Salud reproductiva

Notas para una discusión

Deyanira González de León Aguirre

Qué tiempos en que es necesario luchar en defensa de lo que es evidente, reivindicar el derecho de las mujeres a decidir sobre su propia vida
Cifrian Martínez y Serrano, 1986

Introducción

La salud de la mujer ha cobrado un interés creciente por parte de agentes tan diversos como los gobiernos y las instituciones de salud, los organismos y agencias internacionales, las organizaciones no gubernamentales de mujeres y los grupos feministas o los sectores académicos. Aunque los problemas de salud de la mujer abarcan diversas facetas, buena parte de las investigaciones, del material escrito sobre el tema, de las reflexiones y de las intervenciones han centrado su atención en la esfera de la reproducción biológica.

Desde el nivel de la política sanitaria oficial, en México los problemas de salud de la mujer han sido tradicionalmente incluidos en el campo de la salud materno-infantil, el cual abarca a las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) y a los niños menores de 5 años.

A partir del enfoque de la salud materno-infantil, las investigaciones sobre salud de la mujer se han centrado en el terreno de la salud reproductiva; y las intervenciones asistenciales y educativas destinadas a las mujeres se han dirigido a aquellas que se encuentran en la etapa reproductiva de sus vidas, particularmente a las "mujeres madres".

A nivel declarativo la salud materno-infantil ha representado una prioridad de la política sanitaria oficial. Sin embargo, aunque en las últimas décadas la infraestructura de servicios de salud ha crecido en forma importante y han sido puestos en marcha una gran cantidad de programas dirigidos a la población materno-infantil, las acciones en este campo no han tenido todavía un impacto sustancial sobre la salud de las mujeres y los niños.

En el caso de estos últimos las enfermedades infecciosas, principalmente la diarrea, y respiratorias, se encuentran todavía entre las primeras causas de muerte en las edades tempranas de la vida. Por otro lado, los datos de la Encuesta Nacional de Nutrición de 1988 indicaron que casi el 30% de los niños menores de cinco años padecían algún grado de desnutrición,[1] lo cual limita sus posibilidades de desarrollo e incrementa su susceptibilidad para enfermar y morir por enfermedades infecciosas.

Con relación a las mujeres, los programas de salud y atención materno-infantil han priorizado las acciones en el renglón de la planificación familiar. A partir de la década de los años setenta la política sanitaria oficial ha impulsado, desde las instituciones públicas de salud, la aplicación masiva de programas de planificación familiar. En 1976 estos programas cubrían a nivel nacional al 30% de las mujeres en edad fértil; para 1987 la cifra se elevó al 52.7%.[2]

Los programas de salud dirigidos a las mujeres han dado menos importancia a otros aspectos para mejorar sus condiciones de salud. Lo

que escapa al ámbito de la reproducción biológica, como los problemas nutricionales y de salud mental, los derivados de la violencia sexual o las enfermedades crónico-degenerativas, entre otros, en general han merecido menos atención. Todavía en el contexto de la salud reproductiva la información disponible muestra que en México existen todavía grandes rezagos en la atención a problemas que inciden de manera determinante sobre la salud de las mujeres como conjunto social.

La mortalidad materna y otros asuntos

Uno de los problemas centrales en el campo de la salud reproductiva es la mortalidad materna. Las precarias condiciones de vida de grandes sectores de mujeres, las carencias en el acceso a los servicios de salud y las deficiencias de calidad en la atención prenatal y obstétrica propician una elevada frecuencia de complicaciones durante el embarazo, el parto y el postparto, que actúan como importantes causas de mortalidad materna.

Este fenómeno afecta en mucho mayor medida a las mujeres de los sectores sociales más pobres, y la mayor parte de las muertes maternas son evitables.

La estrecha relación que existe entre los procesos de la reproducción biológica y la nutrición ha sido estudiada de manera muy amplia. La desnutrición de la mujer es un factor de riesgo estrechamente asociado con la alta frecuencia de complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, así como con las elevadas tasas de mortalidad materna y perinatal que prevalecen en algunas regiones del país: "[...] la mortalidad materna es el resultado final de una mala salud reproductiva y de procesos de desgaste del organismo producidos por décadas de desnutrición y miseria".[3]



Los datos de la Encuesta Nacional de Nutrición revelaron que a nivel nacional cerca del 30% de las mujeres en edad fértil se encontraban en la categoría de bajo peso, y que 2.5 millones de las mujeres de este grupo tenían algún grado de anemia.[4]

