310,815 mujeres en edad fértil; cálculos hechos con base en los datos demográficos del INEGI y de la Dirección de Planeación de la Coordinación de Salud.

Las metas en cuanto a las pláticas, visitas domiciliarias, cursos de capacitación, reuniones de coordinación y evaluación contaban con un componente institucional y un componente comunitario. Para las pláticas, los indicadores de logro serían el número de unidades, pláticas anuales promedio, número total de pláticas y número total de asistentes. Para las visitas domiciliarias los indicadores serían: número de unidades aplicativas, promedio programado, total de visitas tanto para el componente institucional como para el comunitario. Además de las metas demográficas de resultado se incluirían metas de proceso.

Regularmente se observa que los objetivos y metas de la práctica institucional, además de estar determinados por los diagnósticos, están sujetos a formas e indicadores de evaluación que no siempre son competencia de los creadores de los programas y obedecen generalmente a requerimientos externos previos. De este modo, no sólo las metas sino todo el programa se convierte en instrumento de políticas totalmente ajenas a las usuarias y usuarios de los servicios. Si diagnósticos y evaluaciones tienen criterios cualitativos y demográficos, las metas deberán corresponder con estos lineamientos.

Ahora bien, plantearse metas de corte demográfico, no es en sí el problema, si se trata de fenómenos como la mortalidad; en el caso de la fecundidad sí porque lleva implícita la toma de decisiones sobre la reproducción y el propio cuerpo, lo que, como ya se ha visto, es un problema complejo en el que se entrecruzan múltiples factores culturales, sociales, económicos, políticos y psicológicos.

En el caso que nos ocupa, es claro el establecimiento de metas demográficas, en omisión de las principales reglas del juego planteadas en El Cairo. El riesgo sería enorme para el Programa de Planificación Familiar de 1995, pues además de demográficas, las metas son demasiado ambiciosas. Cabe la pregunta ¿Cuál será el costo social en autonomía y en libre consentimiento por el énfasis en las cifras que se quieren alcanzar?

No es difícil suponer que si el descenso de las tasas de fecundidad era la pauta, las condiciones en que ésto se realizaría serían secundarias. Observaciones y entrevistas a usuarias de servicios institucionales de salud en diversos países del mundo han mostrado que el consentimiento del uso de métodos de regulación de la fecundidad puede ser más aceptado cuando sigue a un proceso de información y sensibilización que cuando esto se realiza bajo presión, claro está, también implica una diferencia en costos y en horas de trabajo.

### **Atención Materno Infantil**

Las metas que se propusieron en el Programa de Atención Materno Infantil 1995 también entran en dos rubros: resultado y acción.

Para las primeras, se lograría con respecto al año anterior:

- a) Reducir la tasa de mortalidad materna un 0.51 por 1,000 NVR.
- b) Disminuir la tasa de mortalidad preescolar a un 0.16 por 1,000 preescolares.
- c) Reducir la tasa de mortalidad escolar en un 0.39 por 1,000 habitantes del grupo respectivo.
- d) Abatir la mortalidad por tétanos neonatal.

El carácter cuantitativo de estas metas es incuestionable, sobre todo, porque estaban acompañadas de metas de operación, cuyo fin era resolver problemas graves que requerían una solución urgente. Las metas de operación tenían como principal preocupación el mejoramiento de la calidad en la atención materno infantil. Así, las unidades de medida serían las consultas a embarazadas (totales y de primera vez), partos totales, número de cursos de capacitación sobre normas de atención materno infantil, personal a capacitar, operación de comités de mortalidad materna y perinatal funcionando, y perinatales, hospitales en el programa de prevención del retraso mental de origen metabólico, jurisdicciones en el programa de prevención del retraso mental de origen metabólico, número de niños a realizar el tamizaje, consolidación del Hospital Amigo del Niño y de la Madre.

Es curioso que el número de indicadores para establecer metas concernientes a las madres es mayor que para los niños y que esta relación se invierte en los objetivos. Esto puede significar que las acciones que favorecen a las mujeres requerían de un mayor esfuerzo institucional y que las que favorecen a los niños implican acciones específicas con la madre.

Desde mi perspectiva, estas metas irían encaminadas a lograr una mayor cobertura y, en este sentido, una mejor calidad que como institución tendría la Coordinación de Salud del Estado de Querétaro, pero es importante considerar que evaluar metas de calidad en la prestación del servicio implica incorporar otros indicadores que respondan no sólo a la pregunta de cuántos sino cómo y porqué debido a que no basta que las acciones se realicen sino que se realicen con determinadas características y condiciones.

A pesar de los peros anteriores, el trascender las metas con indicadores de corte demográfico, es decir, fijarse propósitos institucionales concernientes a la calidad en el servicio - condición indispensable para hacer realidad cualquier meta en salud reproductiva- es uno de los logros a subrayar en el programa de 1995.

## X. Capacitación a prestadores de servicios

### Planificación Familiar

**L**a capacitación sobre planificación familiar se dirigió a las instituciones de educación media y media superior, a los pasantes de medicina, enfermería, trabajo social y psicología, así como al magisterio, a los estudiantes normalistas y a los educadores voluntarios, lo que no es visible es quién y bajo qué conceptos se capacitaría a los capacitadores. Los contenidos de la capacitación se orientaron fundamentalmente a la planificación familiar y a la sexualidad de los adolescentes.

Aunque no se señaló en el documento, en las entrevistas realizadas se mencionó la ejecución de talleres de género, de métodos anticonceptivos y de consejería con el personal de salud y con parteras empíricas. Al parecer, las capacitaciones no contaron con una estrategia de seguimiento que diera cuenta de la adquisición de habilidades y capacidades e hiciera posible la formación de cuadros de trabajo con la profesionalización necesaria para ser totalmente autosuficientes.

### Atención Materno Infantil

La capacitación para la ejecución de este programa abarcó a diversos temas y prestadores de servicios. Se incluyó a parteras empíricas, procuradoras de la salud y se buscó también el fortalecimiento de la capacitación en todos los niveles de forma general; los temas tratados han sido cáncer cérvico uterino, la salud empieza en casa, salud, mujer y desarrollo, problemas específicos de la madre y el niño. No se alude al concepto de salud reproductiva ni a la perspectiva de género y varios temas confirman que la población prioritaria para este programa son los niños.

En ambos programas se puso a la capacitación en un lugar secundario, sin una estrategia específica para su realización, punto de suma importancia pues la perspectiva de género, las cuestiones relativas al consentimiento informado, la calidad y la calidez en la atención -dado que están ligadas a las relaciones sociales y

cultura- pasan, necesariamente, por la exigencia de un proceso educativo profundo.

La estructura organizativa expuesta y las propuestas de funcionamiento de ambos programas hicieron evidente que se contaría con los recursos humanos y elementos suficientes para esta tarea, lo que faltó, quizá, fue un mayor peso en la capacitación como base del proceso.

## **XI. Supervisión y evaluación Planificación Familiar**

**P**ara supervisar el programa se planteó un seguimiento mensual a través de los sistemas de registro interinstitucionales. También se propuso realizar una encuesta anual para medir el impacto del programa y afinar acciones; seguimiento y encuesta que, a su vez, serían sometidos a evaluación anual en presencia del ejecutivo federal y los titulares de las instituciones correspondientes con el fin de redefinir o cambiar estrategias. El cumplimiento de objetivos y metas sería evaluado con el indicador de «usuarios activos, usuarios nuevos, consultas de primera vez y subsecuentes» asentados en el registro institucional. Para la evaluación se proponen líneas muy generales: una periodicidad mensual, trimestral, semestral y anual en los niveles estatal, jurisdiccional y local.

Probablemente, con los indicadores que se incorporaron al Programa hubiera sido posible identificar los cambios sustantivos que se perseguían; sin embargo, para recuperar las experiencias y procesos que permitirían «redefinir, replantear, corregir» se necesitaba reconocer además de los logros, el por qué y el cómo se alcanzaron; identificar cuáles fueron los factores de éxito y de fracaso, qué factores influyeron y su naturaleza estructural, coyuntural, presupuestal, administrativa, de la propia institución o externos. También era necesario identificar las modificaciones del programa, la razón de éstas y las consecuencias que tuvieron, entre otros aspectos. También hubiera sido provechoso, en este primer intento de concretar el concepto de salud reproductiva, tratar de

medir el fortalecimiento o debilitamiento institucional a partir del nuevo programa.

Durante los años siguientes, 1996 y 1997, según el ex titular de la dependencia, también se añadieron indicadores de proceso, entre ellos los propuestos desde el nivel federal que son setenta y dos.

Otro sistema de evaluación que llama poderosamente la atención es el del Hospital Amigo del Niño y de la Madre, ya que -en palabras del ex director médico de la SSA en Querétaro- tienen «sistemas de evaluación más dinámicos, más realistas, más que de números, son de calidad del proceso educativo que, finalmente, mucho va a influir en el conocimiento que la población tenga sobre los factores de riesgo que le condicionan daño».

Con todo, estos hospitales parecen más amigos del niño que de la madre o de las mujeres, ya que el eje de su trabajo es la lactancia materna. Basta observar las consignas en las paredes de los hospitales y oír el discurso que circula en los diferentes servicios y en la Clínica de Lactancia que se ha establecido en el Hospital Materno Infantil, para darse cuenta de que cuando un objetivo es de veras prioritario puede mover a la cooperación de todos los miembros de una institución.

Ahora bien, que los hospitales y los centros de salud en general puedan ser «amigos de las mujeres» y no sólo «amigos del niño» implica asumir y aceptar la importancia de la perspectiva de género y desde ahí prestar un servicio de calidad y con calidez; exige cambios profundos en la estructura institucional, pasa por la reorganización administrativa y presupuestal pero, sobre todo, demanda voluntad política y la participación de todos como agentes de transformación. En entrevista al ex titular de la institución, éste asumió que el seguimiento, la evaluación, supervisión y control, son cuestiones importantes.

### **Atención Materno Infantil**

La supervisión del programa tenía el objetivo de asesorar a los ejecutores bajo un concepto integral de atención materno infantil.

En el nivel municipal sería realizada por el Director de Servicios Municipales de Salud y por la Jefa de Enfermeras, la jurisdicción lo haría con los municipios por medio de visitas programadas por las unidades de acuerdo con las problemáticas observadas. El nivel central supervisaría a las jurisdicciones sanitarias, unidades de primero y segundo nivel en sus municipios. Los resultados de la supervisión se plasmarían en un informe técnico de cada situación, causas, líneas de acción, plazos y responsables. Se sugirió también la realización de reuniones bimestrales con los responsables jurisdiccionales del programa para revisar las guías de supervisión y monitorear el avance en la solución de los problemas detectados.

La supervisión del Programa de Atención Materno-Infantil fue diseñada muy meticulosamente, contaba con una nota normativa y con formatos e indicadores precisos para la evaluación de los prestadores, instalaciones, y operación.<sup>24</sup> La revisión comprendería hasta la utilización de datos demográficos de la población total y derechohabiente, equipo, infraestructura, mobiliario, insumos, formatos, archivos, sistemas de información.

En las formas de evaluación y supervisión de este programa se hizo evidente el interés por alcanzar los objetivos por una parte, los indicadores permitirían valorar el impacto en la población y, por otra, la supervisión permitiría reconocer los obstáculos institucionales con relación a los prestadores de servicios, la infraestructura, existencia y suministro de materiales, etc. Asimismo, la propuesta de realizar reuniones de discusión en los distintos niveles muestra una perspectiva de evaluación que va más allá del mero resultado e incorpora al proceso como elemento importante de la evaluación. Se desconoce si esta evaluación se llevó a cabo con la rigurosidad que se planteó, sin embargo, como propuesta es un claro avance tendiente a lograr la calidad en la atención.

---

<sup>24</sup> Los indicadores de evaluación para el cumplimiento de metas eran quince: Consultas de primera vez, Cobertura total, Partos totales, Mortalidad perinatal, Mortalidad materna intrahospitalaria, Cesáreas, Parteras que informan, Partos por parteras, Procuradoras, Agentes, Consultas a menores de 1 año, Consultas a niños de 1 a 4 años, Atención preescolar, Niños tamizados y el Hospital Amigo de la Madre y el Niño

## XII. Presupuesto para la Salud Reproductiva

**L**a puesta en marcha de un programa como éste implica, a diferencia de cualesquiera otro, repensar, diseñar, presupuestar, organizar, actuar y servir a la población desde una perspectiva de equidad, calidad, calidez, en cuestiones relacionadas, en última instancia, con un ámbito íntimo de los seres humanos como son la sexualidad, la reproducción y sus prácticas. En otros términos, se trata de un programa que apunta a la subversión de un orden establecido.

Es por ello que para la ejecución del Programa de Salud Reproductiva era necesaria la articulación de las acciones en los diferentes niveles de atención, un lugar en la estructura institucional, una organización administrativa adecuada, capacitación y, por supuesto, el financiamiento que hiciera viable el programa.

Considerando que el programa de 1995 arrancó con dos pilares fundamentales que son los servicios de Planificación Familiar y Atención Materno Infantil y que las herramientas documentales que permiten hacer un cálculo aproximado no están etiquetadas por programas, el acercamiento al presupuesto ejercido en materia de salud reproductiva se definió por la suma de los presupuestos de los subprogramas de planificación familiar, atención materno infantil, consulta externa gineco obstétrica y hospitalización gineco obstétrica,<sup>25</sup> reportados en los Anuarios Estadísticos de la Secretaría de Salud.<sup>26</sup>

El análisis del presupuesto que a continuación se muestra es una primera aproximación al comportamiento de los recursos en materia de salud reproductiva en el estado de Querétaro durante el periodo de 1994, 1995 y 1996. Hemos deflactado los pesos corrientes y los convertimos a pesos de 1993, para calcu-

<sup>25</sup> Tanto la consulta como la hospitalización ginecoobstétrica fueron calculadas a partir de la consulta externa general y la hospitalización general.

<sup>26</sup> Se revisaron los Anuarios Estadísticos de la Ssa de los años 1993, 1994, 1995 y 1996, de los cuales se seleccionaron los tres últimos años ya que por la forma en que estaba agregado el presupuesto en 1993 hacía imposible establecer las comparaciones que se necesitaban.

lar la tasa real de crecimiento real del presupuesto ejercido por cada subprograma.

Este análisis no permite visualizar el costo que tendría realizar los programas con una «clara perspectiva de género (y) propiciar una mayor equidad en las relaciones entre los géneros, con igualdad de oportunidades y así contribuir al proceso de desarrollo del país»,<sup>27</sup> pero nos acerca a las prioridades que marcaba la institución para los diferentes componentes de salud reproductiva y sugiere con datos de algunos de los resultados obtenidos en esos años.

