
Programa de planificación familiar: ¿voluntaria?

Oliva López Arellano

Introducción

Existen diversas formas de realizar el análisis de las políticas del Estado en materia de salud. Una de las formas más útiles es contrastar el discurso oficial sobre las distintas políticas “de salud”, la concreción cotidiana de estas políticas y el impacto que tienen sobre la población.

En el caso de la política de planificación familiar adoptada por el gobierno mexicano –presentada por los sectores oficiales como una política de salud– es especialmente útil contrastar los preceptos que la sustentan y la manera frecuentemente coercitiva en la que esta política toma forma en la cotidianidad institucional.

Algunos elementos del discurso y de la operación del programa de planificación familiar

El discurso oficial insiste permanentemente en que la política de regulación natal se da en un marco de respeto a la decisión individual de cada pareja de definir el número de hijos a procrear y que por lo tanto se trata de una planificación familiar voluntaria.¹

Otro elemento que aparece frecuentemente en el discurso, es considerar la política de planificación familiar como una de las estrategias nacionales para lograr un desarrollo económico y social “armónico”, insistiendo en que un crecimiento acelerado de la población mexicana “podría comprometer el desarrollo del país” por las pre-

¹ Ley General de Población (Diario Oficial 7/1/74) en donde se expresa la necesidad de realizar programas de planificación familiar a través de servicios educativos y de salud pública, en el marco del “... derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos” (Diario Oficial 31/XII/74).

siones que ejercería en diversos ámbitos (empleo, educación, atención médica y vivienda).²

Un tercer elemento, frecuentemente implícito, pero de suma importancia, lo constituyen los compromisos internacionales sobre el control natal. Los organismos internacionales (Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial) ejercen presión sobre el gobierno mexicano a través del condicionamiento de créditos y otros apoyos a la operación “eficiente” de los programas de planificación familiar.

Considerando los preceptos fundamentales que sustentan la política de planificación familiar del gobierno mexicano y contrastándolo con las formas en que se concretan, es posible hacer las siguientes consideraciones:

El programa de planificación familiar, mecanismo a través del cual se concreta esta política, está dirigido diferencialmente a los distintos grupos sociales³ y frecuentemente su operación se basa en el ejercicio de la violencia institucional hacia los usuarios (la mayoría son mujeres).

Para ejemplificar la violencia y coerción institucional en el programa de planificación familiar se citan algunos ejemplos:

La distribución masiva de anticonceptivos, inclusive de aquellos que provocan complicaciones severas (infertilidad, neoplasias) y que en otros países han sido proscritos.⁴

La distribución de anticonceptivos sin valoración médica inicial que posibilite una adecuada selección del método, en correspondencia con las características del usuario.

La distribución masiva de anticonceptivos sin posibilidad de garantizar el control médico periódico requerido.⁵

La variación del tipo y dosis de anticonceptivos orales en una misma usuaria. Estos cambios no se deben a las necesidades de las mujeres que los utilizan, sino a la disponibilidad de anticonceptivos que se reciben por donaciones de organismos extranjeros.

Otra forma de violencia institucional se expresa en los mecanismos usados en la “captación” de las mujeres por los responsables de instrumentar la política de planifica-

ción familiar. Algunos ejemplos dramáticos de la forma en que opera el programa se señalan a continuación:

- En el marco del programa IMSS-COPLAMAR, que atiende fundamentalmente a población campesina e indígena, se “premiaba” a los médicos pasantes en servicio social con un día de descanso por cada mujer reclutada para salpingoclasia. Otro “premio” frecuente era entrar a la cirugía de la mujer ingresada por ellos.⁶

- En estas mismas unidades de IMSS-COPLAMAR se realizaban los comúnmente llamados “sábados de salpingo”. Estos días, todos los recursos eran destinados para el programa de planificación familiar, específicamente para la oclusión tubárica. Las mujeres que optaban por este método tenían la “fortuna” de ser trasladadas en ambulancia de su comunidad al hospital rural.⁷

- La “captación” de usuarias para métodos definitivos (salpingoclasia), se realiza con mucha intensidad en el periodo del postparto inmediato. En la literatura psico-médica existen suficientes evidencias de la fragilidad emocional de las mujeres en este periodo, situación que se utiliza frecuentemente para ejercer presión y “convencer” con relativa facilidad sobre la “bondad” de la esterilización.

- En el medio rural mexicano, se considera que el tener más de tres hijos (paridad satisfecha), convierte a la mujer en candidata obligada para la esterización sin tomar en cuenta aspectos culturales, económicos y/o políticos.⁸ Esto se evidencia en los registros de los hospitales rurales del IMSS-COPLAMAR, en donde frecuentemente la primera causa de egreso hospitalario es “paridad satisfecha”, no importando que la mujer en cuestión tenga 18 o 19 años.⁹

— La intensidad y las formas que adopta el programa de planificación familiar cuando se dirige hacia ciertos grupos, ilustra su intencionalidad diferencial. Como ejemplo se puede citar la estrategia de cirugía ambulatoria.

- En el estado de Chiapas en 1983 se inicia la operación de un programa móvil de cirugía de planificación familiar en el paciente ambulatorio, en el que—en sólo tres meses— se esterilizan 254 mujeres (campesinas, por supuesto). Por sus resultados “altamente satisfactorios”,

² Soberón G., J. Kumate y J. Laguna, comp. *La Salud en México: Testimonios 1988. Problemas y programas de salud*, 1a. ed., Fondo Cultura Económica, México, 1988, pp. 139-156.