Como en otros renglones del campo de la salud, las cifras de mortalidad materna en México están subestimadas. No obstante, la información oficial indica que en 1989 ocurrieron 1 518 muertes maternas en el país. En orden decreciente, las cinco primeras causas de mortalidad materna en el periodo 1988-1989 fueron las hemorragias del embarazo y el parto, la toxemia del embarazo, las complicaciones del puerperio, las complicaciones del aborto y el parto obstruido. Debe resaltarse que las causas maternas ocupaban en 1987 el segundo lugar entre las diez principales causas de mortalidad en las mujeres de 15 a 24 años, y el cuarto entre las de 25 y 44 años.[5]

La atención del parto, que representa uno de los aspectos que inciden de manera decisiva sobre la mortalidad materna, tiene grandes

deficiencias en cuanto a calidad y cobertura.

Los servicios de maternidad, sobre todo aquellos en los que son atendidas las mujeres más pobres, están sobresaturados y carecen de recursos materiales y de personal calificado suficiente, lo cual propicia numerosas iatrogenias y complicaciones durante el parto.

Además, en tal contexto la atención emocional y el trato humano que se da a las mujeres en los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales públicos tiene grandes lagunas y deja mucho que desear. Muchas de las mujeres mexicanas viven el nacimiento de sus hijos como una experiencia rodeada de desconocimiento, cuando no traumática. No es raro que se les humille ni que se les someta a maniobras técnicas y quirúrgicas innecesarias, así como a procedimientos rutinarios anticuados y riesgosos.

Entre 1988 y 1989 se realizó una investigación sobre las muertes maternas en el Distrito Federal. En este estudio se registró un índice de mortalidad materna de 1.14 defunciones maternas por cada mil nacidos vivos, es decir, el doble de lo reportado en las estadísticas vitales. La mortalidad materna fue más elevada en las instituciones de asistencia pública que en las de seguridad social, debido a la elevada frecuencia de mujeres que llegan a los hospitales con complicaciones severas, y a la atención obstétrica de menor calidad. El análisis de los datos reveló que un 85% de las muertes maternas incluidas pudieron haberse evitado; el "juicio clínico y quirúrgico errado" y la escasez de recursos materiales en los hospitales resultaron los primeros dos factores más directamente asociados con estas muertes.[6]

Por otra parte, la cobertura de la atención obstétrica en México sigue siendo limitada. En 1982 más de un millón de partos, el 47% del total de los que ocurrieron en el país, no recibieron atención médica.[7]

Datos más recientes, de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de 1987, mostraron que en las comunidades menores de 2 500 habitantes, el 44.5% de los nacimientos son atendidos por parteras empíricas; en comunidades más grandes (hasta de 20 mil habitantes) éstas atienden poco más del 20% de los partos. La práctica de las parteras en México forma parte de tradiciones culturales muy antiguas, y en el medio rural juega un papel significativo en la atención a las mujeres. No obstante pese a que existen programas de capacitación para las parteras en distintas zonas del país, gran parte de quienes ejercen este oficio carecen de elementos técnicos para detectar y manejar oportunamente riesgos y problemas en las mujeres que atienden.[8]

Dentro de las causas de mortalidad materna, las complicaciones del aborto inducido tienen un interés especial. El aborto es un importante problema de salud pública en México, dada su elevada frecuencia, la ilegalidad en que se realiza, la gravedad de sus complicaciones y el alto costo que su atención supone para las instituciones de salud.

La condición penalizada del aborto, así como las restricciones morales y religiosas no impiden que un gran número de mujeres recurran a él. Los términos fuertemente punitivos de la legislación mexicana tampoco impiden que médicos u otros practicantes lo realicen en un gran número de clínicas y consultorios privados o domicilios particulares. Una gran parte de los abortos se hacen en condiciones insalubres, con procedimientos peligrosos, y por manos inexpertas; en muchas ocasiones son autoinducidos por las mismas mujeres.

No se conoce la cifra de mujeres que abortan ni tampoco hay estadísticas confiables sobre la magnitud de las complicaciones y las muertes por abortos inducidos. Sin embargo algunos de los datos disponibles muestran los alcances del problema.