El presupuesto ejercido en 1994 para planificación familiar consumía el 3.5% del total, en 1995 descendió a 1.8% y para 1996 fue de 1.9%. El Programa de Atención Materno Infantil guardaba una relación muy diferente con respecto al presupuesto total estatal, en 1994 absorbía el 0.4%, en 1995 de 0.3% y en 1996 0.4%. La consulta gineco obstétrica mantuvo un porcentaje de 0.3 a lo largo de los tres años. La hospitalización gineco obstétrica observó un comportamiento irregular participando con el 2.5% en 1994, el 1.0% en 1995 y el 2.2% en el año siguiente (ver gráficas 1, 2 y 3)

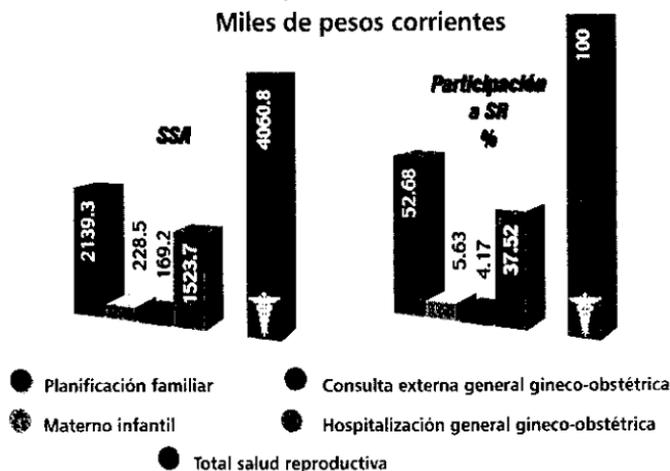
---

<sup>27</sup> Ssa, Programa Estatal de Salud Reproductiva del estado de Querétaro *op.*, *cit.*

Gráfica 1

Presupuesto ejercido por su programa Ssa  
Querétaro 1994

Miles de pesos corrientes

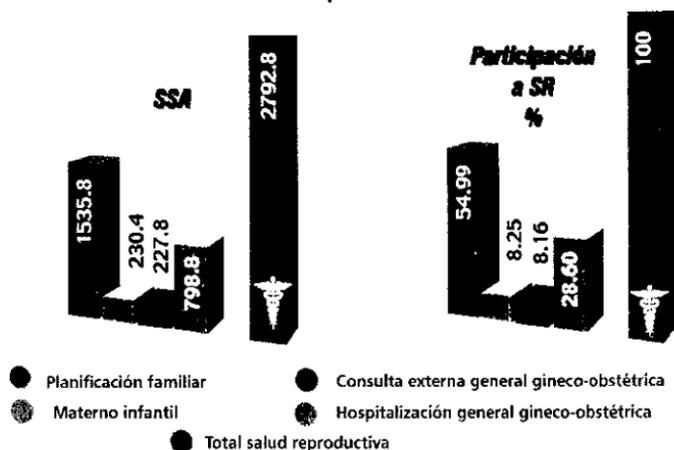


Fuente: Elaboración propia con base en datos de Ssa, *Anuario Estadístico de la Ssa*, (1994-1996).

Gráfica 2

Presupuesto ejercido por subprograma Ssa  
Querétaro 1995

Miles de pesos corrientes

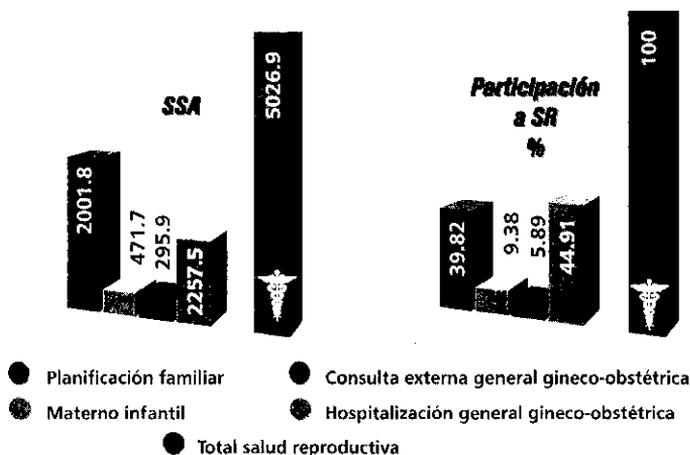


Fuente: Elaboración propia con base en datos de Ssa, *Anuario Estadístico de la Ssa*, (1994-1996).

En 1994, la participación porcentual de los diferentes programas en el total en salud de la SSA en Querétaro mostró un comportamiento diverso que refleja una priorización de la planificación familiar sobre los otros programas, ya que tenía un porcentaje considerablemente más alto, inmediatamente abajo se encontraba la hospitalización gineco obstétrica, materno infantil y consulta gineco obstétrica.

### Gráfica 3

**Presupuesto ejercido por subprograma Ssa  
Querétaro 1996**  
Miles de pesos corrientes



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SSA, Anuario Estadístico de la SSA, (1994-1996).

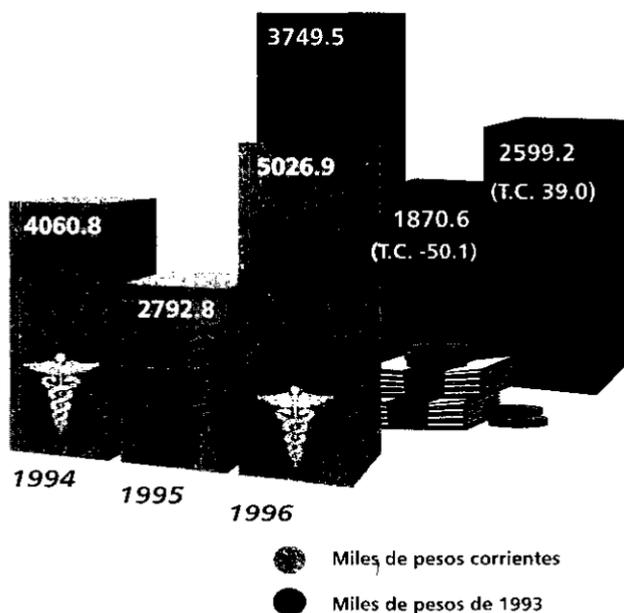
### La crisis de 1995 y su impacto en la salud reproductiva

Es pertinente recordar que 1995 fue un año muy difícil para la economía del país, debido a la devaluación y la reducción del gasto social, por lo pronto, para la salud reproductiva representó una reducción evidente del 50.1% (ver gráfica 4).

Se modificaron, a su vez, los porcentajes de participación de los subprogramas en el presupuesto total estatal; el de planifica-

## Gráfica 4

### Gasto en salud reproductiva Querétaro 1994 - 1996



Importante: A consulta externa general y hospitalización general se les ha aplicado el porcentaje correspondiente a consultas y hospitalización de gineco-obstetricia.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Ssa, *Anuario Estadístico de la Ssa*, (1994-1996).

ción familiar descendió de 3.5% a 1.8%, el de materno infantil decrece de 0.4% a 0.3%, consulta externa ginecológica se mantiene en 0.3% y hospitalización gineco-obstétrica baja de 2.5% a 1%. ¿Qué significa para la salud reproductiva este reordenamiento? A la luz de los objetivos y metas de 1995 esto quiere decir que, aunque el presupuesto se contrajo, bajar las tasas de fecundidad seguía siendo prioritario, ya que su participación seguía siendo mayor que la de los otros programas, que la hospitalización gineco obstétrica tendría que reducir necesariamente su cobertura, que la con-

sulta general gineco obstétrica seguiría manteniendo su nivel de participación y que la atención materno infantil, aunque menos sacrificada que la hospitalización gineco obstétrica, también tuvo que reducir considerablemente su presupuesto con las previsible implicaciones para la salud de la población infantil y femenina.

Los retos eran enormes. Como se recordará, las metas de PF eran ingresar 47% más de usuarias activas que en 1994, la mortalidad materna tendría que reducirse a la mitad y la mortalidad infantil un 2.4 por 1,000 NVR con relación al año anterior.

El porcentaje de ingreso de nuevas usuarias, como era de esperarse, descendió ligeramente con respecto al año anterior pero la tasa bruta de natalidad siguió la inercia, y bajó de 25.60 a 25.10 por cada 1,000 habitantes. La tasa de mortalidad materna aumentó notablemente de 4.85 a 5.29, la mortalidad también aumentó de 9.50 a 9.93.<sup>28</sup> La cobertura de atención a la consulta externa gineco obstétrica era prácticamente la misma<sup>29</sup> con un ritmo de crecimiento en el promedio de consultas prenatales por embarazada similar al del año anterior y al del año posterior. Los nacimientos atendidos en las unidades médicas descendieron del 66.49% al 65.79%, es decir, un 0.7%, a diferencia del crecimiento que registraron entre 1993 y 1994: 63.58% a 66.49%, que equivale a un crecimiento de 2.91%.

Aparentemente, la reducción del porcentaje de participación de planificación familiar no lesionó gravemente los resultados, aunque el presupuesto ejercido cayó hasta un -47.3%, fue menos grave que la reducción de hospitalización gineco obstétrica que fue de 61.5%. Esto puede relacionarse, con el incremento en las tasas de mortalidad materna y neonatal de ese año, el promedio de consultas prenatales en sí mismo no sufrió gran deterioro, pero tampoco absorbió a la franja de población que, se supone, quedó sin servicios por la crisis.

---

<sup>28</sup> Fuente: INEGI/SSA Tasa por 10,000 NVR.

<sup>29</sup> Aunque se puede suponer que la demanda debió elevarse considerablemente por la franja de población que quedó sin derechohabencia por la falta de empleo y por la falta de recursos para el acceso a servicios privados.

Si bien es cierto que la mortalidad materna está relacionada con una amplia gama de factores y que las condiciones de vida de las mujeres también pudieron haberse deteriorado en ese año no sería ocioso tratar de identificar en qué medida la reducción del presupuesto ejercido por hospitalización gineco obstétrica pudo incidir en el incremento en estas muertes, directamente o a través de las diferentes fases de la atención a mujeres y neonatos.

En ese contexto, es obvio que difícilmente se lograrían los resultados esperados en este periodo, más aún si las metas que se habían propuesto eran ambiciosas y poco realistas. A pesar de ello, el reordenamiento presupuestal en circunstancias de crisis representa una lección que muestra que con pocos recursos algunas metas pueden alcanzarse, y que en cambio otras -precisamente por estas circunstancias de crisis- requieren del fortalecimiento del presupuesto, de ahí la polarización entre dos de las metas más complejas del programa: la relativa al descenso de la fecundidad y la del descenso de la mortalidad materna (ver gráficas 5 y 6)

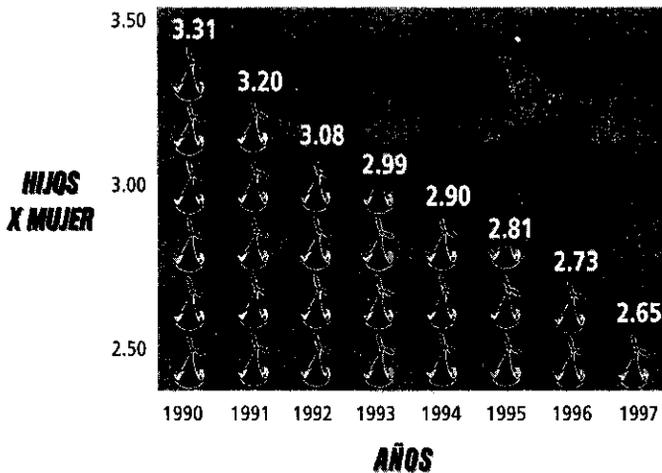
En el ejercicio presupuestal anterior era evidente la priorización del Programa de Planificación Familiar, en el contexto de la crisis sigue siendo prioritario pero tiene una notable reducción porcentual en el total estatal y en su tasa de crecimiento, en el año de 1996 el porcentaje de participación sigue bajando y su prioridad pasa a segundo plano. Estos cambios van acompañados del dramático descenso en el porcentaje de la hospitalización gineco obstétrica en 1995 que luego aumentó en 1996. De esta relación inversamente proporcional surgen las siguientes preguntas ¿no existían parámetros que permitieran prever el impacto de la crisis en la mortalidad materna como punto de partida para el establecimiento de criterios en la distribución del gasto? ¿qué flexibilidad tiene el presupuesto para hacer frente a las eventualidades financieras del país? ¿con qué criterios se estableció la distribución del gasto en el contexto de crisis? ¿fue el incremento de las muertes maternas la que determinó la reconsideración en la lógica de distribución del gasto? ¿se recuperan experiencias pasadas para la distribución del gasto en salud?

Con respecto al gasto total en salud, de un lado se tiene un programa con una participación porcentual muy significativa que es el de planificación familiar, por otro lado, un problema grave como es el de las muertes maternas en Querétaro ¿qué significaba el Programa de Planificación en el quehacer institucional?.

Los terribles resultados de una crisis que rebasa al propio sistema de salud redefinieron, afortunadamente, la política seguida en materia de distribución del gasto. Aunque se reconozca que muchos de los cambios necesarios en salud reproductiva no requieren de una inversión tan fuerte, habría que diferenciar por subprograma y establecer criterios de distribución más acordes con las metas y la realidad social.

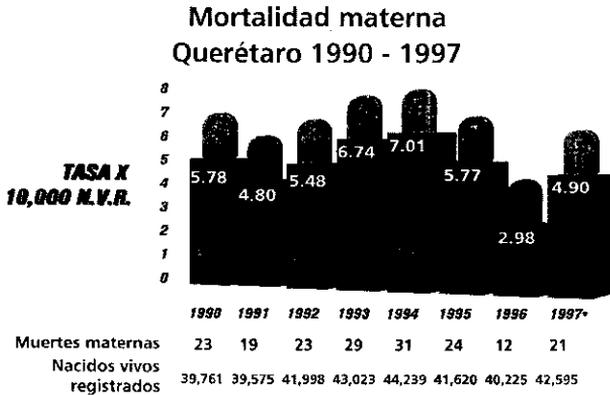
Gráfica 5

Tasas globales de fecundidad  
1990 - 1997



Fuente: Conapo, 1998

## Gráfica 6



Fuente: INEGI/SSA

• Dato estimado

### El repunte del presupuesto para la salud reproductiva

En 1996 se asignaron más recursos, la salud reproductiva recuperaría gran parte de su participación en el presupuesto ejercido en salud, con una tasa de crecimiento de 39.0%, a diferencia del año anterior que fue de -50.1% (ver gráfica 7).

La distribución de recursos también se modificaría. La participación porcentual de planificación familiar, atención materno infantil y consulta gineco obstétrica subieron ligeramente, mientras la hospitalización gineco obstétrica tuvo un repunte inusitado pasando del 1.0% a 2.2%. Se invirtió la relación con respecto al total estatal al ubicarse la hospitalización gineco obstétrica con el porcentaje de participación más alto, seguida por la planificación familiar con 1.9%, subsecuentemente por la atención materno infantil con 0.4% y la consulta externa gineco obstétrica con el mismo 0.3%.

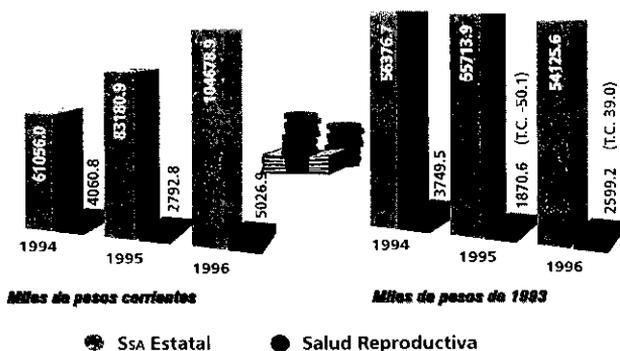
Aunque no se puede establecer una relación de determinación entre el presupuesto ejercido y los resultados obtenidos en 1996, habría que considerar que al tiempo que se incrementó el presupuesto ejercido en hospitalización gineco obstétrica en 124.6%, decreció la mortalidad materna pasando de una tasa de 5.29 por

10,000 NVR en 1995 a 4.77 en 1996. En planificación familiar, cuya tasa de crecimiento del presupuesto ejercido es mucho menor, resultan que el ingreso de nuevas usuarias, siguió aumentando mientras las tasas de fecundidad globales mantuvieron su descenso, prácticamente con el mismo ritmo que en años anteriores.

El aumento considerable del presupuesto del programa materno infantil, y de hospitalización gineco obstétrica, plantearon un panorama totalmente diferente al del año anterior, la tasa de mortalidad materna bajó a 4.77 y fue menor inclusive que la de 1994, ubicada en 4.85, y que la del terrible 1995 que fue de 5.29. En la tasa de mortalidad neonatal también se dio un descenso de 9.93 a 9.73 de un año a otro. ¿Cómo se explica este cambio? ¿es suficiente la razón presupuestal? Para responderse habría que considerar muchos más elementos, entre otros el impacto del Programa de Salud Reproductiva.