³ Bronfman, M. y col. “Práctica anticonceptiva y clases sociales en México: la experiencia reciente” en: *Estudios demográficos y urbanos* vol. 1, núm. 2, El Colegio de México, 1986.

⁴ Ver por ejemplo el uso de la medroxiprogesterona en el componente comunitario del Programa de Planificación Familiar y en los Centros de Salud urbanos de la Secretaría de Salud.

⁵ En la evaluación del Programa de Planificación Familiar en cinco unidades de salud del área metropolitana, se encontró una relación de 1 a 0.6 entre consultas de primera vez y consultas subsecuentes. Ver reporte de investigación Proyecto Proube, tercera fase, Maestría en Medicina Social, UAM-X, México, 1988.

⁶ La información sobre las estrategias para la captación de usuarias de planificación familiar forma parte de los hallazgos del proyecto de integración docente-asistencial en la Meseta Tarasca. Departamento de Atención a la Salud, UAM-X, 1984-1985.

⁷ Ver nota anterior.

⁸ Ver por ejemplo la escala de Valoración del Riesgo Materno (Forma CRO-001-83) utilizada por el Programa IMSS-COPLAMAR.

⁹ En la Meseta Tarasca el segundo lugar de egreso hospitalario para el año de 1985 y 1986 fue “paridad satisfecha”. Reportes de servicio social, Michoacán, 1986. Información adicional es aportada por los registros del programa móvil de cirugía de planificación familiar en donde el 32% de las salpingoclasias fueron realizadas en mujeres menores de 26 años.

este programa piloto iniciado en una zona de Chiapas, se generaliza a todo el estado en 1984.¹⁰

– La prioridad que le ha otorgado el sector salud a los métodos definitivos, se expresa también en las cifras identificadas a través de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud.¹¹ Esta encuesta evidencia un cambio en el patrón de comportamiento de uso de métodos anticonceptivos y presenta cifras alarmantes de mujeres esterilizadas:

Distribución porcentual según método anticonceptivo usuarias activas del Sector Salud. México, 1979-1987

Método	Encuesta Nal.		
	de prevalencia 1979	demográfica 1982	sobre fecundidad y salud 1987
Pastillas	29.8	23.1	10.9
DIU	29.5	24.2	29.2
Quirúrgicos	38.2	44.7	56.1
Inyecciones y locales	2.5	8.0	3.8
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud, SSA, México, 1988, pp. 225.

Después de presentar estos hechos que ilustran cómo opera cotidianamente en el sector salud el programa de planificación familiar, se muestran a continuación algunos indicadores que evidencian los resultados de este programa.¹²

Descenso del ritmo de crecimiento natural de la población, que pasa de 3.2% en 1976 a 1.9% en 1987.

Disminución de la fecundidad, que decrece de seis hijos por mujer en 1976 a cuatro en 1987 en el ámbito

urbano y de ocho a seis hijos por mujer en zona rural, en el mismo periodo.

Incremento del porcentaje de usuarias activas del total de mujeres unidas, que pasa de 30% en 1970 a 53% en 1978.

Aumento de usuarias de “métodos modernos” que pasa de 23.1% en 1976 a 45.1% en 1987.

Incremento de la “cobertura” del sector salud que pasa de 51% a 62% del total de usuarias activas con “métodos modernos”.

Transformación del patrón de uso de anticonceptivos, en donde disminuye la utilización de hormonales orales y la esterilización femenina se incrementa, ocupando el primer lugar del total de los métodos de anticoncepción. Es importante mencionar que del total de las esterilizaciones femeninas que se efectúa en el país, el 73% las realiza el sector público.

Intensificación del programa de planificación familiar, en los grupos marginados, campesinos y sectores obreros, especialmente en lo que se refiere a los métodos definitivos. Como ejemplo se pueden citar cifras aportadas por M. Bronfman, que muestran que alrededor de 500 mil mujeres del proletariado han sido esterilizadas y una quinta parte de ellas tiene menos de 30 años.¹³

Consideraciones finales

La política de planificación familiar en México, se fundamenta en una visión neomalthusiana del desarrollo social, que no cuestiona la inequitativa distribución a la riqueza y su apropiación por un pequeño grupo.

La planificación familiar se presenta como una política de salud y como una estrategia de desarrollo “armónico”; sin embargo, por la forma violenta y coercitiva como se concreta y por los grupos sociales hacia los que va dirigida, se puede inferir que se trata de una política de población en el marco de la seguridad nacional. De una política poblacional desarrollada en la lógica de un modelo económico y político para el que “sobran mexicanos”.¹⁴

La única forma de orientar una política de esta naturaleza en otra dirección y replantear la intervención del Estado en los aspectos de regulación natal, es a través de la participación activa los grupos sociales afectados en la definición de estas políticas.

¹⁰ Hernández M. y R. Hernández, Programa móvil de cirugía de planificación familiar en el paciente ambulatorio. Hospital rural “S” núm. 1, San Felipe Ecatepec, Chiapas, Delegación IMSS-Chiapas, México, 1983.

¹¹ Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987. Memoria de la reunión celebrada el 18 de febrero de 1988. Secretaría de Salud, México, 1988.

¹² Aun cuando se reconoce que los cambios en los indicadores no son resultado mecánico y único de las acciones del programa de planificación familiar, éste ha contribuido de manera importante a la transformación de los patrones de uso de anticonceptivos y ha impactado sobre la fecundidad. Ver, por ejemplo, datos de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud 1987 citada anteriormente.

¹³ Bronfman, *op. cit.* p. 193.

¹⁴ Grupo de Estudios en Salud. *La política sanitaria mexicana en los ochenta*, Universidad Autónoma de Sinaloa, (en prensa), México, 1989.