La Encuesta de Salud Reproductiva (1989) mostró que de los abortos referidos



por las mujeres de cuatro colonias del área metropolitana de la Ciudad de México, el 58.4% fueron declarados como espontáneos; el 28.8%, aunque referidos como espontáneos, pudieron haber sido provocados, y el 20.8% fueron admitidos como inducidos.[9]

En las estadísticas oficiales de 1989 el aborto ocupó el cuarto lugar en las causas de mortalidad materna en México. De las 1 518 muertes maternas reportadas ese año, 133 se debieron a complicaciones del aborto. Por otra parte, éste constituye una de las principales causas de morbilidad hospitalaria a nivel nacional. Datos de la Secretaría de Salud en 1988 y del Instituto Mexicano del Seguro Social mostraron en 1989 que el aborto ocupó el tercer lugar entre dichas causas en los hospitales de las dos dependencias.[10]

Las graves implicaciones sociales y sanitarias del aborto en México son consecuencia de una legislación obsoleta e inoperante. De hecho, el aborto constituye un "delito" que no se persigue ni se castiga.[11]

Desde una perspectiva feminista es claro que el aborto tendría que legalizarse a solicitud de las mujeres y constituir un derecho para todas ellas.

Debe tomarse en cuenta, sin embargo, que la solución al problema del aborto no se limitará tan sólo a su despenalización. Las experiencias de otros países muestran que las modificaciones a las leyes resultan poco eficaces cuando carecen de un respaldo político decisivo que les dé viabilidad.[12]

Los cambios deben asegurar la accesibilidad universal de las mujeres a servicios gratuitos de aborto, con personal suficiente y que garantice su calidad: "Despenalizar el aborto es una cosa, y otra es reglamentarlo como un servicio de salud en los hospitales públicos. Se puede despenalizar, ¿y después?, ¿abortar en clínicas caras? El aborto debe reglamentarse como un servicio de salud, tal como ocurrió en Italia, donde el debate se centró en el aborto como un problema de justicia social. En México, las mujeres ricas abortan en las mejores condiciones mientras que la mayoría [...] debe cruzar por verdaderos infiernos, hechos de extorsión económica y riesgos severos a su salud, incluso riesgo de muerte. Ahí debe centrarse el debate".[13]

Otro de los aspectos que atañen a la salud reproductiva y que merecería una mayor atención es la prevención del cáncer cervicouterino y mamario. La incidencia del cáncer en México se ha elevado en forma importante, y en 1985 los tumores malignos ocuparon el tercer lugar como causa de mortalidad

general. La frecuencia de las muertes por cáncer es mayor en las mujeres de 25 a 64 años, debido a la alta mortalidad causada por los tumores ginecológicos. En 1987, el 65% de los casos de cáncer registrados en la Ciudad de México correspondieron a mujeres; los dos tipos más frecuentes fueron el cervicouterino y el de mama, que en los últimos años han mostrado una tendencia ascendente. A pesar de la gravedad del problema, en 1989 el sector salud oficial tenía capacidad para cubrir con estudios citológicos de detección de cáncer cervicouterino (prueba de Papanicolao) sólo al 25% de las mujeres mayores de 25 años.[14] Un trabajo reciente indica que en la capital del país mueren alrededor de 400 mujeres por este tipo de cáncer cada año.[15]

Debe mencionarse también que algunos datos disponibles muestran la importancia que en los últimos años ha cobrado el SIDA como problema de salud en las mujeres. Hasta septiembre de 1989 se reportaron en México 2 937 casos de la enfermedad, estimándose un subregistro del 20%; las mujeres representaron el 12% de estos casos, con un total de 354. Más recientemente, la incidencia del SIDA en mujeres aumentó en forma muy importante; en 1987 la razón de casos hombre-mujer era de 16:1, en 1990 de 8:1.[16]

Anticoncepción y salud de la mujer

Con relación a los programas de planificación familiar es necesario destacar que la prioridad que se les ha dado, más que obedecer al propósito de mejorar las condiciones de salud de las mujeres y promover su bienestar, ha obedecido a las exigencias de la política demográfica del país.

Creados esencialmente con el objeto de reducir la natalidad y controlar la "explosión demográfica", los programas de planificación familiar a partir de elementos que aluden a los derechos dc los individuos para decidir sobre el número de hijos que desean tener, a la salud y al bienestar familiar y social, o a las necesidades del desarrollo del país.