## Gráfica 7

**Participación del gasto en salud reproductiva con respecto al gasto total de la Ssa Querétaro 1994 - 1996**



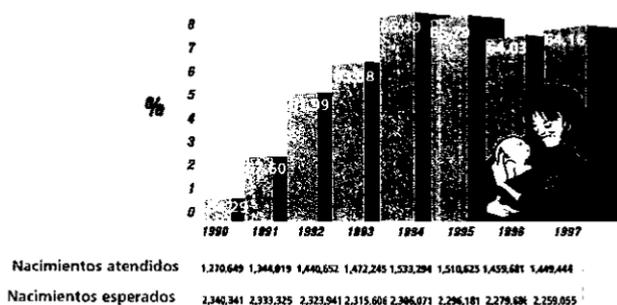
Importante: En la salud reproductiva a los subprogramas de consulta externa general y hospitalización general se le ha aplicado el porcentaje gineco-obstetricia.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Ssa, *Anuario Estadístico de la Ssa*, (1994-1996)

Sin embargo, el porcentaje de nacimientos atendidos sobre los nacimientos esperados siguió descendiendo, de 65.79% que alcanzó en 1995 a 64.03% en 1996 (ver gráfica 8), lo que hace suponer que el número de partos atendidos no está directamente relacionado con la mortalidad materna. Debieron ser otros factores los que influyeron para que las tasas de mortalidad se modificaran tan sorprendentemente. Las consultas prenatales crecieron 3 décimas más que de 1994 a 1995, y resultan esenciales en la identificación de factores de riesgo para la muerte materna.

## Gráfica 8

**SNS: Nacimientos atendidos  
en unidades médicas 1990 - 1997**



Fuente: INEGI-SSA

En ese mismo año, el presupuesto ejercido en consulta externa gineco obstétrica se elevó de -2.3 a 0.3 manteniendo su participación porcentual en 3.0%- en tanto, el promedio de consultas prenatales por embarazadas aumentaba 11 décimas.

Parece lógico suponer que los resultados en el año de 1995 tuvieron que ver con los cambios de los diferentes subprogramas pero también cabe considerar que el impacto del programa no fue inmediato y que el siguiente año cabía esperar mejores resultados.

Asimismo, 1996 resulta crucial pues se difunde a nivel nacional la Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer -realizada en

Beijing en 1995- que llamó particularmente la atención y, a diferencia de la CIPD, hizo "ruido" en la población; las propias instituciones comentaron, en pro y en contra, el evento internacional. En este clima empezó a tener mayor interés todo lo que se tratara de mujeres, era evidente la apropiación de discursos, inclusive, del término género, generalmente usado de manera inapropiada. Los gobiernos, los políticos y hasta la iglesia católica reconocen las injusticias que se han cometido con las mujeres. El ambiente era propicio para que las mujeres trataran de tomar la palabra.

Un año antes, en Querétaro se habían llevado a cabo una serie de foros amplios. Por primera vez las mujeres de ONG eran convocadas a la Primera Conferencia para la Iniciativa de una Maternidad sin Riesgos (CCIM). Ahí se habló de la mortalidad materna, de cáncer cérvico uterino, de mortalidad perinatal, de los cursos a parteras empíricas, pero también se habló de los derechos de las mujeres, de género, del patriarcado, de las embarazadas adolescentes, de la sexualidad y de la autoestima, entre otros temas. Hacia finales del año, el Consejo Estatal de Población organizó el Foro «La Situación de las Mujeres en Querétaro» a fin de integrar el documento de propuestas que la delegación oficial de México llevaría a Beijing.

En 1996 aumentó la audiencia y la interlocución entre los grupos de mujeres y las instituciones, las mujeres de ONG para dar a conocer los acuerdos de la CCIM y el establecimiento de compromisos por parte de las instituciones.

Asimismo, aunque de consumo institucional, el COEPO, como parte de su Proyecto de Descentralización de la Política de Población,<sup>30</sup> llevó a cabo en ese año los Talleres de Educación en Población<sup>31</sup> que se realizaron en 5 regiones del estado con la

---

<sup>30</sup> Con una partida extraordinaria por parte del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) para equipos audiovisuales, materiales didácticos, capacitación, etcétera.

<sup>31</sup> Un esfuerzo novedoso al que no fueron invitados los grupos locales de mujeres expertas que pudieron haber enriquecido en gran medida la organización, la metodología de trabajo, el temario y el enfoque de género en los talleres y acaso garantizar su seguimiento y reproducción.

participación de todos los municipios, a los cuales fueron convocados prestadores de servicios de la Ssa en Querétaro y maestros de la Unidad de Servicios de Educación Básica en el Estado de Querétaro. Los temas que se incluyeron fueron: género, familia, sexualidad, desarrollo y medio ambiente.

Por otra parte, por el ambiente de elecciones locales y federales, las instituciones solicitaron la presentación de propuestas para integrar los programas de algunos candidatos. En este contexto también las mujeres organizadas crearon espacios para establecer compromisos de los partidos con las mujeres. Sería aventurado suponer que ello incidió en la prestación de servicios de salud, en las prácticas hospitalarias o en la reducción de la mortalidad, sólo se quiere anotar el ambiente que imperaba en ese momento.

En general, el presupuesto ejercido en 1994, 1995 y 1996 muestra que ninguno de los programas alcanzó la participación porcentual que el programa de planificación familiar en 1994. La distribución porcentual del presupuesto siempre favoreció a la planificación familiar, con excepción del año de 1996 en que la hospitalización general gineco obstétrica lo superó con 3 décimas de punto.

A la luz de los resultados es notorio que las metas de planificación familiar, con todo y su sesgo demográfico, se lograron a pesar de las notables reducciones que sufrió en sus recursos, lo que representa una lección importante siempre y cuando los costos no hayan recaído en las mujeres bajo la forma de presión ejercida por los prestadores de servicios, reducción de la gama de anticonceptivos a los de carácter permanentes -que no son controlados por las mujeres-, de consentimiento no informado o peor aún de su aplicación "sin consentimiento".

Hasta donde pudo observarse, el Programa de Atención Materno Infantil de 1995 tenía una estrategia de acercamiento a las mujeres más evidente que los demás programas, con temas amplios que repercutirían en la población en general, pero además articulaba metas que no dependían directamente de su presupuesto al hacer referencia al descenso de la mortalidad materna e infantil; su participación porcentual en el presupuesto junto con

el de consulta externa gineco obstétrica es notoriamente más bajo que el de los otros subprogramas.

Resultan poco claras las razones por las cuales el presupuesto ejercido en materia de hospitalización general gineco obstétrica tenía un porcentaje de participación menor al de planificación familiar en 1994 y mayor en 1996. El aumento de las tasas de mortalidad materna y la mortalidad neonatal de 1995 pueden aportar elementos que den sentido a esos cambios pero no explican los criterios y la racionalidad de la distribución en la participación del presupuesto.

Quedan fuera del análisis del presupuesto otros factores que el concepto de salud reproductiva abarca como son la capacitación, la integración de grupos de mujeres en el diseño y elaboración de políticas, programas y evaluaciones, también otros programas como los de cáncer cérvico uterino y mamario, la toma de pruebas, el VIH-SIDA, entre otros difíciles de identificar por la forma en que esta agregado el presupuesto.

### **XIII. Programa de Salud Reproductiva 1999** **Estructura actual de la Secretaría de Salud y** **Coordinación General de los Servicios de Salud en** **el estado de Querétaro**

**L**a Secretaría de Salud del Estado de Querétaro tiene un carácter normativo e integra a las instituciones del Sector Salud como son el IMSS, el ISSSTE, los Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) e instituciones de medicina privada.

Para el cumplimiento de sus objetivos el Programa de Salud Reproductiva articula acciones con otros como el Programa de Atención a la Salud del Adulto y del Anciano a través del subprograma de neoplasias malignas, en lo que concierne a CACU, y con el Programa de VIH-SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).

El Programa de Salud Reproductiva también se desarrolla en el Segundo Nivel de Atención a través de sus diferentes jefaturas;

no obstante, las acciones preventivas y de promoción se llevan a cabo fundamentalmente por el Primer Nivel de Atención, la articulación entre estos dos niveles son las derivaciones y canalizaciones por los diferentes subprogramas, de Planificación Familiar, CACU, Salud Perinatal, etcétera.

El Departamento de Primer Nivel de Atención está en proceso de reestructuración con la finalidad de lograr dos objetivos prioritarios de la Subdirección Médica que son, en primer término, el acceso universal a partir de la extensión de la cobertura; en segundo lugar, la calidad en los servicios. La reestructuración consiste en dividir en dos las actividades administrativas del departamento: lo concerniente a salud reproductiva y todo lo concerniente al Primer Nivel de Atención. El jefe de Primer Nivel de Atención también es titular del Programa de Salud Reproductiva, no obstante, cada uno de los componentes del programa: planificación familiar, salud perinatal y salud de la mujer cuentan con un responsable.

Vale la pena insistir en la necesidad de una instancia que articule los componentes del programa y los diferentes niveles de atención, pues mientras el Programa de Salud Reproductiva se encuentre inscrito en el Departamento de Primer Nivel, será más complicado ampliar las estrategias a los demás niveles, así como el seguimiento de las acciones en esta materia.

### **Planificación Familiar**

En cuanto a los objetivos, cabe señalar un avance significativo con respecto al programa de 1995: la incorporación de la vasectomía sin bisturí como una prioridad. Asimismo, llama la atención la meta sobre la retención de usuarios, que aunque planteada en términos demográficos, implica un análisis detallado en el diagnóstico para la definición de la población objetivo.

Con relación a las estrategias para la instrumentación del programa se hace notoria la intención de llevar a cabo acciones puntuales que podrían garantizar no sólo la llegada a las metas demográficas sino el bienestar de hombres y mujeres ya que, como

se ha señalado, el consentimiento informado implica un servicio profesional y personal capacitado, así como la sensibilización que lo hace posible. Por tanto, el énfasis en la capacitación en consejería y la difusión redundará en el éxito del programa. Si el incremento de vasectomías es objetivo prioritario podría decirse que se incorporó también una perspectiva de equidad que hasta ahora no ha sido visible en los resultados de planificación familiar y que en este caso podría constituir un avance.

### **Salud Perinatal**

En cuanto a la salud perinatal, se comentó que actualmente existen altas tasas de mortalidad materna y un bajo promedio de consultas prenatales en las unidades médicas, bajo número de partos atendidos en las unidades médicas, alto número de cesáreas (que determinan como objetivo prioritario del programa el descenso de las tasas de mortalidad materna). La estrategia consiste en incrementar las consultas de atención prenatal, dotando a las diferentes unidades de los instrumentos necesarios para lograr calidad en la atención. La revisión del aspecto técnico incluye la dotación de cintas métricas, básculas y baumanómetros para detectar problemas que pudieran presentarse durante el embarazo y combatir las causas de mortalidad materna.

Existe también un proyecto para incrementar las consultas de atención prenatal capacitando a personal auxiliar médico en las localidades, inclusive en aquellas en donde hay médico para que apoye la atención del parto cuando no se encuentre la enfermera y de este modo haya menos partos referidos a segundo nivel por falta de personal. Este personal de apoyo recibirá un incentivo y capacitación para que, en caso de emergencia, pueda atender a las usuarias en el parto. Como requisito, estas personas serán elegidas por la comunidad. El proyecto se considera viable y con buenas perspectivas, quizá un tanto costoso pero capaz de garantizar el decremento de la mortalidad materna. En esta materia se está realizando un diagnóstico situacional de los recursos y giras semanales para revisar las casas de salud y detectar las necesidades.

Por otra parte, se impartirá un curso de capacitación que brinde seguridad a los médicos para atender los partos en circunstancias especiales, pues recurrentemente refieren estos partos a hospitales de segundo nivel cuando no cuentan con todos los instrumentos necesarios para reanimación aunque no siempre se presentan complicaciones que pongan en peligro la vida del bebé y existen técnicas de reanimación que no requieren de instrumentos tan costosos. En esta situación los médicos temen más el daño en el niño que la muerte materna. Este proyecto pretende disminuir los costos directos de la atención y de los usuarios.

También se pretende implementar la estrategia de segunda opinión para la realización de cesáreas, así como un control de los médicos en las diferentes unidades para reducir el número de intervenciones quirúrgicas.

Con respecto a la atención del puerperio se implementará un programa de promoción y educación para que las mujeres realicen sus visitas al médico y permitan el seguimiento en esta fase; en los casos de las mujeres que no acuden a su revisión posparto, se propone acudir a su domicilio para evitar y detectar sépsis y sangrados.

La estrategia planteada para el descenso de la mortalidad materna ha tomado en cuenta una serie de factores que el programa de 1995 no había considerado, al incorporar acciones en las diferentes fases del proceso de atención, en los niveles técnico, de recursos materiales, capacitación y seguimiento.

Solo habría que añadir, dados los resultados del análisis del programa de 1995 y el presupuesto ejercido, que no se hace mención del incremento de los partos atendidos en unidades médicas y en específico sobre los problemas de los recursos en la hospitalización gineco obstétrica, que como se vió podrían tener una relación con las muertes maternas.

### **Salud de la Mujer**

En cuanto al Programa de Salud de la Mujer, durante los últimos cuatro meses de 1998 se le dio promoción y difusión al Programa

de Cáncer Cérvico Uterino, sin embargo, no se contaba con los recursos humanos y materiales necesarios. Se contrataron tres patólogos para poner al corriente 4,675 citologías rezagadas, las cuales se realizaron en dos meses con la ayuda de un equipo de trabajo. Asimismo, se realizará la captura de los formatos de las citologías a nivel jurisdiccional y no estatal por medio del programa informático Epicacu, lo que permitirá entregar los resultados del papanicolau a las usuarias de manera más rápida, posteriormente, a través de Vigilancia Epidemiológica se realizará el seguimiento de aquellas mujeres con alguna displasia o algún otro problema para que sean atendidas en la Clínica de Displasias.

Otra acción que se lleva a cabo es la capacitación de dos colposcopistas, uno para la Clínica de Displasias de la Jurisdicción Sanitaria I, y otro para una Clínica de Displasias que se está montando en la Jurisdicción Sanitaria II de San Juan del Río, en esta misma Jurisdicción se establecerá un módulo de tomas de citologías que atenderá otros 5 municipios. Se vigilará a través del Epicacu la toma correcta de las citopatologías, capacitando y tratando de incidir en el personal.

Las estrategias y acciones para resolver los problemas técnicos del Programa de Cáncer Cérvico Uterino son de fundamental importancia ya que sin la infraestructura básica ninguna estrategias de difusión o sensibilización tiene sentido. Hace falta además, recuperar metodologías que las agrupaciones de mujeres han creado para la concientización y la sensibilización de las mujeres de todos los grupos de edad; es decir, el equivalente del consentimiento informado. La hipótesis que se ha venido manejando a lo largo del texto es que la salud reproductiva en cada una de sus etapas y eventos está mediada por cuestiones relativas a la subjetividad, sexualidad y patrones culturales. El problema del CACU, del cáncer de mama y las pruebas de detección correspondientes, no son ajenas a esta hipótesis. Generalmente las mujeres dudan en aceptar los riesgos de enfermar o morir cuando se trata de cualquier afección relacionada con el aparato reproductor, al respecto, se ha comprobado que ello tiene su origen en la negación del cuerpo y del

placer y en las asignaciones de género que hacen recaer en el sujeto femenino el «ser para otros». Hasta ahora se conocen al menos dos campos del conocimiento que tienen las herramientas conceptuales y técnicas para resolver este problema, a saber: la perspectiva de género y la psicología.

### **Articulación con otros programas**

Los programas que apoyan la atención a los municipios y que concentran más demandas son el Progres a y el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC).

El Progres a, en lo que concierne a salud, brinda a las familias beneficiadas el paquete básico que consiste en una beca para que acudan a sus controles prenatales y del niño sano y para que acudan también a las pláticas de manejo de diarreas en el hogar, planificación familiar, control prenatal, manejo de las infecciones respiratorias agudas en el hogar, detección de signos de alarma en forma oportuna y los indicadores para la canalización al Segundo Nivel de Atención. Se espera que este programa coadyuve al incremento del número de consultas.

