NúmEros al rescate

- Se estima que en México mueren cada año alrededor de mil 500 mujeres por abortos, es decir, un promedio de cuatro al día. Según INEGI, en 1996 se practicaron 166 mil 380 abortos en instituciones de salud y establecimientos particulares.[1]
- Otras fuentes contradicen al INEGI. El doctor Raúl López García, que en 1993 era subdirector general médico del Instituto Nacional de Perinatología, aseguró que en México ocurren aproximadamente cuatro millones 200 mil embarazos por año, y de éstos sólo llegan al término de gestación el 60%; el resto, es decir, un millón 700 mil, se pierden en sus etapas tempranas. Los cálculos sugieren que la mitad de esas pérdidas se refieren a abortos inducidos y que aproximadamente 850 mil casos son abortos espontáneos.[1]
- La Organización Mundial de Salud estima que en todo el mundo se llevan a cabo 20 millones de abortos al año, tanto legales como ilegales, y el 90% ocurren en los países en desarrollo. De esto resultan 800 mil muertes anuales, de las cuales el 95% son en naciones pobres.[2]
- En Uruguay se practican 150 000 abortos anuales. Las condiciones precarias en que se realizan la mayoría de ellos convierten al aborto en la segunda causa de muerte materna.[3]
- Más de dos millones de niñas y niños trabajan en Perú en diversas labores. En Perú, la edad mínima legal para trabajar son los 12 años, mientras que en la mayoría de los países de la región es de 14.[4]
- Según el INEGI, el 34% de la población mexicana femenina son niñas, seguidas del segmento de jóvenes, que representan el 30%. Las mujeres de entre 30 y 59 años constituyen el 29% y solamente el 7% de la población femenina está integrado por mujeres de 60 años o más.[5]
- En uno de cada cinco hogares en México se tiene como cabeza de familia a una mujer, lo que equivale a más de cuatro millones de familias.[5]
- Un informe del Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) del año 2000 señala que América Latina y El Caribe tienen una población altamente urbana, que pasó de 192 a 344 millones de personas entre 1975 y 1995 y que se estima alcanzó los 380 millones a finales del año 2000.[6]
- Entre 1995 y 1998, el 46.1% de las mujeres mexicanas de 15 años o más refirió haber vivido alguna vez algún tipo de violencia psicológica, física o sexual.[7]
- Las mujeres y niñas realizan dos terceras partes del trabajo en el mundo, y tan sólo reciben el 5% de los ingresos.[8]

Lecturas

Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México: una mirada a la situación nacional y a cuatro estados

Gisela Espinosa Damián
(compiladora)
El Atajo Ediciones, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población México y UAM-Xochimilco, 2000, 394 pp.

Genoveva Amador Fierros

El libro toma como punto de partida la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994 y el plan de acción ahí adoptado por 184 países, entre ellos México, para hacer un rápido recuento de los procesos que dieron lugar al agotamiento del modelo de desarrollo adoptado con anterioridad y para incluir un análisis detallado sobre los cambios que se han dado en nuestro país, a raíz de la Conferencia, en el terreno de las políticas y programas gubernamentales, así como su puesta en marcha a partir de estudios de seguimiento en cuatro estados de la república. En la primera parte del libro, Gisela Espinosa y Lorena Paz Paredes hacen un ejercicio analítico sobre los programas, los procesos y los recursos financieros destinados a la puesta en marcha de los cambios propuestos en la administración del gobierno de Zedillo. No dudan en afirmar que el Programa de Acción derivado de El Cairo "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 —por tanto, afirman—, se pasó de un enfoque demografista a otro en el que las políticas poblacionales quedaron engarzadas a una perspectiva de desarrollo más armónica, equitativa y humana". Señalan como un hecho trascendente el que los representantes gubernamentales acordaron que en lugar de establecer metas demográficas para reducir la población, éstas serían fijadas en términos de la reducción de la mortalidad materna e infantil, el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, incluidos los de planificación familiar, y el reducir la discrepancia entre hombres y mujeres en materia de educación. En síntesis, la capacidad reproductora de la mujer, que había sido tomada como el objeto central para aplicar las políticas demográficas, dio paso, a partir de la Conferencia de El Cairo, a "un nuevo concepto que coloca a un ser humano con cuerpo de mujer y a la población toda como eje de sus preocupaciones".

