

Violencia, mujer y planificación familiar*

Catalina Eibenschutz H.**

El objetivo de este artículo es demostrar que el programa de planificación familiar (PPF) en México es una expresión más de la violencia contra la mujer.

Para demostrar esta aseveración es necesario hacer algunas consideraciones previas, entre las cuales está reconocer que la planificación familiar tiene dos vertientes: la individual y la colectiva, y es necesario aclarar sus diferencias.

La individual es aquella que utiliza los avances de la ciencia para ponerlos al alcance de la población, de modo que por decisión personal o de pareja, se usen o no cierto tipo de medidas anticonceptivas para tener el número de hijos que se decida libremente. En este caso, sin embargo, la decisión más importante a nuestro juicio le corresponde a la mujer, quien dada la estructura social será la responsable a largo plazo de los hijos que tenga; aún en los casos de tener una pareja estable. Sería un error oponerse a esta vertiente de la planificación familiar o al derecho de la pareja o de la mujer para decidir libremente el número de hijos y el momento adecuado para tenerlos.

La vertiente colectiva de la planificación familiar, consiste en la intervención gubernamental para planear el crecimiento demográfico de un país en función del modelo de acumulación eco-

nómica, o de medidas de carácter político. El programa de planificación familiar en México se inscribe en esta vertiente y se ejerce por coerción sobre las mujeres y de manera selectiva para la población indígena y grupos marginados.

Desarrollo y natalidad

A este respecto vale la pena recordar la historia de los países desarrollados como Francia, Alemania y Suiza, donde el crecimiento demográfico está llegando a cero o es menor de cero, lo que representa un problema social severo que se ha dado en llamar la "inversión de la pirámide poblacional" y que tiene importantes manifestaciones en el ámbito económico por falta de fuerza de trabajo. La interpretación más aceptada de esta enorme disminución de la natalidad es que se debe a la incorporación de la mujer al trabajo como rasgo característico del desarrollo económico de estos países.¹

Por otra parte, estudios realizados en México, como el de Cardacci² con obreras, demuestran que el aumento de mujeres usuarias del PPF se debe a su incorporación al mercado del trabajo.³

*Publicado originalmente: Eibenschutz, C. (1989). Violencia, mujer y planificación familiar. *Salud Problema*, Primera Época, 17, 33-36.

** Maestra en Medicina Social. UAM-X

1 Convengo Internazionale Delle Donne, "Produce e Reprodure" Torino, Italia, abril 1983.

2 D. Cardacci, Tesis para obtener el título de Maestría en Medicina Social. Educación para la Salud en el Área Materno Infantil, junio 1979.

3 A. Garduño y J.C. Rodríguez, Salud y doble jornada: Taquilleras del Metro, octubre, 1988 (mimeo).

En cambio, la sustentación teórica del programa de planificación familiar en México, invierte el análisis y plantea que para poder crecer económicamente es necesario disminuir la natalidad y el crecimiento de la población, lo cual constituye lo que se denomina una “interpretación perversa” y que como se verá más adelante, no ha dado los resultados esperados en el ámbito económico, a pesar de haber logrado una baja significativa en el crecimiento poblacional.

Política de planificación familiar en México

Según declaración de J. Martínez Manatou, responsable del PPF en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), “La planificación familiar como acción organizada, surgió en la mayoría de nuestros países, principalmente como una respuesta para armonizar el crecimiento de la población con las posibilidades de crecimiento económico y social...”⁴

Vale la pena recordar que en los años 70 la Fundación Ford tenía un fideicomiso con el Departamento de Investigación Científica (DIC) del IMSS para probar anticonceptivos hormonales en mujeres mexicanas, mientras que en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional, también del IMSS, a sólo 100 metros del DIC, se prohibía el uso de anticonceptivos, aun a las mujeres con severos trastornos genéticos cien por ciento heredables; y naturalmente se les negaba el derecho al aborto terapéutico, aceptado legalmente en teoría, por considerar que no constituía “indicación médica”.

4 J. Martínez Manatou, ¿Qué es un programa de Planificación Familiar?, IMSS, Temas de Planificación Familiar 1987, p. 7.

Aborto y programa de planificación familiar

Las contradicciones entre el PPF y la política sobre el aborto son evidentes, y no han sido resueltas hasta el momento actual. Por otra parte se impulsa el PPF y no se modifica el criterio médico ni humano sobre el aborto, ni siquiera en los términos legales aceptados del aborto terapéutico.