Con relación al paquete básico es pertinente señalar que, como en el caso del programa del 95, es una enorme oportunidad la que tienen las instituciones de salud al tener un acercamiento tan importante con las mujeres, lo cual vuelve a abrir el debate ¿se da a las mujeres información y conocimiento que las apoye en los roles tradicionales y/o se trata de incidir en su empoderamiento?. Tal vez se podrían hacer las dos cosas, por ejemplo, utilizando la metodología del empoderamiento en salud que en la medida en que las mujeres se apropian de su cuerpo, el placer y su salud, reconocen sus potencialidades y van construyendo su ciudadanía. Las mujeres que asisten a pláticas en cualquiera de los niveles de atención, han señalado que las pláticas les permiten conocer algunos temas pero que en muchos casos el lenguaje usado es ininteligible. Más allá de eso, las metodologías de las pláticas agotan su estrategia en una transmisión unidireccional y conciben al receptor como un recipiente vacío al que hay que llenar de datos.

Si la concepción del aprendizaje recupera las prácticas, conocimientos y saberes de las mujeres haciéndolas participes de la construcción de nuevos conocimientos y prácticas ellas pueden ir transformando las concepciones acerca de su cuerpo, su salud y la de sus hijos e hijas incidiendo así, de manera más eficaz, en las relaciones inequitativas de género y en la propia salud.

### **Sistemas de evaluación del Programa de Salud Reproductiva 1999**

En 1999 se llevará a cabo la Certificación de Cobertura de los Servicios de Salud para Población Abierta, tendiente a que toda la población tenga acceso a los servicios de salud, no sólo geográfico sino económico, cultural y administrativo.

El acceso geográfico se pretende lograr a través de la construcción de centros o casas de salud ubicadas en microregiones. Primeramente se busca la cobertura, cuando se logre que todas las localidades de la zona rural tengan acceso a un centro o casa de salud a una distancia máxima de una hora y en el área urbana a media hora en el medio habitual de transporte, se tendrá la certeza de que se tiene la cobertura. Otra estrategia es el Equipo de Salud Itinerante para cubrir los servicios de salud.

El segundo paso es la calidad en la atención tanto técnica como afectiva para dar los servicios, en donde se está capacitando sobre el paquete básico. En este sentido, también se insiste en el enfoque de género en la capacitación al personal.

Otros procesos de certificación son el Hospital Amigo de la Madre y el Niño, Certificación de Jurisdicciones, entre otros. Los indicadores son muy rigurosos y van desde el perfil de los prestadores de servicios hasta los materiales, tasas de fecundidad, mortalidad, etcétera.

El otorgamiento de las certificaciones está a cargo de un equipo compuesto por funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud (ops), la Organización Mundial de la Salud (oms) y la Ssa. También hay encuestadores, ya que no sólo incluye a prestadores del servicios sino a usuarios, a los cuales se les pregunta si han

recibido la atención, cómo ha sido, si conocen a qué servicios tienen derechos, qué es el paquete básico, etcétera.

Existen, además de los indicadores de certificación, otros que también se usan para la evaluación, como los 72 indicadores de resultados, también están los indicadores básicos para la elaboración del informe a nivel jurisdiccional y los indicadores para la certificación de jurisdicciones sanitarias (de resultado) que son 39.

Uno de los principales problemas que se ha encontrado es el rezago, debido a que las evaluaciones que se hacían tenían la tendencia de resaltar los logros más que los problemas. Para resolverlo, la actual administración intenta evaluaciones realistas que muestren los problemas. Asimismo, el abasto y la permanencia del personal de salud son dos aspectos importantes que se tendrán que resolver.

Como se anotó en el análisis del programa de 1995, en última instancia, son las evaluaciones las que marcan los objetivos y metas de los programas, dependiendo de su rigurosidad, de sus características cualitativas y cuantitativas, habrá cierto rango de flexibilidad para plantear estrategias y una metodología acorde con las intenciones locales y generales.

Es muy complicado tomar postura frente a las evaluaciones externas pues si éstas son globales y no reconocen las realidades locales generan una serie de contradicciones alrededor de la consecución de metas (sobre todo si son de corte demográfico), sin embargo, la rendición de cuentas es hoy por hoy una de las estrategias que se tendrá que aprender. Si los equipos de evaluación integran además de las representaciones externas y oficiales a representantes de la sociedad civil o de los grupos organizados con experiencia, las evaluaciones pueden tener una mayor legitimidad y riqueza.

Específicamente, en materia de salud reproductiva, sólo los agentes activos y comprometidos, que han luchado, defendido y trabajado por este enfoque, podrán evaluar los avances en su instrumentación con un espíritu de colaboración y apoyo mutuo para lograr que sus legítimas utopías, sean locales, regionales, federales o internacionales.

Cabe mencionar que la actual administración tomó posesión en el segundo semestre de 1997. Las prioridades para este ejercicio han sido la cobertura para lograr el acceso universal y en segundo término, la calidad de la atención, en este segundo objetivo se concentra la perspectiva de género.

Lo que se ha podido identificar hasta ahora es que las acciones que se han instrumentado en materia de calidad se ubican, fundamentalmente, en la capacitación del personal, abasto de materiales y el control de los servicios prestados.

Otras acciones que se han hecho muy evidentes son las reestructuraciones administrativas y la adecuación del Modelo de Atención de la Salud para la Población Abierta (MASPA), estas acciones se han podido seguir de cerca en diferentes niveles de atención de la Seseq.

Aunque se reconoce la importancia de una reorganización administrativa efectiva como base fundamental para la aplicación del concepto integral de salud reproductiva hacia la población, es obvio que no es suficiente, así fue señalado por los propios funcionarios, que ven en este primer esfuerzo sólo la estrategia y no un logro, afirman que los logros serán los resultados que den estos cambios.

Entre tanto, las capacitaciones al personal, las contrataciones en diferentes campos clave, el control para la permanencia del personal y la apertura a diferentes instituciones y grupos de mujeres permiten dar continuidad a los programas a la vez que apuntan a la consecución de las metas que se han propuesto.

A diferencia de otros cambios en la administración, éste es cualitativa y cuantitativamente diverso ya que se da en la alternancia del gobierno estatal, con un poder legislativo de contrapeso y con la descentralización casi total de los recursos en materia de salud. Los retos y desafíos que tiene la actual administración son enormes y los tiempos políticos en los albores del siglo XXI crean una coyuntura de doble filo que abre posibilidades pero que también hace complejo el avance. Si como se plantea, existe una voluntad política, estrategias elaboradas y diseñadas con una metodología que garantice su efectividad, sólo se insistiría en la necesidad de

voltear la mirada a otros niveles de la salud reproductiva que interesan particularmente a las mujeres. Ya están contempladas la cobertura y la calidad, pero todavía no se hacen visibles las formas de abordaje del bienestar mental y, en particular, de la salud sexual.

Se sabe que parte del rezago existente, rebasa a las administraciones y al sector salud en general pero la preocupación estriba en que puedan pasar otras tantas administraciones y que las prioridades de la población, sus necesidades y aspiraciones vuelvan a quedar en letra muerta.

Se teme que los obstáculos administrativos, presupuestales y culturales vuelvan a impedir la introducción de las demás categorías pertinentes a la salud reproductiva. No es la primera vez que se dan reestructuraciones, cada una ha permitido el avance en distintos niveles pero ¿qué hace falta para que las mujeres gocemos de una salud reproductiva y una vida sexual satisfactoria y sin riesgos? ¿qué hace falta para que hombres y mujeres ejerzamos nuestro derecho a obtener información y acceso a métodos seguros con confidencialidad e intimidad?

El peso del proyecto de microregionalización para el acceso universal es una oportunidad inédita para los y las que menos tienen, la población más vulnerable, hacerlo realidad abre caminos para la equidad, inclusive para la equidad de género si logra permear la atención, la promoción y fomento a la salud, entonces, se tendrá la certeza de haber dado un paso más.

#### **XIV. A manera de conclusión**

**A** través del desarrollo de la presente investigación se pudo identificar la complejidad que entraña la puesta en marcha de los programas pertinentes para operativizar el concepto de salud reproductiva. Los avances que hasta ahora se han tenido en la aplicación de éste enfoque se reflejan, sobre todo, en el nivel de la estructura administrativa.

En instituciones tan sólidas, como es el sector salud, la implementación de un nuevo enfoque y el logro de los objetivos

que dicho enfoque conlleva implica -además de voluntad, recursos y capacitación- una reorganización que permita hacer viable cualquier proyecto.

Si es el caso, cabe una recomendación en este sentido: la creación de una instancia o estrategia tendiente a articular los diferentes niveles de atención en esta materia y los diferentes componentes, ya que hay desfases como el peso que tienen para el segundo nivel los indicadores de evaluación y las acciones destinadas al primer nivel de atención y la oportunidad de conseguir logros en materia de prevención con usuarias y usuarios de los hospitales aunque no sean de su competencia.

Pueden ser muchos los problemas que se han enfrentado en los ordenes antes mencionados: presupuestales, organizativos, de capacitación, no obstante, a partir de las entrevistas y las observaciones en el trabajo con usuarias y prestadores de servicios, uno de los obstáculos más grandes se encuentra en los niveles ontológicos del problema, no sólo de la población sino de propio prestador del servicios.

Los avances son estructurales, organizativos, de sistematización de la información y de acciones puntuales, sin embargo, en la prestación del servicio y en la conceptualización de los programas todavía se observan fuertes cargas ideológicas en torno al papel de mujeres y hombres y ausencias notables como es el enfoque de género, sexualidad y la salud mental.

Esta triada es esencial para conseguir las metas que se han propuesto. No se puede dejar pasar la oportunidad de insistir en la importancia que esto tiene, que así como se han resuelto problemas tan apremiantes como las citologías rezagadas y el control de las cesáreas, existen otros problemas urgentes para resolver que implicarían la capacitación del personal la creación de instancias especializadas con personal igualmente especializado que aseguraran el abordaje de la triada.

La Campaña de Vacunación Universal es un logro ejemplar que puede servir de modelo para la introducción de la perspectiva de género, pues contó con una partida presupuestal extraordina-

ria, infraestructura, equipo, personal capacitado y, sobre todo, voluntad política, de ahí los logros que se han tenido en este aspecto a nivel nacional.

Por otra parte, los programas y los propios funcionarios manifiestan una comprensión sobre el concepto de salud reproductiva, sus componentes, sus estrategias y las acciones pertinentes para lograr el bienestar físico de las usuarias y usuarios y ahora también un poco del bienestar social a través del programa de microregionalización pero el bienestar mental y, sobre todo, las implicaciones que este bienestar tiene en todas las esferas de la vida reproductiva, incluidas las decisiones en materia de reproducción, requieren de otras estrategias que aún no están recogidas en los planteamientos hechos hasta ahora.

De ninguna manera se plantea que el enfoque de género o la atención psicológica resolverá a corto o mediano plazo los problemas que enfrenta la salud reproductiva tanto en el nivel de la atención como en el de la población, sin embargo, se ha observado que el personal capacitado en esta materia logra, en las sesiones o consultas dirigidas a las usuarias, mucho más impacto que quien no lo tiene.

Asimismo, es importante notar que muchos de los problemas derivados de una atención no adecuada, en muchos casos, lleva implícita la falta de compromiso social con las mujeres. Los propios funcionarios y prestadores de servicio admiten que muchos de los problemas que se pueden encontrar con relación a la atención de las usuarias son de índole cultural.

La apertura de los espacios a los grupos de mujeres comprometidas con el enfoque de género y la salud reproductiva puede permitir conocer los problemas que enfrenta el sector, así como los logros y obstáculos que ambas partes han tenido y compartir sus experiencias. Este podría ser el inicio de la relación entre «contra partes» por la que surgió el clamor internacional en la CIPD.

El acceso a la información permitió reconocer factores conceptuales, presupuestales, administrativos y de toma de decisiones que pueden influir en los resultados de los programas que exigen una solución inmediata.

Para finalizar, el proceso de esta investigación permite reafirmar que, tanto las instituciones como la población, tendremos que acostumbrarnos a las nuevas formas de relación que se proponen desde la CIPD que permitan lograr una salud sexual y reproductiva en el más corto plazo a través de compartir responsabilidades, información y anhelos.

## **Bibliografía**

- Alcalá María, *Acción para el siglo XXI, Salud y Derechos reproductivos para Todos*, FCI, New York, 1994.
- Benitez Raúl y Quiroldán Julieta, (comps.) *La Fecundidad Rural en México*, El Colegio de México-Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1983
- Consejo Estatal de Población, *Breviario Demográfico 1990*, COEPO, Querétaro, 1991.
- Consejo Estatal de Población, *Breviario Demográfico 1992*, COEPO, Querétaro, 1994.
- Consejo Estatal de Población, *Breviario Demográfico 1998*, COEPO, Querétaro, en prensa.
- Consejo Estatal de Población, *Programa Estatal de Población*, COEPO, Querétaro, 1994.
- Consejo Estatal de Población, *Programa Estatal de Población*, COEPO, Querétaro, 1995.
- Consejo Estatal de Población, *Programa Estatal de Población*, COEPO, Querétaro, 1996.
- Consejo Estatal de Población, *La Situación de la Mujer en el Estado de Querétaro*, México, 1995.
- Drummond Michael, et. al., *Métodos para la Evaluación Económica de los Programas de Atención de la Salud*, ed. Díaz Santos, Madrid, 1991.
- Figueroa Beatriz (comp.) *La Fecundidad en México. Cambios y Perspectivas*, El Colegio de México, México, 1989.

- González Soledad, (comp.) *Las Mujeres y la Salud*, El Colegio de México, México, 1995.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, *X Censo de Población y Vivienda 1980*, INEGI, Aguascalientes, 1981.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, *XI Censo de Población y Vivienda 1990*, INEGI, Aguascalientes, 1991.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, *Estadísticas Históricas de México, Vol. I y II*, INEGI, México, 1990.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, *La Mujer en México*, INEGI, México, 1992.
- Lines Monserrat, *Libre elección o fecundidad controlada*, Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH), México, 1989.
- Secretaría de Salud, *Anuario Estadístico 1993*, México, 1994.
- Secretaría de Salud, *Anuario estadístico 1994*, México, 1995.
- Secretaría de Salud, *Anuario Estadístico 1995*, México, 1996.
- Secretaría de Salud, *Anuario Estadístico 1996*, México, 1997.
- Secretaría de Salud, *Programa Estatal de Planificación Familiar 1993*, Querétaro, 1993.
- Secretaría de Salud, *Atención Materno Infantil 1993*, Querétaro, 1993.
- Secretaría de Salud, *Salud Reproductiva 1995*, Querétaro, 1995.
- Secretaría de Salud, *Bases para la Implementación del Modelo Operativo del Programa de Salud Reproductiva*, 1997, México 1997.
- Sayavedra Gloria y Flores (Coord.) *Ser Mujer ¿Un riesgo para la salud?*, Red de mujeres, A.C., México, 1997.
- Szasz Ivonne y Lerner (Comps.), *Sexualidades en México*, El Colegio de México, México, 1998.

LA INSTRUMENTACIÓN DEL PROGRAMA  
de Acción de El Cairo  
EN EL SISTEMA PARA EL  
DESARROLLO INTEGRAL de LA FAMILIA (DIF)  
EN BAJA CALIFORNIA SUR



## La instrumentación del Programa de Acción de El Cairo en el Sistema para el Desarrollo Integral para la Familia (DIF) en Baja California Sur

Mónica Jasís Silberg<sup>1</sup>

### I. El contexto estatal

**B**aja California Sur es uno de los estados más jóvenes de México: adquirió su calidad de estado autónomo en 1970. Para 1998 tenía 408,974 habitantes (0.4% del total nacional)<sup>2</sup> distribuidos en 2,883 localidades, 14 urbanas y 2,867 rurales.<sup>3</sup> Ocupa la mitad de la Península de Baja California en la región noroeste de México y tiene una extensión de 73,677 km<sup>2</sup> (3.8% del territorio nacional).<sup>4</sup> Colinda al norte con el estado de Baja California, al este con el Golfo de California y al sur y oeste con el Océano Pacífico. Es un estado con gran riqueza potencial, principalmente marina, ya que posee 2,705 kms. de litorales (23.3% de la línea costera nacional)<sup>5</sup> y una diversa gama de recursos naturales, como los propios del desierto, además de su gran potencial

<sup>1</sup> Directora del Centro de Mujeres A.C. Representante estatal de Baja California Sur del Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población. Agradezco a la Directora General del DIF en Baja California Sur, Profa. Guadalupe Almada Peñúñuri por su apoyo para realizar este trabajo. Asimismo, agradezco a todos los Subdirectores e impulsores de los programas, quienes brindaron tiempo e información valiosa para este estudio.