Los lineamientos centrales emanados de El Cairo se orientan a "alcanzar un desarrollo equitativo, armónico y sustentable, lograr el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, hacer realidad la igualdad de oportunida-

des educativas, laborales y sociales, compartir la toma de decisiones y transformar positivamente las relaciones entre hombres y mujeres".

Frente a este compromiso, las autoras señalan el gran desafío para un país como México, donde en 1994, debido al colapso financiero, más de un millón de mexicanos había perdido su empleo y donde la pobreza extrema llegó, dos años más tarde, a representar a la mayoría de la población. La plataforma de partida entonces no era alentadora: la anticoncepción se dirigía básicamente a mujeres en edad fértil; la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos era elevada, llegando a un 65% en las zonas rurales; el varón tenía una participación irrelevante en los programas de planificación familiar; la mortalidad materna era otro síntoma de preocupación de la insuficiente cobertura y calidad de los servicios de salud cuyas tasas más altas se encontraron para el periodo 1992-1994 en los estados de Oaxaca, Chiapas, Puebla, e Hidalgo. No obstante la evidente reducción de la mortalidad infantil en la época de los ochenta, para 1994 tenía un rezago equivalente a 22 años en las entidades más marginadas del sur de la república en relación con los estados del norte y el Distrito Federal. El problema de las enfermedades de transmisión sexual y el cáncer cérvico uterino y de mama, aparecían como otro reto importante. La escasa atención preventiva en el caso del cáncer se relacionaba con la falta de cultura del autocuidado, la falta de privacidad y el trato irrespetuoso por parte de los prestadores de los servicios de salud. Por otra parte, muy poco se atendían la menopausia y el climaterio, además de que la adolescencia era una etapa poco considerada en los programas de salud (antes de 1994 no existían consultorios de atención para adolescentes). Por supuesto, la perspectiva de género era también la gran ausente en todos los programas de salud.

No obstante, el Programa de Acción de El Cairo no partía de cero; por el contrario, había una larga trayectoria en la oferta de servicios relacionados con la salud reproductiva y una amplia y diversificada experiencia en la elaboración de diagnósticos, diseño, monitoreo y evaluación de planes, programas y líneas de acción. El principal reto, además del financiero y de la creación de una política pública ex profeso, consistía en reformular enfoques y prácticas arraigadas precisamente en esa larga experiencia. Dejar de concebir el aparato reproductor de la mujer como el objeto de las acciones de reducción de la fecundidad para comprender la necesidad de impulsar la salud integral de las mujeres y la participación del varón en igualdad de condiciones, requiere de un cambio cultural que no se dará por inercia ni por cumplimiento de normas. Se requiere de un intenso trabajo en el terreno de las actitudes y las conductas.

Los primeros pasos para avanzar en ese reto constituyeron un esfuerzo importante: a menos de un año de la Conferencia de El Cairo, se creó el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva (el 15 de febrero de 1995), que tuvo a su cargo la elaboración del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. Las circunstancias coyunturales hicieron posible que el concepto rápidamente permeara importantes planes normativos y rectores como el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, el Programa Nacional de Población 1995-2000 y el Programa Nacional de la Mujer 1995-2000.

Sin duda, la inserción del concepto de salud reproductiva en los principales planes y programas del sector público en nuestro país es un hecho sin precedentes que alienta al cambio, sin embargo, para llevarlo a la práctica, se requiere que la normatividad sea acompañada de un cambio en la distribución de los recursos y en el destino de ellos al interior del sector salud, no sólo por los compromisos adquiridos en el Cairo sino por la necesaria ampliación de los servicios en torno a la salud reproductiva. Aquí las autoras señalan contradicciones insalvables en la práctica. En el periodo 1993-1996 el llamado "gasto" en salud reproductiva disminuyó en un 33% y no obstante que la reducción fue menor al 37% reportado para el gasto total