Es importante aclarar que no considero el aborto como un método de planificación familiar, pero sí como una medida que resuelve los fracasos de cualquier método anticonceptivo y sobre todo, como un derecho de la mujer sobre su propio cuerpo y como una obligación del Estado, a través de los Servicios de Salud.

En el análisis de costo/beneficio del PPF,⁵ se señala que este programa ha disminuido la tasa de complicaciones de abortos en el IMSS de 5.46 por mil derechohabientes en 1972 a 2.51 en 1986. En la prensa se denuncia que el número de abortos ilegales en México es de 1.5 millones⁶ y el sector salud sólo registra los abortos complicados, este dato es sin duda un resultado positivo del programa, pero a nuestro juicio debería acompañarse de una política coherente sobre la responsabilidad institucional en el aborto como solución al fracaso de los métodos anticonceptivos, y así resolver el problema y el riesgo que representa el aborto en condiciones ilegales y riesgosas. (Ver gráfica 1).

La historia reciente sobre la política de natalidad en México revela⁷ que en los años 60 la opinión sobre la familia numerosa era favorable, no sólo

5 J. Martínez Manatou, Análisis del costo/beneficio del programa de Planificación Familiar del IMSS, México 1987, p. 63.

6 I. Meléndez, Periódico El Nacional, 16 diciembre 1988.

7 V.B. de Marquez, "El proceso social en la formación de políticas: el caso de la planificación familiar en México", Estudios Sociológicos de El Colegio de México, vol. 2 núm. 5 y 6 mayo-diciembre de 1984, pp. 309-333.

Gráfica 1
**Tasas* de partos y de complicaciones de abortos
 atendidos en los servicios del régimen ordinario
 del IMSS 1972-1986**

Años	Partos Tasas	Abortos Tasas
1972	40.81	5.46
1973	39.48	5.32
1974	38.14	4.90
1975	35.18	4.55
1976	33.09	4.25
1977	32.32	4.00
1978	31.37	3.67
1979	31.56	3.49
1980	31.68	3.23
1981	29.38	2.96
1982	29.61	2.78
1983	29.80	2.85
1984	29.61	2.96
1985	27.81	2.64
1986	26.34	2.51

* Tasas por mil derechohabientes.

Fuente: Sistema Único de Información del IMSS.

desde el punto de vista ideológico, sino también del económico. Es a partir de 1974 que se decreta la nueva Ley de Población y se crea el Consejo Nacional de Población. Este es el momento en que el Estado se plantea la necesidad de controlar los nacimientos y “adecuarlos al modelo económico”. Así, en 1977 se establece la meta demográfica de reducir la tasa de crecimiento de 3.2% en 1976, a 2.5 en 1982, y a 1.9 en 1988 hasta llegar a 1% en el año 2000. Estas metas requieren de medidas drásticas y coercitivas sobre la población y así se han venido dando.

Efectos “colaterales” del programa de planificación familiar

La campaña de los medios masivos de comunicación, parte fundamental del PPF, ha conseguido

varios efectos colaterales dignos de señalar, además de controlar la tasa de natalidad, entre ellos:

- a. Hacer creer a la población que “la familia pequeña vive mejor”.
- b. Culpabilizar a la mujer que se embaraza por cometer un “delito” contra el país.
- c. Aceptar métodos quirúrgicos definitivos (salpingoclasia y vasectomía).
- d. Disminuir la presión de las luchas reivindicativas por mas servicios sociales para las madres y sus hijos.

1. En cuanto al *slogan* de “la familia pequeña vive mejor” puede ser cierto en el ámbito urbano, pero no en el medio rural, donde, como señala O. López Arellano en este mismo número, el programa es más intenso y coercitivo.

Hay varias investigaciones en el medio rural mexicano donde se observa que la diferenciación social en sentido de crecimiento económico, se da en relación directa al número de hijos en cada familia, que constituyen fuerza de trabajo que permite cierta acumulación económica en el núcleo familiar.