<sup>2</sup> DIF-UNICEF: Soy, estoy, existo... Niños y niñas adolescentes vulnerables de Baja California Sur, La Paz, 1997.

<sup>3</sup> Consejo Nacional de Población: La situación demográfica de México. INOPAL-Population Council, México, 1997

<sup>4</sup> CONEPO-B. C.Sur: Situación Demográfica de Baja California Sur. Documento Mecanoscrito. sl.sf.

<sup>5</sup> Gobierno del Estado de Baja California Sur: Plan Estatal de Desarrollo Baja California Sur, 1993 - 1999. La Paz, sl.sf.

de desarrollo turístico, pues se calcula que lo visitan más de medio millón de turistas al año.<sup>6</sup>

Pese a ser la entidad con mayor potencial pesquero del país y a que en casi 80% de su territorio hay producción agrícola, el bajo desarrollo del aparato productivo manufacturero local y una escasa diversificación y especialización de la economía determinan que las actividades predominantes del estado sean las terciarias (gobierno, comercio, transportes y otros servicios). El movimiento comercial es muy dinámico y está ligado prioritariamente a las importaciones.<sup>7</sup> Históricamente, Baja California Sur tomó ventaja de su situación como puerto libre y hoy la importación de bienes es factor de su auge como centro comercial a nivel nacional. Sin embargo, como apunta el Plan Estatal de Desarrollo 1993-1999, la estructura económica de Baja California Sur es muy vulnerable a los cambios económicos del país, dado que todavía no cuenta con sustento propio y depende de factores externos.<sup>8</sup> Según esta misma fuente, en los últimos quince años, la apertura comercial del país ha acentuado esta vulnerabilidad.<sup>9</sup>

La población es predominantemente joven, el 42.6% son personas menores de 18 años y, como en el resto del país, más de la tercera parte son menores de 15 años.<sup>10</sup> 49% de la población estatal son mujeres.<sup>11</sup> La mayoría de la población se concentra en municipios con grandes ciudades, como La Paz, Los Cabos o Comondú, lo que concentra también la demanda de servicios.

Para 1992, 28.9% de la población residente era no nativa de Sudcalifornia,<sup>12</sup> dato que habla del estado como importante polo de atracción para migrantes; la porción más importante de esos

---

<sup>6</sup> *Ibidem.*

<sup>7</sup> *Ibidem.*

<sup>8</sup> *Ibidem.* p.31

<sup>9</sup> *Ibidem.*

<sup>10</sup> DIF BC SUR-UNICEF *op.cit.* A nivel nacional, el porcentaje de menores de 15 años de edad sumaba 36% para 1995 según INEGI. (INEGI: Mujeres y Hombres de México. México, 1997)

<sup>11</sup> CONEPO B.C. SUR: Situación Demográfica de Baja California Sur. Documento Mecanoscrito, sl.,sf.

<sup>12</sup> DIF BC SUR-UNICEF, *op.cit.*

no-nativos tiene entre 25 y 49 años.<sup>13</sup> Aunque es una de las menos pobladas del país, la entidad registra uno de los índices de crecimiento poblacional más altos de México (4.1% anual).<sup>14</sup>

Si observamos la participación económica de la población por sexo, podemos afirmar que tiene un corte tradicional: de la población económicamente activa (52% del total), casi 70% es masculina. Según datos oficiales, 22.2% de las mujeres en el estado están integradas a actividades "productivas".<sup>15</sup> La tasa media de desempleo en Baja California Sur se ha mantenido al parejo de la media nacional (3.8 para 1996 y 3.74 para 1997),<sup>16</sup> pero es notable, en los últimos diez años, la proliferación de los empleos en el sector informal (auxiliares de servicios, empleadas domésticas, "cerillos", empleados turísticos no-registrados, jardineros y lavacoches, entre otros), y los de tipo temporal (trabajadores agrícolas migrantes). En estas actividades participan personas de ambos sexos, así como menores de edad (caso de los "cerillos", empacadores que trabajan desde los 12 años, o el de los jornaleros agrícolas que se integran a la producción a edades tan tempranas como los 6 años).<sup>17</sup>

La respuesta oficial a la tasa de desempleo y al creciente empleo informal ha sido la oferta de becas de capacitación a población desempleada. Según Ana Silvia Gastélum, Subdirectora del Servicio Estatal de Empleo, con la nueva política de capacitación para el trabajo se ha "reorientado el apoyo a las mujeres".<sup>18</sup> Esta reorientación, sin embargo, ha privilegiado la cantidad y no la calidad, pues promueve oficios que, en general, no tienen relación directa con las necesidades de las mujeres y muchas veces no responden a las

---

<sup>13</sup> *Ibidem.* 8.

<sup>14</sup> Plan Estatal de Desarrollo, *op.cit.*

<sup>15</sup> Instituto de Servicios de Salud en BCSur: Diagnóstico Estatal Sectorial de Salud de Baja California Sur, La Paz, BCS., 1996

<sup>16</sup> Dirección el Trabajo y Previsión Social: Tabulados de Desempleo Abierto 96-97-98. Dir. Estatal de Trabajo y Previsión Social. La Paz, Baja California Sur. Documento Mecanoscrito.

<sup>17</sup> *Ibidem.* 8.

<sup>18</sup> Entrevista a Ana Silvia Gastélum, Subdirectora del Servicio Estatal de Empleo en B.C.Sur, La Paz, 15 Mayo 1998.

necesidades del aparato productivo estatal. Por ejemplo, la capacitación a las mujeres incluye peluquería, panadería, secretariado, manualidades, corte y confección, recepción, atención de mostrador, ventas, etc. La detección de necesidades, según datos de la Dirección Estatal del Trabajo, se hace en entrevistas con "informantes clave" en las cámaras de comercio e industriales; es decir no se consulta a la población interesada.<sup>19</sup> Ha habido pocas iniciativas de microempresas femeninas, promovidas principalmente por la SEDESOL, la Secretaría de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural (SAGAR) y el DIF estatal (como tortillerías y brigadas agropecuarias). Estas han tenido un éxito parcial, dado el magro apoyo económico para dar continuidad a las microempresas.<sup>20</sup> La capacitación para los hombres se ha orientado principalmente a oficios de servicios e industria (electricidad, plomería, carpintería, etcétera).

A nivel geopolítico, Baja California Sur tiene importancia estratégica; forma parte de la Cuenca del Pacífico, zona marítima de primer orden para los países signatarios del Tratado de Libre Comercio. Sin embargo, esa misma situación geográfica ha implicado tradicionalmente una desvinculación de los movimientos políticos nacionales y permitido que rijan la política del estado los grupos de poder económico local -principalmente comerciantes ligados al Partido Revolucionario Institucional-. En casi treinta años de autonomía estatal, todos los gobernadores han pertenecido al partido oficial; la oposición ha sido hasta ahora minoritaria, con muy escasa representación en el poder legislativo. La toma de decisiones se da generalmente a nivel cupular y la participación comunitaria es muy limitada.

La presencia de mujeres en puestos de decisión sigue siendo mínima. En la historia de las legislaturas nunca ha habido más de cuatro mujeres en un total de veinte diputados del Congreso local, lo que indica el escaso acceso femenino a puestos de representación popular. En el poder ejecutivo, sólo una mujer ocupa

---

<sup>19</sup> *Ibidem*. 8.

<sup>20</sup> Información obtenida de entrevistas directas con los responsables de SEDESOL, SAGAR, DIF, La Paz, BC Sur, Abril-Mayo 1998.

una Secretaría de Gobierno en esta última administración; en el Judicial la mayoría de las mujeres llegan sólo a puestos de decisión media. Hace falta no sólo ampliar sino renovar la presencia de cuadros femeninos en la política local, ya que los mismos nombres han circulado en diferentes puestos de gobierno en los últimos veinte años.

No obstante, Baja California Sur ha sido alcanzada por los cambios políticos a nivel nacional; en los últimos cinco años se han desarrollado movimientos capaces de incidir en la forma tradicional de hacer política. En 1993, por primera vez en la historia estatal, el municipio de la capital del estado, La Paz, y otros dos municipios fueron administrados por el Partido Acción Nacional (oposición de centro-derecha) y para las siguientes elecciones de gobernador 1999-2005, el Partido de la Revolución Democrática (oposición de centro-izquierda) se perfila como opción de fuerza creciente en las principales ciudades; se han dado también luchas magisteriales de oposición y el movimiento feminista ha surgido recientemente como una alternativa de formación de nuevas líderes con visión de cambio.

## II. Educación y Salud

**L**os datos oficiales indican que Baja California Sur es un estado con bajos niveles de marginación, dado que sólo 7.3% de la población carece de instrucción.<sup>21</sup> Sin embargo, la tasa de analfabetismo funcional no figura en esa información. Se calcula que el 49.5% de la población tiene instrucción postprimaria.<sup>22</sup> Los niveles de deserción en primaria y secundaria giran alrededor del 7%, mientras que las más alta deserción, predominantemente femenina,<sup>23</sup> se registra en el nivel profesional medio (24.73%) y bachillerato (13.47%).

---

<sup>21</sup> *Ibidem.* 8.

<sup>22</sup> *Ibidem.* 9.

<sup>23</sup> Entrevista a la Profa. Mirna Fiol, Directora del Área de Preescolar y titular del seguimiento del Pronam en la Secretaría de Educación Pública en B.C.Sur.

La educación básica está a cargo de la Secretaría de Educación Pública (SEP) principalmente, pero también participa el Instituto Nacional de Educación de Adultos (INEA), que atendía a 7,700 personas en 1998 y el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE). Este último se encarga de la educación en 70 comunidades rurales, incluyendo la de jornaleros agrícolas, que presentan los mayores índices de analfabetismo en el estado.<sup>24</sup> La educación superior se concentra en tres universidades públicas y dos privadas, que ofrecen pocas opciones de formación profesional.

En cuanto a salud, los datos oficiales indican una cobertura de atención institucional de aproximadamente 90% en infraestructura, sin embargo, en los centros de atención hay carencia de recursos materiales, humanos y tecnológicos, así como deficiencias en la calidad de los servicios. La mortalidad en Baja California Sur es causada, en gran medida, por enfermedades no-transmisibles,<sup>25</sup> las principales causas de muerte registradas en el estado son afecciones cardíacas, tumores malignos y diabetes mellitus.<sup>26</sup> En cuanto a la mortalidad de menores de un año, los accidentes del nacimiento (hipoxia neonatal, asfixia y otras) son la segunda causa de muerte; otras afecciones del periodo perinatal representan el 11.9% de las defunciones. Estos problemas se reducirían al mínimo con medidas eficaces de medicina preventiva en salud reproductiva, como la atención con calidad los periodos prenatal, de parto y postparto.

Por otro lado, hay que recalcar que Baja California Sur es uno de los estados con mayor tasa de suicidios consumados, que fue de 8% en 1998, el doble de la tasa nacional.<sup>27</sup> Las enfermedades transmisibles son las causas más frecuentes de morbilidad hospitalaria. En las instituciones de salud las afecciones del periodo perinatal son la tercera causa de hospitalización.<sup>28</sup>

---

<sup>24</sup> Entrevista al Prof. José Jesús Flores, responsable de CONAFE en BC Sur, La Paz, 14 de Abril de 1998.

<sup>25</sup> CONAPO, *op.cit.*, gráfica 12.

<sup>26</sup> Instituto de Servicios de Salud en BC Sur, *op.cit.*

<sup>27</sup> Periódico Peninsular, 27 Abril 98, p. 6

<sup>28</sup> INEGI: Anuario Estadístico, *op.cit.*, p. 25

Para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población sudcaliforniana se necesitan acciones preventivas y curativas. La tasa estatal de fecundidad se califica oficialmente como "baja", ya que para el quinquenio 1991-1995 alcanzó los 2.7 hijos por mujer (cuando el promedio nacional fue de 2.65 hijos).<sup>29</sup> Sin embargo, para 1988 el 28% de los nacimientos provienen de madres menores de 19 años y se ubica entre los estados de mayor índice de embarazos adolescentes en el país.<sup>30</sup>

Según las instituciones de salud, para 1998, 70.43% de las mujeres con pareja eran "usuarias de algún método anticonceptivo".<sup>31</sup> De ellas 16.6 % tenían hecha la salpingoclasia desde 1995, 11.9% utilizaban el dispositivo intrauterino y 11.2% tomaban pastillas anticonceptivas.<sup>32</sup> A pesar del porcentaje de usuarias reportado, oficiales de salud han registrado últimamente altos índices (de hasta un 70%) de discontinuidad en el uso de métodos por causas aún no identificadas.<sup>33</sup>

En morbilidad por enfermedades de transmisión sexual, se ha registrado un incremento anual; entre 1990 y 1994, aumentó en un 33% el número de casos tratados en instituciones de salud.<sup>34</sup> El VIH-SIDA ha duplicado su casuística en esos mismos años<sup>35</sup> y también han crecido anualmente las tasas de cáncer cérvico uterino y de cáncer mamario, el primero registró un aumento de 25% con cáncer avanzado en el periodo 1990 -1994.<sup>36</sup> Para esos mismos años (90-94), aumentó el número de mujeres con cáncer de mama en más del 100%.<sup>37</sup> El total de citologías tomadas para

---

<sup>29</sup> CONAPO, *op.cit.*

<sup>30</sup> Entrevista a la Dra. Herlinda González G. Jefa del Depto. De Primer Nivel de Atención, Secretaría de Salud en BC Sur, La Paz, 7 de Diciembre 1998.

<sup>31</sup> Datos proporcionados por la Dra. Herlinda González del Instituto de Servicios de Salud en B.C. Sur, La Paz, 22 de Febrero de 1999.

<sup>32</sup> Instituto de Servicios de Salud, *op.cit.*

<sup>33</sup> *Ibidem.* 29.

<sup>34</sup> Datos proporcionados por el Instituto de Salud en BC Sur, La Paz, Mayo 1995.

<sup>35</sup> CONASIDA: Situación del SIDA en México. Tablas. Documento Mecanoscrito. Diciembre 1998.

<sup>36</sup> Datos proporcionados por el Programa de Prevención de Cáncer Cérvicouterino y Mamario. Secretaría de Salud en BC Sur. Enero 1999.

<sup>37</sup> *Ibidem.* 36.

detectar cáncer cérvico uterino en 1997 (la mayor cantidad de tomas de *papanicolaou* en esta dependencia) fue de 14,136, equivalentes al 14.5% de las mujeres en edad reproductiva. Se calcula que cada año, sólo 30% de las mujeres en edad reproductiva se practican este examen en el estado.<sup>38</sup>

Las acciones preventivas de las instituciones de salud para estas enfermedades son insuficientes. La prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) se dificulta, pues en los últimos tres años escasean condones masculinos en instituciones de salud pública y la disponibilidad de condones femeninos es nula en ellas. La promoción para la detección oportuna de cáncer en mujeres es limitada y en general se dirige a mujeres unidas.

En el renglón de atención a jóvenes, son escasos los esfuerzos institucionales en prevención de embarazo y ETS, con resultados igualmente escasos. En general, los programas se quedan en "consejería" por parte del personal médico y psicológico y lo que las instituciones denominan "pláticas" en las escuelas. Por su parte, la SEP sólo tiene un programa piloto en dos escuelas secundarias diseñado y ejecutado por una organización no gubernamental. En las demás escuelas del estado no se da capacitación ni se fomenta la prevención, a no ser las esporádicas "pláticas" antedichas.