Un trabajo donde se analiza críticamente la forma en que han operado los programas de planificación en América Latina apunta que en el terreno particular de la política sanitaria, "[...] la planificación familiar es entendida como componente de los programas de salud con beneficios directos para las mujeres al permitir que éstas planifiquen el número y espaciamiento de sus hijos, disminuyendo así los riesgos asociados a una fecundidad elevada de intervalos intergenésicos cortos. También es beneficiosa para los hijos, porque así cuentan con mayores posibilidades de recibir una mejor atención de la madre, [...] y [para] la estructura de los servicios de salud, que ven disminuida la presión que sobre ellos ejerce una alta fecundidad y pueden responder así a una demanda más regular y planificada".[18]

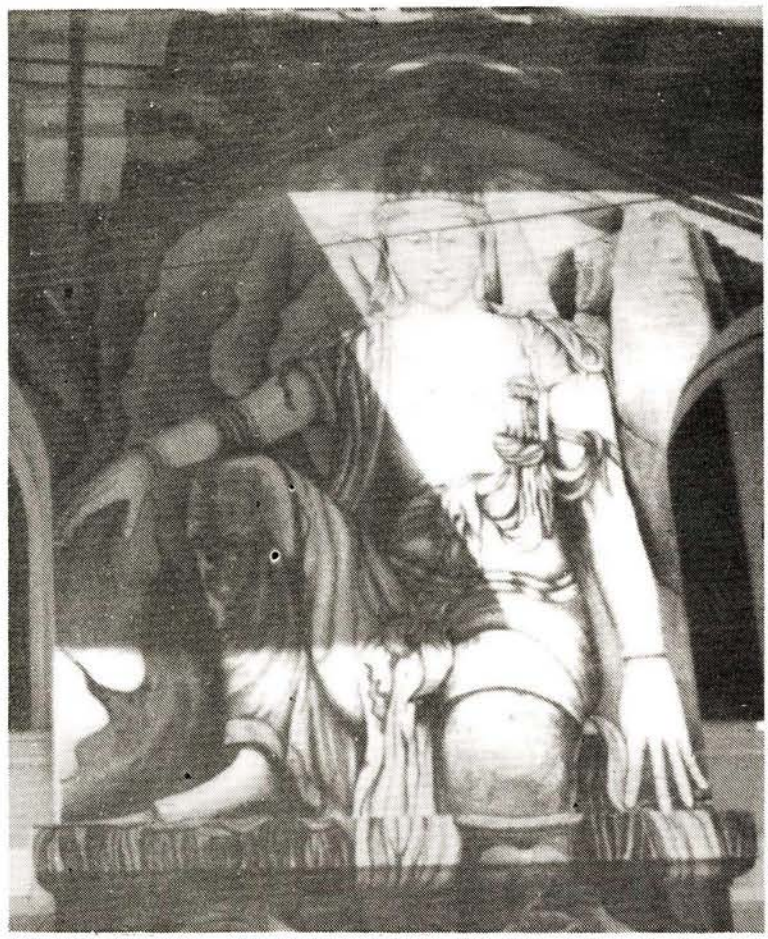
La crisis económica ha deteriorado la calidad de vida de amplios sectores. Una fuente oficial señala que alrededor del 40% de los mexicanos vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema, y que esta última categoría define las condiciones de vida de 17.3 millones de habitantes en el país.[19]

Por otro lado, las políticas económicas de ajuste han disminuido los recursos financieros destinados al gasto social, provocando serias limitaciones para los programas y servicios estatales. En el renglón salud, el porcentaje del gasto público para el sector disminuyó de forma considerable entre 1980 y 1987, del 4.7% al 2.7%,[20] lo cual ha reducido las posibilidades de expansión de servicios de salud con una alta calidad aceptable y propiciado el deterioro de los ya existentes.

Las políticas de población que en las últimas décadas se han venido adoptando en los países "del mundo en desarrollo" son una de las expresiones más claras de las relaciones de poder que prevalecen a nivel internacional En la actualidad, dichas políticas "[...] están sintonizadas a la lógica de los programas

neoliberales de ajuste estructural, impuestos a los países pobres y endeudados del sur por el FMI y el Banco Mundial. Estos programas, además de privatización y desregulación del comercio, exigen que se recorte el gasto público en educación y salud, para bajar el déficit gubernamental [...] Estos recortes juegan un papel definitorio en el agravamiento de las condiciones de salud de la población, lo que termina por afectar de manera negativa las condiciones en que la mujer toma sus decisiones en materia reproductiva [...] ¿Cómo va a garantizarse a la mujer [...] la libertad de decidir a través de la mera distribución de anticonceptivos en medio del caos económico, la falta de asistencia médica, de trabajo y de tierra? El contexto liberal en que se insertan las políticas de población, por lo tanto, implica un concepto errado e incompleto de lo que es el derecho de la mujer a decidir".[21]