2. En cuanto a la política que tiende a que la mujer embarazada se sienta culpable, es claro que a pesar de que la tasa de crecimiento poblacional ha disminuido enormemente de 3.5% a 1.9% en 10 años, la crisis económica se ha agudizado violentamente y afectando el nivel de vida de la población, con la pérdida real del 50% del poder adquisitivo de los trabajadores asalariados en sólo seis años. No se puede continuar culpando a los mujeres de la crisis económica del país, cuando ésta se debe al modelo económico impulsado por

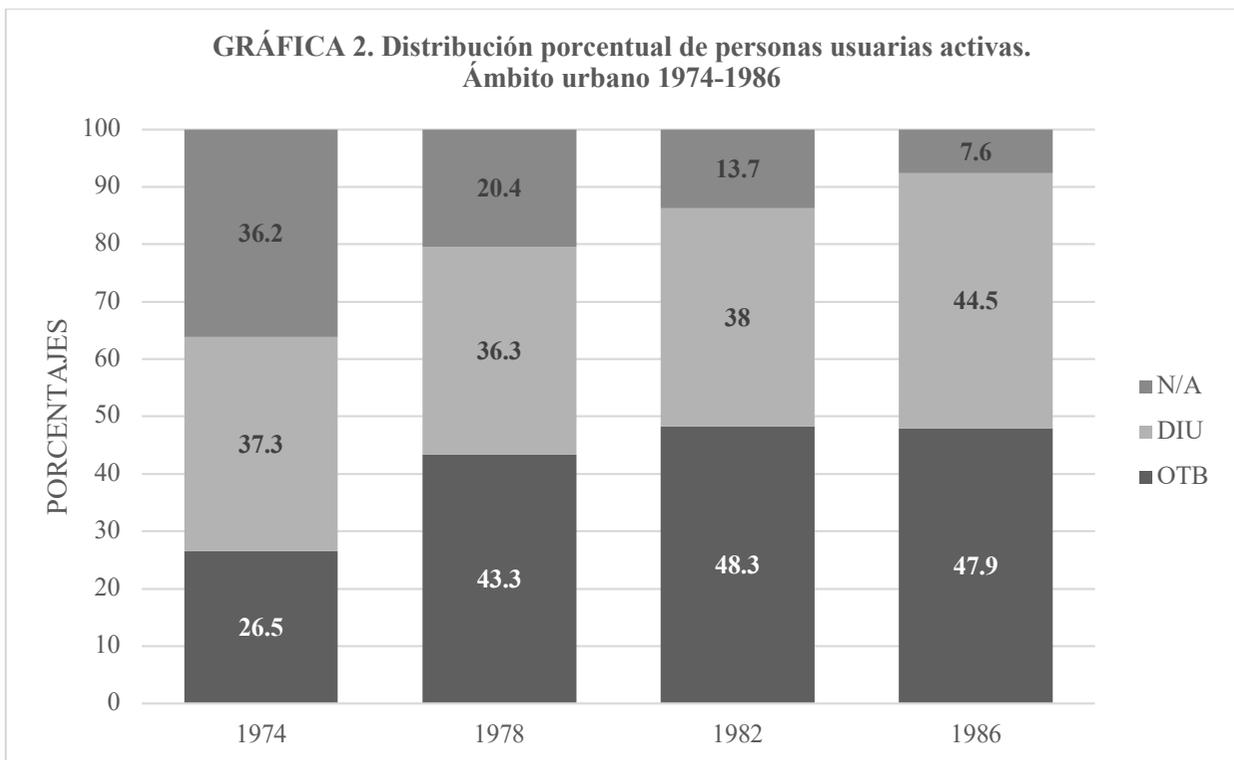
el gobierno durante el sexenio pasado y actual, que privilegia el pago de la deuda externa sobre las necesidades de la mayoría del pueblo mexicano y que refuerza el mismo modelo de acumulación mediante la entrega de la planta productiva a los intereses capitalistas extranjeros.

3. La creciente utilización de métodos quirúrgicos definitivos, con conocimiento o no de las mujeres mismas, es tal vez la expresión más clara de coerción que lleva a una política selectiva por clase y grupo social, (ver gráficas 2 y 3) bajo el supuesto de que se utilizan los métodos quirúrgicos definitivos a solicitud de las usuarias, cuando en realidad son el resultado de la presión de los medios de comunicación y de los médicos sobre las mujeres, con frecuencia en el momento del parto.