### III. Los Programas del Sistema DIF en Baja California Sur

**E**l DIF es una institución federalizada constituida por una unidad central coordinadora localizada en el Distrito Federal y treinta y uno DIF estatales. En Baja California Sur, el DIF se creó por decreto del ejecutivo en 1977, como un organismo descentralizado del gobierno del estado. El sistema está regido y legalmente representado por una Junta de Gobierno encabezada por el gobernador del estado, que puede designar y remover a los otros miembros. La presidencia del sistema a nivel estatal es un cargo honorario ocupado tradi-

<sup>38</sup> Datos proporcionados en la mesa de Discusión sobre Salud en el 'Encuentro Sensibilización en Población' organizado por CONEPO, La Paz, 7 de Diciembre 1998.

cionalmente por la esposa del gobernador quien define las líneas de acción que impulsará la institución durante seis años.

Con la aprobación de la Ley Sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social en 1986, se creó la Procuraduría de Atención al Menor y la Familia y esto significó un cambio en las funciones de asistencia social del DIF estatal, que extiende la cobertura del Sistema de Salud y presta apoyo a individuos y grupos marginados en la solución de los problemas de subsistencia social.<sup>39</sup> Asimismo, esta ley promovió la acción coordinada entre el DIF y las dependencias públicas estatales y municipales. Para 1998, el sistema DIF estatal desarrollaba acciones sociales y de salud en coordinación con diversas instituciones, tanto públicas como no gubernamentales y sociales, según los términos de más de treinta convenios vigentes.

La población objetivo del DIF en Baja California Sur está constituida, por definición, por aquellos grupos de población que se encuentren en situación de "vulnerabilidad", ya sea por la edad, distribución geográfica o usos y costumbres. Se estima que el DIF sirve actualmente a 311 mil personas en todo el estado:<sup>40</sup> gente ubicada en colonias de escasos recursos, ancianos, adolescentes, discapacitados y población en situaciones extraordinarias (niños y niñas que viven en la calle), mujeres y menores jornaleros agrícolas (principalmente de origen mixteco). El servicio se brinda en centros de desarrollo comunitario, guarderías infantiles y a través de redes móviles.

El DIF trabaja programas que atienden prioridades definidas a nivel nacional y se adaptan a las del estado, la estructura administrativa responde a las necesidades de los programas. Todas las acciones del DIF están relacionadas con la salud de la población, ya sean preventivas, curativas o nutricionales. Según datos reportados por la Directora General del DIF, Profa. Guadalupe Almada

---

<sup>39</sup> DIF: Manual de Organización, *op.cit.*

<sup>40</sup> Datos tomados del DIF: "Evaluación de Actividades 1998 - 1999", vi Informe Anual de la Sra. M. Concepción Casas de Mercado, Presidenta del Sistema DIF en B.C. Sur, La Paz, BC Sur, 1999.

Peñúñuri, los programas operan conforme a los lineamientos y las metas generales de la institución, aunque cada subdirector de programa tiene libertad ejecutiva.<sup>41</sup> Los programas han sufrido cambios desde 1995, por lo tanto también la estructura del DIF ha cambiado aunque levemente en los últimos tres años.

### **Conocimiento del Programa de Acción de El Cairo por los manejadores y ejecutores de programas del DIF Estatal**

De los cinco responsables de las Subdirecciones del sistema DIF, sólo dos tienen noticia de una reunión de Población y Desarrollo en El Cairo en 1994 y conocen de modo superficial algunos acuerdos que México firmó. Tanto la Directora General como estas dos subdirectoras admiten que este conocimiento proviene del trabajo de la organización no gubernamental de mujeres que hay en la localidad y que en ningún momento los acuerdos de El Cairo han sido tema de discusión en las reuniones institucionales.<sup>42</sup> No obstante, como veremos más adelante, en los últimos años se pueden identificar algunos cambios estratégicos en programas de DIF que tienen relación directa con el Programa de Acción de El Cairo.

---

<sup>41</sup> Entrevista directa con la Profa. Guadalupe Almada Peñúñuri, Directora General del DIF Estatal BC Sur, Agosto 1998.

<sup>42</sup> Como comentario significativo a la falta de información que existe entre los funcionarios con respecto a los acuerdos de la Conferencia de El Cairo, la Profa. Almada, directora general de DIF, expresó: "No entiendo por qué no han promovido más estos compromisos que México ha firmado. Yo, como funcionaria de DIF debiera haber conocido todos estos acuerdos desde un principio para implementarlos institucionalmente. ¿Por qué no los han promovido más entre los funcionarios?" (*Ibidem.* 37) Por su parte, ninguno de los 5 ejecutores de programas prioritarios entrevistados tenía información ni sobre los acuerdos de El Cairo en sí, ni sobre el contenido del Programa de Acción o de los programas que en México incorporan estos acuerdos.

#### IV. Cambios operativos en el sistema DIF en el período 1995-1998.

##### Cambios identificados en el DIF en 1995

**D**e acuerdo con el presupuesto, en 1995 el DIF estatal tuvo diez programas de atención, entre ellos el Programa Alimentario de Atención Social a la Familia (PASAF), que data de la creación del instituto, tiene carácter prioritario y pretende elevar el nivel de nutrición familiar. Se incluían también programas como el de Cocinas Populares, el de Servicios Médicos en Centros Comunitarios, la Red Móvil que realiza acciones de promoción de la salud en comunidades rurales y el programa Desarrollo Integral del Adolescente (DIA). Casi todos estos programas han incorporado algunas acciones relacionadas con los objetivos de El Cairo, pero los últimos tres se relacionan más directamente con líneas orientadas a salud sexual y reproductiva y a salud de la mujer; por ejemplo, proporcionan atención integral a mujeres embarazadas, a mujeres lactantes, desarrollan tareas para prevenir enfermedades de transmisión sexual y desnutrición en mujeres embarazadas.

En 1995, el PASAF incrementó sus recursos humanos y amplió sus acciones, especialmente con la creación del subprograma de desayunos escolares, pero en la operación de los otros programas, más importantes para lograr la salud reproductiva, no se vieron cambios significativos en ese año.

Los servicios médicos, atendidos por médicos generales y dentistas, se limitan a dar atención curativa en cuatro centros comunitarios y tres guarderías infantiles. La atención a la salud de la mujer consistía básicamente en promoción de la planificación familiar mediante entrega de anticonceptivos hormonales o en la canalización de usuarias a otras instituciones de salud para ejecución de salpingoclasias. La Subdirección de Asistencia Social y Servicios Médicos, en coordinación con Servicios Coordinados de Salud, concentraba sus esfuerzos en las acciones curativas puntuales, la promoción de la lactancia materna, la vacunación y el logro de mayor cantidad de aceptantes de métodos anticonceptivos. Los indicadores de atención que utiliza el departamento de Servicios Médicos son puramen-

te cuantitativos, pues registra el número de consultas de medicina general, de embarazos, de casos de enfermedades, de pláticas a la población, de asistentes a las pláticas, etc. Esto no ha cambiado desde 1993. En cuanto a entrenamiento de personal, de 1993 a 1995, la capacitación se restringía a las reuniones nacionales DIF, -una al año- donde se rendían reportes de actividades y se daban a conocer los lineamientos de acción a nivel general.

En 1995, el programa DIA contaba con una coordinadora de campo y dos trabajadoras sociales, quienes proporcionaban atención directa a adolescentes y jóvenes en un centro comunitario popular. Las acciones de prevención eran muy esporádicas; de hecho, no se utilizaban los tiempos convenidos con la SEP para la impulsar tareas preventivas (del programa DIA) en escuelas secundarias.<sup>43</sup> Aunque ya para esa época se reconocía que Baja California Sur era uno de los estados con alta tasa de embarazo adolescente, no se tomaban medidas específicas con respecto al problema. El personal entrenado por el Programa fue destinado a la atención de menores y adolescentes en situaciones difíciles, como muchachos que viven en la calle, jóvenes con problemas de farmacodependencia y que sufren violencia. Las inequidades se entendían dentro de estos niveles, sin diferenciación de género.

El programa Red Móvil existe desde antes de 1994, y tiene promotoras de salud que permanecen en comunidades rurales y semirurales, donde realizan visitas domiciliarias haciendo trabajo de prevención y de salud en general: promoción de lactancia materna, planificación familiar y salud infantil, sirven también como enlaces con centros de atención urbana. En 1995, este programa no sufrió ningún cambio en sus estrategias ni acciones. El entrenamiento recibido por las promotoras consistió en cursos de salud, planificación familiar, higiene y nutrición dictados por los médicos del propio DIF.

El criterio de atención a la salud del DIF estatal en 1995, a un año de El Cairo, seguía siendo el curativo, con orientación tradicio-

---

<sup>43</sup> Entrevista directa a la Sra. Martha Mendieta, Coordinadora de Campo del Programa Desarrollo Integral del Adolescente (DIA) en 1995, 18 de Mayo 1995.

nal, sin enfoque de salud reproductiva ni de género y con una evaluación cuantitativa de la productividad y la calidad. Los programas tendían a complementar la línea de acción trazada por la Ssa sin plantearse la necesidad de atenuar inequidades sociales y de género, por eso no sufrieron cambios sustanciales con respecto a 1993.

### **Cambios identificados en 1996**

En 1996 aparecen los primeros cambios programáticos relacionados con el Programa de Acción de El Cairo. En ese año se creó la Subdirección de Concertación y Asistencia Social, en la que se coordinan los programas de Atención a Adolescentes y el de Atención a Madres Adolescentes; también se creó el Departamento de Atención a la Mujer y la Familia, en la Subdirección de Asistencia Jurídica.

Ese año se agregan dos conceptos al trabajo en la institución: integralidad y complementariedad de acciones. De acuerdo con los directivos, a partir de 1996 el DIF comienza a integrar lo que eran programas "aislados" con acciones de seguimiento y enlace, a buscar una coordinación más efectiva con otros organismos públicos y, por primera vez en su historia, a trabajar con organizaciones no gubernamentales. El esfuerzo cristaliza en acciones concertadas con la SEDESOL, la SEP, los servicios de salud, FIDELIST (Fideicomiso a la tortilla), con el Centro de Integración Juvenil y con el Centro Mujeres A.C.

Los responsables de los programas señalan que se trataba de realizar acciones más efectivas y evitar duplicidad de tareas en el combate a la pobreza:<sup>44</sup> el programa alimentario encuentra apoyo en el programa médico y conecta con el programa de adolescentes. Los cambios estructurales y el nuevo enfoque del trabajo han permitido, según los entrevistados, atender las demandas de la población de manera más concreta, expedita e integral en y desde todos los programas del DIF.

---

<sup>44</sup> El término "combate a la pobreza" fue utilizado por 3 de los subdirectores entrevistados.

## El Programa de Servicios Médicos

En 1996, este programa se extiende a los municipios y aumenta su personal. Según el director, la atención directa a las mujeres es la misma, limitada a la planificación familiar y a la atención integral de la embarazada. "Promovemos que usen anticonceptivos en general".<sup>45</sup> Sin embargo, según los ejecutores del programa, desde el año 1996 ya no se entregan anticonceptivos, sino que el enfoque es preventivo. Este énfasis en la prevención obedece, según los ejecutores, a la carencia de anticonceptivos y a que "es mejor que aprenda la gente para que pueda decidir"<sup>46</sup> (Dr. Ayala). Para este año, los hombres no estaban incluidos en la población objetivo de las acciones de salud reproductiva. "Cuando nosotros estamos en la comunidad ellos trabajan, además hay falta de interés";<sup>47</sup> explica el subdirector

El cambio más importante que notamos en este programa en 1996 es precisamente el énfasis en la prevención, ya sea en las "prácticas" del personal médico a la comunidad (que aumentaron de 50 en 1994 a 91 en 1996), o en las acciones de seguimiento a mujeres embarazadas. Ellas se empiezan a registrar en los formatos de servicios, y solicitan los beneficios de otros programas, como el alimentario. Sin embargo no se evalúa la calidad de la atención ni se realizan otras acciones necesarias de prevención en salud reproductiva como la toma del *papanicolau* o la prevención de cáncer mamario. En este sentido, el coordinador y supervisor de campo de los servicios médicos del DIF, comentaba: "Sabemos que muchas mujeres no se toman el *papanicolau*. En lo personal, nunca entendí por qué razón no se toman la muestra en nuestros consultorios. Tenemos médicos y médicas preparadas, consultorios disponibles de los centros de desarrollo y es algo sencillo de hacer. Tengo entendido que en algún momento hasta se compraron los materia-

---

<sup>45</sup> Entrevista al Dr. Mario García Isais, Subdirector de Servicios Médicos DIF Estatal en BC Sur, Octubre 1998.

<sup>46</sup> Entrevista a los doctores Joaquín Ayala y Antonio Ramírez Martínez, Coordinadores del Área Médica del DIF BC Sur. Octubre 1998.

<sup>47</sup> *Ibidem*. 40.

les, pero no se lleva a cabo el programa de detección de cáncer... las acciones son sólo de promoción."

La violencia intrafamiliar tampoco es considerada de incumbencia de los servicios médicos. Se remite a las víctimas a los centros de salud y a las procuradurías para su atención. La capacitación en este campo al personal médico durante este año fue prácticamente nula.<sup>48</sup> En 1996 se logró ampliar la cobertura de los servicios médicos, ya que en cada una de las cabeceras municipales se designaron responsables para coordinar su atención con el DIF estatal.

### **El Programa de Atención a Adolescentes**

Este programa amplió su definición de población vulnerable al incorporar el concepto "menores en circunstancias especialmente difíciles", que incluye a menores maltratados, repatriados, jornaleros y jornaleras, farmacodependientes, etc. Su objetivo es atender de manera integral a menores y adolescentes en situación de vulnerabilidad. Es también en 1996 cuando se plantea la atención integral del adolescente. Sin embargo, la ejecución del programa todavía se traduce en acciones curativas puntuales, como el llamado "paquete básico de atención" compuesto por consultas médicas y odontológicas en los centros comunitarios y apoyados por la entrega de despensas del programa alimentario.

Por primera vez se comienza a dar asesoría psicológica a adolescentes en la Subdirección de Concertación y Asistencia Social. De acuerdo con la Subdirectora del Programa, Lic. Noemí Carrillo, es en 1996 cuando "empezamos a promover el espíritu de El Cairo" y cuando "se promueven los derechos de los jóvenes a la salud, al consentimiento informado, a la libre decisión, así como la responsabilidad de los varones en la fecundidad".<sup>49</sup> Según la misma fuente "la calidad y cantidad de las acciones es muy superior desde 1996"; sin embargo, el programa funcionaba con escasos recursos económicos y humanos.

---

<sup>48</sup> *Ibidem.* 40.

<sup>49</sup> Entrevista a la Lic. Noemí Carrillo Núñez, Septiembre 1998.

Las becas para que los adolescentes sigan estudiando -recursos que provienen de la federación- aumentan de 99 a 138 y, si antes de 1996 el 80% de estas becas se otorgaba a varones, para 1998 las destinadas a mujeres alcanzan ya el 40%.<sup>50</sup> Para los jóvenes también se imparten talleres de capacitación comunitaria. Los contenidos se decidieron con base en encuestas que se realizaron en las comunidades. Así, se incluyó inglés, cómputo, secretariado y carpintería.

La capacitación al personal en temas relacionados con género, salud reproductiva y derechos de los jóvenes aumentaron en 1996. Se estableció que tanto los titulares de dirección como los mandos medios recibieran al menos dos cursos anuales y se estableció un programa de autocapacitación semanal.

### **Cambios Identificados en 1997**

#### **Programa de Servicios Médicos**

En este año el programa no sufrió modificaciones sustanciales. La plantilla de médicos y el tipo de trabajo fue semejante al anterior. Se enfatizó la prevención contra la adicción en los centros comunitarios. Los indicadores de éxito seguían siendo numéricos y la calidad de la atención medida con indicadores de productividad y a través de las supervisiones por observación. El enfoque de atención a la salud reproductiva y sexual no se asumía sino que el programa de planificación familiar seguía operando con las mismas bases que en años anteriores. La capacitación al personal fue escasa (dos cursos por año a nivel de subdirección y uno a nivel de implementadores) y no incluyó en sus contenidos género, salud sexual ni derechos reproductivos.