- Según el Proyecto Global de Monitoreo de Medios 2000, realizado en 70 países por la Asociación Mundial por la Comunicación Cristiana (WACC, por sus siglas en inglés), las mujeres contabilizaron el año pasado el 41% de la gente que presentó y reportó las noticias de todo el mundo, pero sólo significaron el 18% de la gente entrevistada (objeto de noticia).[9]
- Casi 75% de los 18 millones de refugiados del mundo son mujeres y niñas.[10]
- A nivel mundial las mujeres poseen sólo el 2% de la tierra y reciben el 1% de los créditos para la agricultura. En México, las ejidatarias representan apenas el 17%.[11]
- Datos del INEGI indican que las mujeres indígenas de Los Altos de Chiapas de entre 16 y 40 años tienen un promedio de cinco hijos y que sus jornadas cotidianas de trabajo son de entre 16 y 18 horas.[12] ♦

Referencias

[1] "Nuestra lucha es contra la muerte y por la vida de miles de mujeres que mueren por un aborto: Rosario Robles." *Comunicación e Información de la Mujer*, A.C. 14 de agosto de 2000.

[2] "Las hemorragias, primera causa de muerte en mujeres gestantes en México. Resultado de abortos inducidos o mal practicados." *Comunicación e Información de la Mujer*, A.C. 14 de agosto de 2000.

[3] Cecilia Barreto: "El aborto dividió aguas en al universidad". *Fempress*, octubre de 2000.

[4] "Debe Perú reconsiderar la edad mínima para el trabajo infantil. Exhorta representante del Fondo de Naciones Unidas." *Comunicación e Información de la Mujer*. A.C. 14 de agosto de 2000.

[5] "Uno de cada cinco hogares lo encabeza una mujer, en México." *Comunicación e Información de la Mujer*, A.C. 15 de agosto de 2000.

[6] "La descontrolada migración a la ciudad, causante de la urbanización no planificada." *Comunicación e Información de la Mujer*, A.C. 16 de agosto de 2000.

[7] "Iniciará la próxima semana reunión internacional 'Violencia, ética, justicia y salud de la mujer'." *Comunicación e Información de la Mujer*, A.C. 17 de agosto de 2000.

[8] "'¡Paremos el mundo para cambiarlo!', lema en la segunda Huelga Mundial de Mujeres. Programada para el 8 de marzo del 2001." *Comunicación e Información de la Mujer*, A.C. 15 de agosto de 2000.

[9] "Escasa participación de las mujeres en medios informativos en el mundo." *Comunicación e Información de la Mujer*, A.C. 21 de agosto de 2000.

[10] "Necesario proteger los derechos reproductivos de las mujeres: UNFPA." *Comunicación e Información de la Mujer*, A.C. 21 de agosto de 2000.

[11] "Mujeres rurales, propietarias sólo de 2% de la tierra a nivel mundial: ONU." *Comunicación e Información de la Mujer*, A.C. 11 de septiembre de 2000.

[12] "Mujeres, niñas y niños inmersos en la pobreza y marginación." *Comunicación e Información de la Mujer*, A.C. 15 de agosto de 2000.

en salud, eso significa que hubo un estancamiento debido a que se contó con menos recursos financieros para más acciones, más población y más pobreza extrema, por tanto más vulnerabilidad. Del total del gasto en salud reproductiva, el 76.6% se destinó al área de hospitalización gineco-obstétrica, el 10.3% para la salud materno infantil, el 7.6% para planificación familiar y el 5.4% para la consulta externa gineco-obstétrica. La distribución de los recursos por institución de salud también encierra contradicciones con relación a los grupos poblacionales que atiende.

Así, en el periodo de referencia, se canalizó el 42.16% de los recursos financieros al IMSS para la atención del 38.8% de la población, el 2.4.2% se destinó al ISSSTE para la atención del 10.2% de la población y el 5.08% de los fondos públicos para salud reproductiva se canalizaron a la SSA, que atiende al 26.7% de la población usuaria. En síntesis, la institución que menos recursos recibe es la que atiende a la mayor parte de la población usuaria más vulnerable del país, pues no hay que olvidar que la SSA atiende a la población abierta, es decir, que no cuenta con ningún tipo de seguridad social.