Cabe decir que los organismos financieros y las agencias de cooperación internacional, que desde los centros de poder hegemónico definen las políticas demográficas, han retomado en su discurso una serie de elementos aportados por las organizaciones de mujeres y los grupos feministas. También como "salud reproductiva" y "calidad de la atención" forman ya parte del lenguaje comúnmente utilizado por estos organismos en una variedad grande de documentos y reuniones.[22]



En esta tónica, también se ha insistido en la necesidad de ofrecer a la mujer mayores oportunidades de desarrollo y de elevar su nivel de educación. Sin embargo, las formas tradicionales de operación de los programas de atención materno-infantil traduce muchos de los rasgos de la discriminación de clase y de género que en nuestra sociedad existen hacia la mujer.

Desde los organismos internacionales y las políticas gubernamentales de salud se reitera insistentemente en la necesidad de realizar acciones con las mujeres y dirigidas hacia ellas. En México, esto se ha plasmado en la operación de una gran variedad de programas educativos en el terreno de la salud materno-infantil, incluidas las acciones de planificación familiar, que se dirigen primordialmente a las mujeres madres de los sectores populares, a partir de una óptica que se apoya en la información y la prescripción de recetas dictadas por "expertos" alejados de su realidad cotidiana.

Se parte de una concepción en la que "por naturaleza" son las mujeres el blan-



co de las intervenciones, que refuerza el papel tradicional de la "mujer-ama de casa" y enfatiza su responsabilidad respecto a la familia: "[...] La mayoría de los programas se dirigen a una mujer niña, a una mujer inmadura encerrada en el ámbito de lo doméstico y que se concibe, por tanto, como incapaz de elegir libremente. A esta mujer se le presentan pocas opciones u opciones incompletas, se le niega la información sobre múltiples aspectos que la afectan directamente, tal es el caso de los anticonceptivos y de ciertos fármacos. Se le asusta y culpabiliza respecto a lo que pasará si no le da el pecho a su hijo, si no piensa en los grupos de alimentos cuando va a cocinar o se olvida con cuanta agua hervida se prepara el suero de rehidratación oral. No se le lleva a pensar en sí misma ni en la posibilidad de que se redistribuyan las cargas domésticas redefiniendo de acuerdo a criterios menos arbitrarios las responsabilidades masculinas y femeninas".[23]

Lo anterior tiene especial relevancia con relación a los programas de planificación familiar. A partir de una visión vertical, eficientista y tecnocrática, la lógica de estos programas se ha centrado en el alcance de metas demográficas, minimizando la importancia de las condiciones concretas de vida de las mujeres de los sectores populares, y soslayando sus necesidades de salud y de autonomía reproductiva.

Por otro lado, el hecho de que la mayoría de las investigaciones en el terreno de la fertilidad y la anticoncepción han tenido como blanco central a las mujeres, y de que tal situación traduce su posición de inferioridad, ha sido ampliamente documentado. Cabe apuntar que "[...] la fertilidad de la mujer ha sido el principal objetivo tanto de las políticas pro-natalistas como anti-natalistas. El foco se ha centrado más en el comportamiento de las mujeres que en el de los hombres. Se ha esperado que sean las mujeres quienes carguen con la mayor parte de la responsabilidad y riesgos del control de la natalidad, pero se les ha excluido, casi por completo, tanto de la toma de decisiones individuales como de la política pública".[24]

Los estudios en el campo de la anticoncepción farmacológica, promovidos por organismos financieros y de ayuda internacional, han motivado importantes cuestionamientos éticos y una creciente preocupación por parte de investigadores y de grupos de mujeres en muchos lugares del mundo. La constante violación de los

derechos reproductivos que implican este tipo de investigación y sus aplicaciones en los programas de control demográfico, ha sido denunciada en una gran cantidad de foros y publicaciones.