#### **El Programa de Atención a Adolescentes**

Los centros de atención a adolescentes empezaron a llamarse "Centros PAMAR" (Programa de Atención a Menores y Adolescentes en Riesgo). El programa continuó con acciones de atención integral del adolescente, y se contrató a más personal capacitado (una

---

<sup>50</sup> *Idem.*

psicóloga y una trabajadora social). Según afirma la Subdirectora de Concertación y Asistencia Social, en 1997 fue evidente la mayor inversión del DIF en el programa, específicamente en promoción, difusión, capacitación del personal y materiales de apoyo. El personal recibió capacitación sobre género, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, derechos humanos, violencia intrafamiliar, etc. La capacitación ha dado mayor claridad a estos temas; sin embargo, algunos de los entrevistados reconocen que en el DIF aún no existen mecanismos claros que garanticen la perspectiva de género ni los cambios necesarios para impulsar los programas con una nueva visión.

En el año de 1997 se trató de llegar más a la población joven de las colonias populares: aumentaron las consultas de salud, las asesorías en prevención de VIH-SIDA y embarazo, las asesorías de orientación psicológica. Se gestionaron más becas de capacitación (13 en 1996, 60 en 1997) para las mujeres y varones jóvenes.<sup>51</sup> Se formaron grupos de orientación sobre responsabilidad masculina en la sexualidad de la pareja y los derechos reproductivos de las y los jóvenes. Por primera vez operó un Programa de Atención a Madres Adolescentes que se extendió, en 1998, a acciones de prevención de segundo embarazo, trabajo en grupos de autoayuda, concientización en derechos, autoestima, asertividad y apoyo integral (médico, promoción para educación y trabajo) para las madres adolescentes y sus bebés. Para echarlo a andar, en 1997 se llevó a cabo un sondeo comunitario en busca de adolescentes embarazadas y con hijos pequeños; ese mismo año se atendió a 99 madres adolescentes, número que aumentó a 250 para 1998.<sup>52</sup> Se ha promovido la participación de los compañeros adolescentes en el programa, con un éxito relativo de un 30 por ciento.<sup>53</sup>

---

<sup>51</sup> Entrevista a la Lic. Noemí Carrillo Núñez, Septiembre 1998

<sup>52</sup> Gobierno del Estado de Baja California Sur: Avances Programáticos. Sistema DIF, Subdirección de Concertación y Asistencia Social. La Paz, BC Sur, 1999.

<sup>53</sup> Entrevista a Psic. Myriam Romero Olachea, Coordinadora Estatal de Programas de prevención y Atención Integral a Madres y/o Embarazadas Adolescentes. Octubre 1998.

La Psicóloga Myriam Romero expresó lo siguiente acerca de su trabajo en este sub-programa: "Promovemos el ejercicio de una sexualidad placentera, desligada de una maternidad no deseada. También cuidamos que la calidad de atención que se brinda a las adolescentes y sus parejas sea buena, que las traten con el respeto debido, que ellas conozcan sus derechos y los hagan cumplir en los servicios de salud...aunque después nosotras mismas tenemos discusiones o problemas con los proveedores de salud." Este subprograma, entonces, basado en un cambio total en la posición social y familiar de las adolescentes, llegó a confrontarse a veces con las deficiencias de los propios servicios de salud y a pesar de su importancia -dado el alto índice de embarazos adolescentes en el estado-, se encuentra amenazado, ya que, como explica la Lic. Carrillo: "Nació de un apoyo de DIF Nacional y su subsistencia dependerá del éxito y prontitud de las gestiones de la Directora Estatal con el Departamento de Finanzas del Estado. Como es un programa nuevo y con mayor peso preventivo que curativo, es probable que no se logre el apoyo necesario."

## V. Los recursos económicos<sup>54</sup>

**L**os programas analizados en este capítulo son: servicios, atención del adolescente y red móvil. Se han considerado los rubros de ingresos y egresos económicos en los programas, pero éstos no incluyen salarios; es decir, las sumas que aparecen en los cuadros representan el dinero con que contaban los programas para su ejecución, lo que a nivel administrativo se registra como "materiales y suministros" y "servicios generales".<sup>55</sup> Según el Subdirector Adminis-

<sup>54</sup> El análisis está basado en los tabulados de resultados anuales proporcionados por la Subdirección Administrativa del DIF estatal en B.C. Sur. Se han utilizado cifras a pesos constantes, utilizando el deflactor implícito del PIB estimado por el Banco de México. Los pesos utilizados corresponden al año de 1993. Para poder comparar los datos de un año con otro, se deflactaron las cifras a partir del índice de precios del PIB y se convirtieron todos los pesos a pesos de 1993. 1983 (100.0), 1994 (108.3), 1995 (149.3), 1996 (193.4) y 1997 (197.0)

<sup>55</sup> Entrevista al Dr. Sergio Millán, Subdirector del Programa PASAF en el DIF en Baja California Sur, Noviembre de 1998.

trativo del DIF, Lic. Humberto Navarro, estos rubros son amplios y permitan justificar recursos para capacitación, materiales, transportación local, etcétera.

### Ingresos económicos en los programas

El total de los ingresos estatales del DIF representa una mínima parte del presupuesto de egresos aprobado por el Congreso Estatal durante los años analizados. El cuadro 1 nos muestra la relación entre el presupuesto para el DIF y el egreso global estatal. De 1995 a 1996 hubo un decremento importante en la asignación y de 1996 a 1997 un ligero aumento relativo pero las cifras son siempre menores al 1% del egreso estatal.

Cuadro 1

Egresos estatales de BCS\*  
e ingresos estatales DIF\*\* en 1995, 1996, 1997  
(Pesos corrientes)

Año	Egresos de BCS	Ingresos DIF
1994	666,674,692	—
1995	922,919,363	7,844,106
1996	1,317,622,117	6,917,054
1997	—	12,720,031

Fuentes: \* Poder Legislativo: Boletines Oficiales. Decretos de Egresos Autorizados por el Congreso del Estado, Nos. 1028, 1107, 1151. La Paz, B. C. Sur. \*\* DIF B. C. Sur: Estados de Resultados 1995, 1996, 1997. La Paz, B. C. Sur.

Entre 1995 y 1997, sólo el 6% del ingreso global del DIF se aplicó a los tres programas mencionados (ver cuadro 2). En el cuadro 4 observamos que el programa Red Móvil contaba, en 1995, con casi medio millón de pesos, cifra que descendió un 44% para el año 1996. En 1997 el programa se recupera en un 34% con respecto al año inmediato anterior; es decir, durante sus tres años de operación, este programa, que ha recibido fondos estatales y federales, tuvo un aumento neto en su presupuesto (combinado) de apenas 10%. En los últimos dos años la inversión federal en Red Móvil ha sido aproximadamente 20% mayor que la estatal (ver cuadro 3).

## Cuadro 2

### Ingresos totales del sistema DIF en BCS para 1995, 1996 Y 1997 (Pesos de 1993)

	1995	1996	1997
Pesos Corrientes	9,306,160.91	14,604,938.99	28,687,749.46
Pesos Constantes	6,233,195.52	7,551,674.76	14,540,166.98

Fuente: DIF B. C. Sur, Subdirección Administrativa. Estados de Resultados 1995, 1996, 1997. La Paz, B. C. Sur.

## Cuadro 3

### Ingresos estatales y federales de 1995 a 1997 a tres programas del DIF relacionados con El Cairo, en BCS (Pesos de 1993)

	1995	1996	1997
<b>Estatal</b>			
Red Móvil	276,356.29	143,365.51	190,084.06
Atención Adolesc.	13,573.00	15,408.00	—
Serv. Médicos	—	—	55,732.38
<b>Federal</b>			
Red Móvil	210,141.32	179,977.76	245,389.76
Atención Adolesc	93,611.52	64,788.00	30,473.89
Serv. Médicos	48,740.89	59,189.54	73,000.16
<b>Total</b>	<b>628,850.02</b>	<b>460,893.81</b>	<b>610,088.25</b>

Fuente: Tabulados. Estados de Resultados DIF 1995, 1996, 1997

DIF B. C. Sur, Subdirección Administrativa. Estados de Resultados 1995, 1996, 1997. La Paz, B. C. Sur.

## Cuadro 4

Ingresos Globales Estatal y Federal de Tres programas DIF Relacionados a Salud Reproductiva 1995-1997  
(Pesos constantes de 1993)

Programa	1995	1996	1997
Red Móvil	486,497.61	323,343.27	435,473.82
Atención a Adolesc	93,611.52	78,361.00	45,881.89
Serv. Médicos	48,740.89	59,189.54	128,732.54
Total	628,850.02	460,893.81	610,088.25

Fuente: Tabulados Estados de Resultados DIF 1995, 1996, 1997

DIF B. C. Sur, Subdirección Administrativa. Estados de Resultados 1995, 1996, 1997. La Paz, B. C. Sur.

El programa de Atención al Adolescente ha visto mermados sus haberes año con año (ver cuadro 4). Sus principales recursos provienen de la federación, sólo 13% es de origen local, (ver cuadro 3). El estado comenzó a financiar este programa en 1996 y aumentó su inversión en 13.5% para 1997. Sin embargo, los ingresos económicos totales para este Programa muestran una caída importante: 17% de 1995 a 1996 y de 49% al comparar los ingresos de 1997 con los que se tenían en 1995 (ver cuadro 4).

Los ingresos del programa de servicios médicos han dependido básicamente del aporte federal hasta 1997 (ver cuadro 3). Sus ingresos globales han ido aumentando constantemente: 1995 a 1997, el incremento fue mayor a 150% (ver cuadro 4).

En suma, los dos programas que impactan en la población abierta y que incluyen acciones curativas, han incrementado sus ingresos. El programa de adolescentes, de contenido mucho más preventivo que curativo, ha sufrido merma en sus ingresos estos tres últimos años

Los ingresos globales inyectados a los programas que no se relacionan directamente con las acciones en salud reproductiva han sido muy superiores a los de aquellos que sí se relacionan.

## Cuadro 5

Ingresos económicos de los programas DIF no relacionados a salud reproductiva durante los años 1995 a 1997.  
Fondos federales y estatales  
(Pesos constantes de 1993)

Ingresos Federales			
Programa	1995	1996	1997
DIF	22,296.04	62,897.62	3,618,349.17
PASAF	317,849.20	1,253,104.96	2,611,157.12
Total	340,145.24	1,316,002.58	6,229,506.29
Ingresos estatales			
Programa	1995	1996	1997
DIF	4,106,297.173	2,717,608.78	5,394,568.85
PASAF		7,343.71	41,064.87
Total	4,106,297.173	2,724,952.49	5,435,633.72

Fuente: Tabulados Estados de Resultados DIF 1995, 1996, 1997. Subdirección Administrativa. DIF estatal en B. C. Sur.

El análisis de los cuadros 5 y 6 indica que los ingresos globales para los programas DIF y PASAF son 11.5 veces mayores que los destinados a los tres programas que se centran en la salud sexual y reproductiva, cuyos ingresos equivalen a sólo el 8.6 % de los de PASAF y DIF para los años de 1995 a 1997. Inclusive, el PASAF aumentó más de cinco veces sus ingresos estatales de 1996 a 1997, beneficio que no recibió ninguno de los programas relacionados con salud sexual y reproductiva.

Es importante recordar aquí que el programa PASAF, fue una iniciativa del gobierno federal, aunque, como apuntó el Dr. Sergio Millán: "Ya existía el programa de despensas en el estado desde hace más de veinte años". Según información proporcionada por el Dr. Millán, Subdirector Operativo del Programa, en los últimos años este programa se ha fortalecido. Sus acciones básicas son la entrega de despensas a familias necesitadas, los desayunos escolares DIF en colonias populares, la orientación alimentaria a través de pláticas de nutrición y el fomento a la producción de alimentos

de autoconsumo a través de asesorías para huertos familiares.<sup>56</sup> La directora del DIF, por su parte, comentó que “Este es el programa de apoyo para el combate a la pobreza, con acciones de prevención de desnutrición en niños y ayuda alimentaria, aunque muy básica, a familias de muy escasos recursos”.

### Egresos económicos en los programas

Los egresos económicos nos permiten ver en qué programas se han ejercido los presupuestos federal y estatal y cuánto dinero se asignó. Así tenemos que todos los programas, salvo uno, han sufrido una caída promedio de 25% en el presupuesto de egresos de 1995 a 1996. Sólo el de servicios médicos tuvo un incremento de casi 4% en ese lapso (ver cuadro 6).

Cuadro 6

Egresos económicos globales de los programas DIF  
Relacionados a salud reproductiva durante los años 1995 a 1997  
Fondos estatales y federales  
(Pesos constantes de 1993)

Programa	1995	1996	1997
Red Móvil	471,573.50	323,796.14	491,669.25
Atención a Adolesc	302,545.15	242,130.97	158,443.01
Serv. Médicos	190,265.94	197,668.19	301,794.88
Asistencia Jurídica	235,761.42	178,085.93	300,938.23
Total	1'200,146.01	941,681.23	1'252,845.37

Fuente: Tabulados Estados de Resultados DIF 1995, 1996, 1997.

DIF B. C. Sur, Subdirección Administrativa. Estados de Resultados 1995, 1996, 1997. La Paz, B. C. Sur.

El año 1997, los programas registran un incremento presupuestal, excepto el de Atención a Adolescentes, que ve mermados sus fondos en un 47% con respecto a 1995. Entre 1995 y 1996, el programa de servicios médicos, los servicios de asesoría jurídica a

<sup>56</sup> Entrevista a la Profa. Guadalupe Almada Peñúñuri, Directora Gral. DIF en B. C. Sur, Agosto 1998

las mujeres y la Red Móvil, aumentaron sus recursos en un 58%, 27% y 4% respectivamente (ver cuadro 6).

Lo que se observa en los cuadros 5 y 6 es que la Subdirección de Concertación y Asistencia Social se creó a costa de fondos estatales, al igual que la Asistencia Jurídica a Mujeres. Es interesante ver que de 1996 a 1997 el estado aumentó su aportación a los programas, excepto para el caso de la Subdirección mencionada, a la cual redujo sus fondos a menos de la mitad (ver cuadro 7). Cabe recordar que de la Subdirección de Concertación dependen todos los programas de prevención y atención a adolescentes, incluyendo los de madres adolescentes. La reducción en los fondos se traduce en menor disponibilidad de materiales para el trabajo, menos recursos para transportación local a comunidades alejadas y para capacitación fuera del estado, etcétera.

### Cuadro 7

Egresos económicos de los programas DIF relacionados a salud reproductiva durante los años 1995 a 1997.

Fondos estatal  
(Pesos constantes de 1993)

Programa	1995	1996	1997
Red Móvil	277,260.83	146,100.34	247,093.69
Atención a Adolesc.	230,172.75	152,939.00	157,264.61
Serv. Médicos	190,265.947	141,326.68	240,508 00
Asistencia Jurídica	235,761.426	178,085.93	300,938. 23
Conc. y Asist. Social	—	146,383.52	65,448. 39
Total	933,460. 953	764,835.47	1,011,252.00

Fuente: Tabulados Estados de Resultados DIF 1995, 1996, 1997.  
Subdirección Administrativa. DIF estatal en B. C. Sur.

Los programas relativos a la salud sexual y reproductiva incrementaron sus fondos en 1997. Antes de ese año, los fondos estatales para dichos programas sólo se incrementaron en 18% de 1995 a 1996 (ver cuadro 7) y los fondos federales para estos programas aumentaron globalmente 21% de 1995 a 1996 y 15% de

1996 a 1997. Es decir, el dinero federal ejercido en estos programas sufrió una reducción de 6% de 1996 a 1997 (ver cuadro 8).

### Cuadro 8

Egresos económicos de los programas DIF relacionados a salud reproductiva durante los años 1995 A 199.