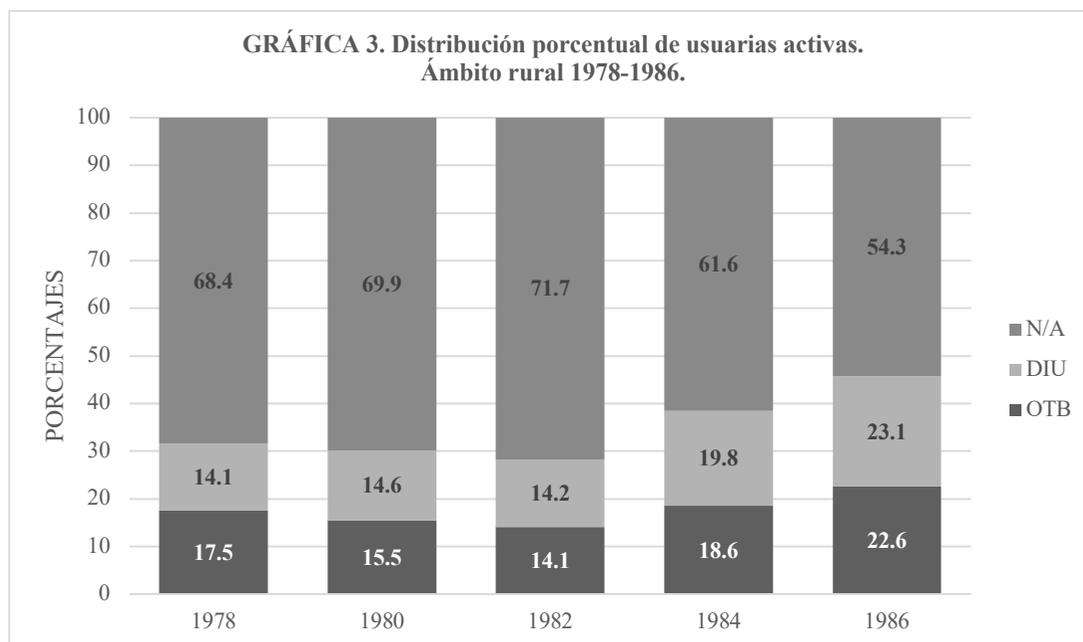
4. Las luchas reivindicativas por aumentar los servicios sociales para las madres trabajadoras y sus hijos han sido reorientadas por este programa hacia las soluciones individuales; con la misma política, hasta algunos grupos feministas, plantean que la liberación de la mujer y su incorporación al trabajo son el resultado de renunciar a la maternidad.

Complicaciones médicas de los métodos anticonceptivos

Sobre este punto no contamos con estadísticas oficiales, pero quisiéramos señalar algunas denuncias puntuales:



Fuente: ¿Qué es el Programa de Planificación Familiar?, IMSS, editor Jorge Martínez Manautou, p. 78



Fuente: ¿Qué es el Programa de Planificación Familiar?, IMSS, editor Jorge Martínez Manautou, p.79

En Culiacán, Sinaloa y en otros lugares del país, los médicos del IMSS reciben órdenes de colocar dispositivo intrauterino (DIU) después del parto, lo cual produce frecuentemente perforaciones de útero o incrustación en la pared del mismo, con sangrado profuso y necesidad de cirugía que puede llevar a la histerectomía.

El uso de hormonales depende frecuentemente de la donación de píldoras de diferentes laboratorios multinacionales, con proporción variable y concentración hormonal, sin tomar en cuenta las contraindicaciones para algunas usuarias ya que puede producirles trastornos severos en el sangrado uterino.

En muchas ocasiones los métodos quirúrgicos definitivos (salpingoclasia) son aplicados sin consultar a la paciente, y en otras esta consulta se hace durante el trabajo de parto, que es un mo-

mento de suma fragilidad para la mujer, la cual acepta con mayor facilidad un método definitivo.

Crisis en el sector salud y programa de planificación familiar

El PPF es el único programa del Sector Salud que no ha sufrido recortes presupuestales, mientras que el resto de programas preventivos, (incluyendo la vacunación triple que ha alcanzado solamente el 50% de cobertura) han sufrido recortes significativos, mientras que el PPF es actualmente el programa prioritario del sector salud.

Conclusiones

1. El PPF se está desarrollando con claras características de violencia contra la mujer sin que hasta ahora haya demostrado beneficio económico ninguno para el país.

2. El PPF se prioriza en primer lugar, frente a otros programas preventivos y curativos que sí se han visto afectados por el recorte de 45% del gasto en el Sector Salud⁸, reconocido por la SS (Secretaría de Salud).

3. Los métodos quirúrgicos definitivos han ido en alarmante aumento, sobre todo en poblaciones indígenas, lo cual ha creado problemas al interior de las comunidades.

4. La indicación de colocar el DIU después del parto o el aborto pone en peligro la vida de las mujeres.

5. El número de esterilizaciones definitivas va en aumento.

6. No se ha modificado la política sanitaria respecto al aborto.

7. No se ha logrado consolidar un movimiento social que se oponga a esta política demográfica y económica.

⁸ GES, Elementos para un balance de la política de salud 1982-83, México 1988, (en prensa. UAS).