Los ensayos clínicos con anticonceptivos hormonales de larga duración (como el *Depo-Provera* y el *Norplant*), cuyos efectos secundarios no habían sido descartados y que se han realizado en poblaciones de mujeres de distintos países en desarrollo, han sido objeto de numerosas denuncias, algunas de ellas bastante documentadas.[25]



La más reciente novedad en el campo de la investigación sobre anticonceptivos —las "vacunas contra la fertilidad"— ha introducido nuevas señales de alarma. El cuestionamiento a las grandes sumas de dinero que se están destinando hacia el desarrollo de la anticoncepción inmunológica, los ensayos ya realizados con mujeres en la India, la incertidumbre sobre sus ventajas con relación a otro tipo de métodos o sobre sus riesgos para la salud, y la preocupación sobre su eventual uso masivo en los países en desarrollo[26] se ha materializado en una campaña internacional, que desde 1993 es promovida por la Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos.[27]

La necesidad de cubrir cuotas de usuarias de métodos anticonceptivos y de alcanzar metas fijadas en función de objetivos y cálculos demográficos, ha propiciado que en determinadas circunstancias y para ciertas poblaciones (con altos niveles de marginalidad, analfabetismo, etcétera) los programas de planificación familiar adquieran rasgos franca o veladamente coercitivos.[28]

Desde la lógica de los programas se prioriza la eficacia de un método para prevenir embarazos sobre su seguridad con relación a los problemas de salud que pueda ocasionar. Esto ha favorecido el abuso en la práctica de la esterilización quirúrgica femenina y en la aplicación masiva de dispositivos intrauterinos, muchas veces sin el consentimiento de la mujer, así como la utilización indiscriminada de drogas potencialmente peligrosas.

Vale la pena destacar que "los anticonceptivos pueden engrandecer los derechos reproductivos posibilitando a la mujer elegir temporalmente no tener hijos. Sin embargo, si una mujer es coercionada a usar un anticonceptivo contra su voluntad, el anticonceptivo se convierte en una barrera a la autonomía. El abuso de los anticonceptivos ha ocurrido y continúa ocurriendo en numerosos países. Puede ocurrir a través de la provisión sin consentimiento, de sanciones contra no usuarias, de incentivos financieros, o de la negativa a retirar un anticonceptivo a petición de la usuaria. Si se da información sesgada a usuarias potenciales para convencerlas [...] esto es también una forma coercitiva de manipulación para el consentimiento. El

abuso ha sido principalmente llevado a cabo por los gobiernos con el propósito de reducir el crecimiento de la población, aunque hay también ejemplos de coerción dirigida hacia minorías dentro de un país y hacia las mujeres discapacitadas dentro de instituciones''.[29]

De acuerdo con los datos del Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994, hasta 1982 los anticonceptivos orales constituían el método de anticoncepción más popular en México; desde 1987, el método más utilizado por las mujeres del país es la esterilización quirúrgica. Dicho documento señala que en el periodo 1982-1987 el uso de la vasectomía aumentó más del doble (de 0.7% a 1.5%), pero las cifras aún reflejan la escasa participación de los hombres en la planificación familiar.[30]

Otra fuente señala que una de cada 5 mujeres ha sido esterilizada, y que alrededor del 40% de las usuarias de métodos contraceptivos están protegidas por un método definitivo.[31]

Existen evidencias que indican que la decisión de las mujeres para optar por un método definitivo como la esterilización quirúrgica es muchas veces tomada bajo condiciones poco propicias. Los resultados de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud de 1987 mostraron una proporción importante de mujeres sin información suficiente y con procedimientos de aceptación inadecuados; periodos cortos entre la decisión y la intervención, así como entre el nacimiento del último hijo y ésta; falta de seguimiento a la cuarta parte de las mujeres, y ambivalencia en el momento de la operación.[32]

En no pocos casos las mujeres de los sectores pobres que acuden a los hospitales públicos firman el consentimiento para ser esterilizadas durante el transcurso del parto, lo cual asegura que serán sometidas a la operación antes de su egreso.



Con relación a esto, cabe citar que ''[...] es obvio que la situación del parto pone a la mujer en condiciones excepcionales. Se trata, en el mejor de los casos, de una situación medicalizada en la que la mujer se siente anormalmente expuesta a las sugerencias, consejos o presiones de los que en ese momento la atienden. Si además se trata de un parto más doloroso que lo habitual, se incorpora un elemento subjetivo adicional para complejizar la situación. La aceptación de un método definitivo como la esterilización, que tiene consecuencias no sólo en la vida emocional y afectiva, constituye siempre una decisión grave''.[33]

Elementos como la falta de acceso a servicios de salud y las deficiencias en su calidad, la carencia de información, los efectos colaterales de los anticonceptivos o los factores ligados a las características y valores socioculturales de la población, entre otros, influyen para que

en el presente sean todavía muchas las mujeres que carecen de acceso a los métodos anticonceptivos. Este hecho repercute en la alta frecuencia de embarazos no deseados y en la elevada cantidad de abortos inducidos que ocurren en México.

La Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud de 1987 reportó que un 13.4% de las mujeres entrevistadas se embarazaron utilizando algún método anticonceptivo. El 28% de las mujeres con vida sexual activa no los usaban porque no los conocían, o porque no sabían cómo se utilizaban y dónde obtenerlos. Otro 18% interrumpieron su uso por los efectos secundarios que les habían causado o porque temían sufrirlos; un 7% no los usaban "por desidia". Sólo el 19% de las encuestadas indicaron que no utilizaban ningún método contraceptivo por el deseo de tener más hijos.[34]

Cabe mencionar que los mensajes de las intensivas campañas de planificación familiar no han logrado incidir sobre la población adolescente, ya que el embarazo durante la adolescencia es un problema que ha mostrado una importante tendencia ascendente durante los últimos años. En 1987 cerca del 30% de las mujeres embarazadas en México tenían entre 15 y 19 años.[35]

Para aquellas mujeres que sí tienen acceso a los anticonceptivos, sus opciones de elección son en general reducidas. Aunque se ha declarado la intención de ampliar la gama de métodos disponibles en las instituciones de salud del sector público,[36] el abanico de posibilidades ofrecido en el presente es muy limitado, situación que es más crítica en las localidades pequeñas y en las zonas rurales apartadas del país.

Por otro lado, sobre todo en el caso de las mujeres de los sectores que utilizan los servicios públicos de salud, la prescripción de anticonceptivos hormonales o la aplicación de dispositivos intrauterinos se realizan habitualmente sin una valoración clínica cuidadosa. Ello supone, para muchas mujeres, la exposición a riesgos para su salud o la presencia de síntomas de mayor o menor importancia.

Es común que las usuarias de métodos anticonceptivos reciban información sobre la eficacia de éstos para prevenir el embarazo, pero que se les dé poca importancia o ninguna sobre sus riesgos y efectos secundarios. Las molestias y síntomas asociados a los métodos de planificación familiar son generalmente despreciados y minimizados por los médicos, quienes raramente aconsejan descontinuar el uso para buscar opciones adecuadas a las necesidades individuales de cada mujer. ♦

Notas

[1] Sepúlveda, J; M. A., Lezana, R. Tapia; J. L. Valdespino; H. Madrigal; J. Kumate., "Estado nutricional de preescolares y mujeres en México", en: *Gaceta Médica de México,* volumen 12, número 3, mayo-junio de 1990, pp. 207-225.

[2] Consejo Nacional de Población, *Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994*, México, 1991.

[3] Organización Panamericana de la Salud, *Prevención de la mortalidad materna en las Américas. Perspectiva para los años noventa*, Serie Comunicación para la Salud, número 2, Washington, 1992.

[4] Sepúlveda, J. y cols., *op. cit.*

[5] Hartman, S. B., "Mortalidad", en: Dirección General de Salud Materno Infantil, *La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud*, Programa Nacional de Mujer, Salud y Desarrollo, Secretaría de Salud, México, 1992, pp. 149-187.

[6] Hartman, S.B., *op. cit.*

[7] Programa Nacional Mujeres y Salud. *La Salud de la Mujer en México. Cifras Comentadas*, Sector Salud, México, 1988.

[8] García, C., X. Castañeda, X. Romero, D. González. "Percepción de las parteras sobre factores de riesgo reproductivo", en: *Salud Pública de México,* volumen 35, número 1, enero-febrero, 1993, pp. 74-84.

[9] Núñez, L.; Y. Palma. "El aborto en México. Problema Social y de Salud Pública, en: *Demos, Carta Demográfica sobre México*, número 3, México, 1990, pp. 31-32.

[10] Hartman, S. B., *op. cit.*

[11] Con relación a una perspectiva feminista sobre la situación del aborto en México, ver: Pérez Duarte, A. E., *El aborto, una lectura de derecho comparado*, Cuadernos del Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1993.