Fondos Federales  
(Pesos constantes de 1993)

Programa	1995	1996	1997
Red Móvil	194,312.76	177,695.80	244,575.56
Atención a Adolesc	72,372.40	89,191.97	1,178.40
Serv. Médicos	—	56,431.51	61,286.88
Asistencia Jurídica	—	—	—
Conc. y Asist. Social	—	—	—
Total	266,685.16	323,319.28	307,040.88

Fuente: Tabulados Estados de Resultados DIF 1995, 1996, 1997. Subdirección Administrativa. DIF estatal en B.C. Sur.

Mientras que de 1995 a 1997 el incremento relativo general de los fondos globales (recursos estatales más recursos federales) para los programas relacionados con salud sexual y reproductiva fue de 11.5% (ver cuadro 6), el PASAF, cuyas acciones no están directamente relacionadas con estas áreas, muestra un incremento sostenido e importante a lo largo de los tres años analizados. El presupuesto ejercido por PASAF durante 1996 fue 15 veces mayor y en 1997 34 veces mayor que el que tenía en 1995 (ver cuadro 9).

## Cuadro 9

Egresos económicos del programa PASAF no-relacionado a salud reproductiva durante los años 1995 a 1997.

Fondos federales y estatales  
(Pesos constantes de 1993)

	1995	1996	1997
Egresos federales	—	79,017.89	144,636.41
Egresos estatales	79,654.38	1,142,404.34	2,611,073.65
Total	79,654.38	1,221,422.23	2,755,710.06

Fuente: Tabulados Estados de Resultados DIF 1995, 1996, 1997. Subdirección Administrativa. DIF estatal en B. C. Sur.

## VI. Conclusiones

### Acerca de los Obstáculos

**E**l análisis económico y cualitativo de los programas de salud sexual y reproductiva que convergen con las acciones propuestas en El Cairo nos lleva a pensar que efectivamente ha habido avances con la creación de los mismos y la asignación de apoyos para su establecimiento y continuidad. No obstante, estos avances son relativos, dado que las acciones no se han consolidado como permanentes en la práctica ni conquistado presupuestos estables; como se menciona en la sección anterior, algunos de ellos no se consideran prioritarios por su carácter preventivo y funcionan con dinero limitado proveniente de la federación.

Los obstáculos para que estos programas funcionen conforme a los lineamientos de El Cairo, tengan mayor empuje e impacto y gocen de continuidad presupuestal son:

- 1) El desconocimiento -por parte de quienes dirigen de la institución y los programas- de las políticas de gobierno derivadas de la CIPD y del carácter prioritario que han de tener los cambios en el enfoque de salud reproductiva. Esto, aunado a posturas individuales poco flexibles y obsoletas que mues-

tran los ejecutores de los programas (como el personal de servicios médicos), ha propiciado la perpetuación de un programa de planificación familiar que ignora u omite el nuevo enfoque de salud reproductiva en la atención directa a las mujeres y los jóvenes. Se ignora que existe un compromiso internacional firmado por nuestro país y que las instituciones de salud y servicios sociales deben asumirlo y convertirlo en convicción programática institucional.

Este desconocimiento generalizado es también una de las causas (reconocidas por la propia directora del DIF estatal) por las que no se han hecho las gestiones necesarias para obtener más fondos estatales y federales y dar carácter permanente a ciertos programas como es el de Madres Adolescentes que, pese a funcionar con muy poco dinero, estaban impactando de manera importante en la sociedad con la promoción de los derechos reproductivos.

Que las autoridades del DIF conozcan y estén convencidas del enfoque emanado de El Cairo es elemento clave para hacer factible la implementación de los programas. Dos hechos significativos en el desarrollo del DIF en los últimos 6 años nos dan la pauta de esta factibilidad: el crecimiento importante de algunos de sus programas y sus mecanismos de acción e implementación en general. Las entrevistas con la directora, subdirectores y ejecutores de los programas muestran que en el DIF existe suficiente flexibilidad y libertad para la implementación de acciones de salud y educación (dentro de lineamientos y estrategias generales); si se hubiera sensibilizado y convencido a los funcionarios del DIF –desde la dirección central hasta los estatales- y ejecutores de la importancia y bondades, los programas habrían recibido mayores fondos, mayor atención y el respaldo del gobierno del estado, para su supervivencia.

- 2) Entre 1995 y 1997, el presupuesto de la institución ha registrado incrementos importantes para administración y para los

programas priorizados a nivel federal (como el PASAF). Es interesante observar que los programas nuevos, dirigidos a sectores de población que el DIF atendía de manera especial (como las madres adolescentes o los adolescentes y jóvenes en general) han visto menguar sus recursos de manera importante mientras engordan los de programas tradicionales. Los magros fondos aplicados en programas de salud sexual y reproductiva no guardan proporción con el impacto cualitativo que éstos tienen en la comunidad y que debiera traducirse en incrementos a su presupuesto, pero en el reparto de haberes privan los criterios tradicionales, se alimenta al aparato burocrático y se escatiman los medios para programas estratégicos de cambio en los enfoques de salud reproductiva. Entre las prioridades presupuestales no aparece la capacitación a proveedores y ejecutores de los programas de atención a la salud. Una mínima parte de ellos tiene información -muy escueta- sobre salud reproductiva y enfoque de género; todos los subdirectores de programas señalan la falta de capacitación para ellos y su personal, claro obstáculo en la implementación de acciones relacionadas con El Cairo.

- 3) La omisión del enfoque de salud reproductiva en la institución es otro obstáculo. En lugar de asumir el nuevo enfoque y elaborar mecanismos para asimilarlo a cada uno de sus programas, el DIF sólo ha incorporado algunas líneas de acción en los que cuentan con directores y ejecutores sensibilizados hacia estos cambios y aunque el concepto salud reproductiva es parte importante del discurso de los programas de salud (servicios médicos) y atención social, pareciera que la implementación del nuevo enfoque en el DIF, depende, casi exclusivamente, de la voluntad de directores y proveedores.
- 4) El sistema de seguimiento y medición del impacto de los programas es cuantitativo. En la mayoría de los programas los indicadores de seguimiento e impacto son meramente numéri-

cos, excepto en la nueva Subdirección de Concertación y Asistencia Social, la cual ha adoptado algunas unidades de medida de tipo cualitativo, lo que ha traído un avance en la evaluación. El DIF, como tal, no ha incorporado indicadores cualitativos que permitan identificar los avances en promoción de los derechos reproductivos y sexuales (consentimiento informado, respeto a la libre decisión) o en prevención y combate a la violencia intrafamiliar y la incorporación del varón a las acciones de salud sexual y reproductiva, por ejemplo. Esto hace que el discurso oficial sobre derechos y equidad de género se diluya a la hora de la implementación y monitoreo de los programas.

### **Acerca de los logros**

Entre 1995 y 1997 el DIF de Baja California Sur ha logrado avances relacionados con el Programa de Acción de El Cairo, a pesar de los diversos factores que dificultan el cambio: burocratismo, estructura piramidal, inercia en la implementación de programas y esquemas de trabajo poco funcionales. Los hechos más palpables son la creación de una subdirección con enfoque diferente y de un Departamento de Atención a la Mujer y la Familia dentro de la Subdirección de Asistencia Jurídica, la incorporación de una metodología de trabajo integral interdepartamental, la atención integral a adolescentes con enfoque de género y la capacitación en género de las trabajadoras comunitarias en la Red Móvil que atiende a comunidades rurales y semirurales.

Otras acciones como el fomento de la participación y responsabilidad del varón en su comportamiento sexual, el impulso al ejercicio libre e informado de las mujeres sobre su sexualidad y maternidad y el aporte de información, asesoría y servicios confidenciales en materia de salud sexual y reproductiva para los adolescentes, -como se ha señalado a lo largo de este trabajo- aparecen de manera aislada en sólo tres subprogramas.

Si en el futuro inmediato se atienden los problemas señalados y se fortalecen las acciones e iniciativas correctas se avanzará en el cumplimiento del Programa de Acción de El Cairo. El Sistema

DIF de Baja California Sur llega a la mayor parte de las comunidades urbanas, semiurbanas y rurales del estado, su personal es gente comprometida con el bienestar de la sociedad y tiene el reconocimiento de la comunidad en general pero, muy particularmente, el de las mujeres y los jóvenes. Este es un capital social que no debe desperdiciarse.

## Bibliografía

CEPAL, *Población, Salud Reproductiva y Pobreza*. Documento Mecanoescrito. 27vo. Periodo de Sesiones CEPAL. Aruba, 15 de Abril de 1998.

CONEPO-B. C. SUR, *Situación Demográfica de Baja California Sur*. Documento Mecanoescrito. sl.sf.

Consejo Nacional de Población, *La situación demográfica de México*. INOPAL-POPULATION COUNCIL. 1a. edición, México, 1997.

DIF, *Lineamientos del Programa de Atención a Menores y Adolescentes en Riesgo*. Documento Mecanoescrito. 1998, sl.

DIF, *Manual de Organización. Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia en Baja California Sur*. Documento Mecanoescrito. sl.sf.

DIF, *Primera Reunión Nacional del Programa de Salud DIF 1996 – 2000. Menores y Adolescentes*. Documento Mecanoescrito. Julio de 1996, sl.

DIF, *Programa de Atención a Menores y Adolescentes*. Reunión Nacional. Documento Mecanoescrito. Marzo, 1997, sl.

DIF-FNUAP, *Programa Nacional de prevención y atención integral a madres adolescentes*. Normatividad 1997. Documento Mecanoescrito. sf.

DIF-UNICEF, *Soy, estoy, existo...Niños y niñas adolescentes vulnerables de Baja California Sur*. La Paz, 1997.

Germain, Adrienne y Rachel Kyte, *El Consenso de El Cairo: El programa acertado en el momento oportuno*. International Women's Health Coalition. 2a. edición, New York, 1995.

- Gobierno del Estado de Baja California Sur, *Plan Estatal de Desarrollo Baja California Sur 1993 – 1999*. La Paz, s.l.sf.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, *Anuario Estadístico del Estado de Baja California Sur*. México, INEGI, 1994.
- Instituto de Servicios de Salud, *Diagnóstico Estatal Sectorial de Salud*. Baja California Sur, La Paz, 1996.
- Luis Fuentes, Mario, *Mujeres, derechos y oportunidades: Un principio de equidad*. Mayo-Septiembre 1997. DIF. México, 1997.



## SIGLAS EMPLEADAS

AID	Agencia Internacional para el Desarrollo
Cacu	Cáncer cérvico uterino
CCESC	Centro de Capacitación en Ecología y Salud Comunitaria
CCIM	Primera Conferencia para la Iniciativa de una Maternidad sin Riesgos
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
Coepo	Consejo Estatal de Población
Colem	Colectivo de Encuentro entre Mujeres
Conafe	Consejo Nacional de Fomento Educativo
Conapo	Consejo Nacional de Población
Conasida	Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA
Conave	Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica
Coplamar	Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados
Cora	Centro de Orientación para Adolescentes
Corsar	Comité Regional de Salud Reproductiva
DGE	Dirección General de Estadística
DGSR	Dirección General de Salud Reproductiva
DIA	Desarrollo Integral del Adolescente
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
DIU	Dispositivo intrauterino
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
Funsalud	Fundación Mexicana para la Salud
GIRE	Grupo de Información de Reproducción Elegida
Idefem	Investigación en Desarrollo Femenino
IMES	Instituto Mexicano de Estudios Sociales

IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS-Sol	IMSS-Solidaridad
INEGI	Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática
INI	Instituto Nacional Indigenista
ISECH	Instituto de Salud de Chiapas
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
MAIS	Modelo de Atención Integral a la Salud
MASPA	Modelo de Atención de la Salud para Población Abierta
Mexfam	Fundación Mexicana para la Planificación Familiar A.C.
NVR	Nacidos Vivos Registrados
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
ONUSIDA	Fondo de Naciones Unidas para la lucha contra el VIH-SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OTB	Oclusión tubaria bilateral o Salpingoclasia
PAC	Programa de Ampliación de Cobertura
Pap	Papanicolau
Papzor	Programa de Atención Primaria en Zonas Rurales
PASAF	Programa Alimentario de Atención Social a la Familia
PF	Planificación Familiar
PIB	Producto Interno Bruto
PNB	Producto Nacional Bruto
PND	Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000
PNP	Programa Nacional de Población 1995-2000
PNPF	Programa Nacional de Planificación Familiar
Profam	Pro Familia A. C.
Progesa	Programa de Educación, Salud y Alimentación
Pronam	Programa Nacional de la Mujer 1995-2000
Pronasol	Programa Nacional de Solidaridad
Proseco	Promoción de Servicios Comunitarios
PSRyPF	Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000
Sedesol	Secretaría de Desarrollo Social
SEP	Secretaría de Educación Pública

Seseq	Servicios de Salud del Estado de Querétaro
SSA	Secretaría de Salubridad y Asistencia
Ssa	Secretaría de Salud
SSO	Secretaría de Salud de Oaxaca
TMM	Tasa de Mortalidad Materna
Unicef	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
VIH-SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VPH	Virus de Papiloma Humano



Esta edición consta de 1,000 ejemplares más  
sobrantes para reposición y se terminó de imprimir  
en el mes de febrero del año 2000 en los

Talleres Gráficos de:

Arte y Tipografía por Computación, S.A. de C.V.

Alfonso Herrera 74, Col. San Rafael,

México, D.F. 06470

Tels. 5566 1185 • 55 66 7681



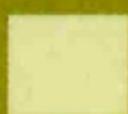
Victoria Jiménez Cruz: Economista y maestrante en Ciencias Económicas. Ha sido consultora del Consejo Estatal de Población de Baja California Sur y del CIESAS-Sureste en algunos proyectos de investigación.

Lorena Paz Paredes: Filósofa. Investigadora del Instituto de Estudios para el Desarrollo Rural "Maya" A.C. Ha publicado diversos artículos y libros sobre temas del campo y ha investigado experiencias organizativas de mujeres.

Verónica Rodríguez: Economista y docente en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, es maestrante en desarrollo rural por la misma universidad.

Georgina Sánchez: Maestra en Población, investigadora y docente del Colegio de la Frontera Sur en el proyecto Género y Salud Reproductiva. Trabaja en la construcción de indicadores con perspectiva de Género.

Gloria Sayavedra Herrerías: Médica con Maestría en Ciencias. Investigadora en género, poderío y salud reproductiva. Integrante de la Red de Mujeres Proderechos de Educación y Salud. Coordina un proyecto con niñas-adolescentes indígenas y es autora de diversos artículos sobre derechos sexuales y reproductivos y calidad de la atención.



El Plan de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, representa un giro en las políticas demográficas que dominaron al planeta durante muchos años. Por primera vez, un acuerdo internacional reconoce que los cambios en la estructura y magnitud de la población deben partir del respeto a los derechos reproductivos. La cuestión demográfica pasa del control del cuerpo y la fecundidad de las mujeres a la ampliación de derechos y libertades de los seres humanos. Por primera vez la meta no es simplemente reducir la población sino lograr la salud sexual y reproductiva de las personas, contrarrestando la desventajosa situación de las mujeres; idea que se vincula a políticas de desarrollo más armónicas y equitativas desde un punto de vista social y de género. El Programa de El Cairo recoge muchas de las demandas de un movimiento feminista que presionó para lograr este viraje en las políticas demográficas, y ofrece una perspectiva alentadora respaldada con la firma de 184 gobiernos del mundo entre los que se encuentra el mexicano. Este libro da seguimiento a los cambios en políticas y programas gubernamentales que se han dado en nuestro país a raíz de El Cairo; revisa los primeros pasos, analiza cómo se incorpora el concepto en planes, programas e instituciones de salud y desarrollo; da cuenta de los recursos financieros que se han destinado a esta tarea; y, siguiendo el rastro de la nueva política por cuatro estados de la república, reseña avances y logros, detecta obstáculos y resistencias... Y a pesar de los desafíos y rezagos, apuesta a la esperanza.