Los nuevos escenarios financieros visualizados a partir del periodo 1998-1999 no son alentadores, las autoras infieren que debido al nuevo recorte de los fondos públicos, la población beneficiada por la política social se reducirá de 70 a 26 millones de personas y el recorte presupuestal para el sector salud se traduce en 1 856 millones de pesos,

Así, las posibilidades de avanzar en la práctica con los compromisos asumidos en la salud sexual y reproductiva enfrentan una realidad que se traduce en menos recursos financieros mientras se multiplica la población que vive en condiciones de pobreza. Ello supone la necesidad de una nueva lógica en la aplicación y distribución de los recursos, actitudes positivas hacia la optimización de los recursos para avanzar, aunque sea lentamente, hacia la atención integral de la salud. Éste es el contexto en el que se inscriben los estudios realizados por Beatriz Casas Carreño, Georgina Sánchez Ramírez, Gloria Sayavedra Herrerías, Graciela Freyermuth, Victoria Jiménez, Martha Patricia Aguilar Medina y Mónica Jassís, quienes aportan un balance detallado de los diversos programas de salud reproductiva a partir de seis estudios de caso realizados en los estados de Oaxaca, Chiapas, Querétaro y Baja California Sur, que constituyen la segunda parte del libro.

El estudio realizado por Beatriz Casas en el estado de Oaxaca encontró que el método anticonceptivo más usado sigue siendo la salpingoclasia; que el número de aceptantes de vasectomía sin bisturí ha disminuido y, no obstante que los partos atendidos por parteras disminuyeron entre 1996 y 1997, aún no se compensa con los partos atendidos en unidades médicas.

En síntesis, cada vez más mujeres alumbran sin atención adecuada; la incorporación del varón en los programas de salud reproductiva aún se vislumbra como una esperanza, y se infiere que las instituciones de salud anteponen el cumplimiento de metas respecto al control definitivo de la fecundidad antes que garantizar la salud o el consentimiento informado de la usuaria.

Los estudios realizados en Chiapas por Georgina Sánchez, Gloria Sayavedra, Graciela Freyermuth y Victoria Jiménez, analizan la regulación de la fecundidad, el Programa de Detección y Tratamiento Oportuno de Cáncer Cérvico Uterino y el problema de la muerte materna. Los hallazgos ponen a la luz que la promoción del método de salpingoclasia podría estar asociado a la ignorancia y vulnerabilidad al identificar que el grupo mayoritario de usuarias corresponde a las mujeres indígenas en contraposición con datos de 1986, cuando este grupo era representado por mestizas, además de que la mayor parte de las operaciones se realizan después el parto, cuando las mujeres no se encuentran en condiciones óptimas de tomar una decisión definitiva. Con relación al cáncer cérvico uterino, Chiapas sigue siendo uno de los estados con mayor tasa de mortalidad no obstante los evidentes cambios positivos en la normatividad y mayor claridad en el manejo del problema. Entre las causas asociadas se encuentran la falta de recursos financieros y de información a las mujeres, el escaso seguimiento de pacientes con resultados positivos, la referencia inadecuada a clínicas de displasia, el desconocimiento de los servicios que se ofrecen, los horarios inconvenientes, largos tiempos de espera y falta de privacidad y calidez cuando se toma la muestra.

Con relación a las muertes maternas, se estima un subregistro del 40%; no obstante, en la zona de los altos de Chiapas, el riesgo de morir por ser madres continúa siendo dos veces mayor que el resto de las mujeres mexicanas y las causas se asocian con el analfabetismo, falta de servicios de seguridad social, carencia de servicios obstétricos de emergencia y a complicaciones por abortos mal practicados.

El estudio realizado en Querétaro por Martha Patricia Aguilar deja claro que en el programa de salud reproductiva, lejos de incluir una nueva política y de asumir el enfoque integral y de género que implica el concepto, simplemente se sumaron los programas de planificación familiar y salud materno-infantil que ya existían.

Esa falta de reformulación de la normativa en la práctica hace que aún no se contemplen áreas específicas para las usuarias sino que, tangencialmente, se incorporaron algunos servicios, como la detección oportuna de cáncer cérvico uterino, de mama y de enfermedades de transmisión sexual. Aunque se pone de relieve, como aspecto positivo, el incremento en las acciones de difusión, capacitación, seguimiento, evaluación y sistematización de información, esos procesos aún no han impactado en un cambio en la práctica de los prestadores de servicio, quienes no han priorizado la consejería e información para el consentimiento en el uso de anticonceptivos ni han alentado la participación del varón.

Mónica Jasís analiza el subprograma dirigido a adolescentes del Sistema Na-