[12] Cook, R. J. "Leyes y políticas sobre el aborto: retos y oportunidades", en: *Debate Feminista*, número 1, México, marzo, 1991, pp. 89-141.

[13] La cita es de Marta Lamas, en la mesa redonda "El aborto en México", con L. de la Barreda, C. Castillo Peraza, C. Monsiváis y J. Pérez Segura, en: *Nexos*, número 159, México, marzo, 1991, pp. 9-13.

[14] Programa Nacional Mujer y Salud, *op. cit.*, 1990.

[15] Lazcano, E. C., Rojas, M. P. López, L. López, M. Hernández, "Factores de riesgo reproductivo y cáncer cervicouterino en la Ciudad de México", en: *Salud Pública de México*, volumen 35, número 1, enero-febrero, 1993, pp. 65-73.

[16] Programa Nacional Mujer y Salud, *op. cit.*, 1990.

[17] Figueroa, J. G., "Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios" en: *Salud Pública de México*, volumen 33, número 6, noviembre-diciembre, 1991, pp. 590-601 (p 592).

[18] Bronfman, M. N., R. Castro "Discurso y práctica de la planificación familiar: el caso de América Latina", en: *Saúde em Debate*, Brasil, junio, 1989, pp. 61-89 (p. 63).

[19] Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad "El combate a la pobreza", en: *Cuadernos de Nutrición*, México, número 6, 1990.

[20] Laurell, A. C., "La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud", en: Fundación Friedrich Ebert, *Serie Documentos de Trabajo*, número 27, México, 1991.

[21] Mello, F. V. "Tendencias para los años 90 en políticas de población", en: *Boletín de la Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos*, número 43, Amsterdam, abril-junio, 1993, pp. 3-6 (p. 4).

[22] *Informe de la Conferencia Internacional "Reforcemos los Derechos Reproductivos"*, Madrás, India, mayo, 1993, en: *Boletín de la Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos*, Amsterdam, abril-junio, 1993.

[23] Cardaci, D., Innovaciones Educativas en Salud de la Mujer: ¿Cambio Estructural o Readaptación?, ponencia presentada en el I Congreso Puertorriqueño Mujer y Salud, Universidad de Puerto Rico, San Juan de Puerto Rico, noviembre, 1982, p. 2 (mimeo).

[24] Declaracion de las Mujeres Sobre Políticas de Población Mundial, documento en preparación para la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, que tendrá lugar en El Cairo, Egipto, en 1994. Distribuido por la Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos.

[25] Un buen ejemplo es el trabajo de Minkin sobre el *Depo-Provera*, en el que "[...] presenta información científica a la que los médicos no han tenido acceso, con el propósito de que puedan llegar a un juicio acerca de la *Depo-Provera*. Este trabajo pone en evidencia, además, que el fabricante y la FDA pueden haber ocultado a la comunidad médica sobre los efectos adversos de la droga". Ver: Minkin, S., "*Depo-Provera*, un análisis crítico", en: Cardaci, D. (editora), De cómo fuimos perdiendo nuestros cuerpos... *Mujeres y Medicina*, número 1, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 1980, pp. 1-17.

[26] Richter, J. *Vaccination Against Pregnacy. Miracle or Menace?*, Health Action International-Buko Pharma Kampagne, Amsterdam, 1993, p. 44.

[27] Women's Global Network for Reproductive Rights, International Campaign for a Stop of Research on Antifertility Vaccines (Inmunological Contraceptives), Second Campaign Report, Amsterdam, May, 1994.

[28] Bronfman, M. N., Castro, R., *op. cit.*

[29] Richter, J., *op. cit.*, p. 44.

[30] Consejo Nacional de Población, *op. cit.*

[31] Figueroa, J. G., *op. cit.*

[32] Figueroa, J. G., *op. cit.*

[33] Bronfman, M. N., Castro. R., *op. cit.* p. 65.

[34] Núñez, L., Y. Palma. *El aborto en México*, Ponencia presentada en el I Ciclo de Actualización sobre Grandes Problemas de Salud en México, Centro de Educación Médica Continua, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, septiembre, 1989 (mimeo).

[35] González, R. M. "Fecundidad y Nupcialidad", en: Dirección General de Salud Materno Infantil, *La Mujer Adolescente, Adulta, Anciana y su Salud*, Programa Nacional de Mujer, Salud y Desarrollo, Secretaría de Salud, México, 1992, pp. 189-205.

[36] Consejo Nacional de Población, *op. cit.*

